

Om helsevirksomhetenes organisering av tjenestene for mennesker med kronisk sykdom

Masteroppgave 2010



Organisasjon og ledelse, avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag

Utarbeidet av Magne Svanevik

”Salus egroti suprema lex”
- ”pasientens velferd, min høyeste lov”



”Kopper som snakker”

FORORD

Å skrive denne masteroppgaven har vært interessant og krevende. Arbeidet er utfordrende og lærerikt, og jeg har hele tiden hatt et håp om at resultatet skal være til nytte.

Arbeidet startet i forbindelse med utarbeidelsen av forslaget til det vi kalte ”kronikerplanen” i Helse Sør i 2004. Temaer rundt utvikling av helsetjenestene og samarbeid med og rundt pasienten har siden det vært aktuelle i media og på den politiske agendaen, og vi har fått stortingsmelding om ”samhandlingsreformen” og nå sist en Nou om samordning av tjenester for barn med sammensatte behov. Det har i perioden vært mange initiativ lokalt og nasjonalt basert på helsepedagogikk og mestringsstrategier, og likemannsarbeidet har fått et oppsving slik at vi finner ”kronikeren” i nye roller. Dette har vært til stadig inspirasjon i arbeidet med spørsmålet om hvordan helsetjenestene organiseres og ledes for mennesker med kronisk sykdom. Jeg takker Helse Sør for muligheten jeg fikk til å delta i planarbeidet, og for møtene med kunnskapsrike deltakere i kronikerprosjektet.

Høgskolen i Østfold får takk for tålmodighet med mine pauser i arbeidet grunnet andre gjøremål, og jeg retter stor takk til min veileder Kjell Caspersen.

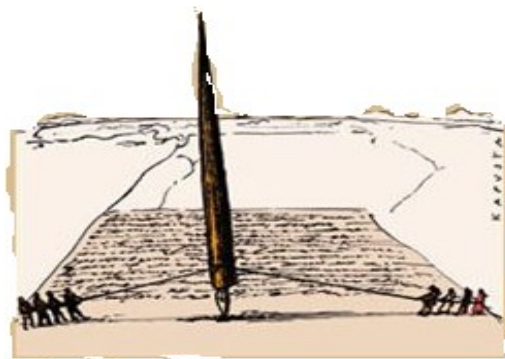
Min kone Randi har samtidig vært student og arbeidet med sin masteroppgave i ”helsefremmende arbeid”, - det har i seg selv har vært en inspirasjon – og at jeg takker henne for oppmuntring, heiarop og praktisk hjelp.

Jeg har ønsket å vise en modell og skissere samarbeidsformer. Takk til Jan Arve for gode samtaler og utforming av illustrasjoner!

Og så; Takk til Bufetat Region sør som har vært en flott arbeidsgiver – og som oppmuntrer og legger til rette for oss middelaldrende studenter!

Et apropos; Du kan møte kronikeren med joggedress ute i naturen, - og på samme måte som andre er han på jakt etter det gode liv!

Til slutt: 10 tusen takk til de 10 respondentene for engasjementet og viljen til å dele erfaringer og oppfatninger i sin travle hverdag!



Illustrasjonen er klippet fra et temanummer om styringen av helsevesenet
i Tidsskriftet for den norske legeforening

SAMMENDRAG

Oppgavens tema er organisering av helsetjenester overfor mennesker med kronisk sykdom. I arbeidet med oppgaven har jeg jaktet på den gode organiseringen av mange og sammensatte oppgaver rettet mot mennesker som har behov for langvarige og sammensatte helsetjenester.

Jeg har valgt et komplekst tema. Det har mange implikasjoner å være kronisk syk og ha behov hjelp når du trenger det. Du er bruker og borger, men først og fremst pasient i rollen når du trenger adekvat behandling og oppfølging.

Det er faglig utfordrende å arbeide i helsevesenet. Det er mange avgjørelser som skal tas for de som har mandat som ledere, enten det er faglig, administrativt eller begge deler. Det er et helsevesen som handler ut fra sitt mandat gitt av politiske og faglige myndigheter. Det er skiller i organisasjonen mellom det offentlige og private, og i det offentlige er det skiller mellom forvaltningsnivåene. I den medisinske virksomheten er det skiller mellom omsorg, allmenntjeneste og spesialisttjeneste.

I innledningen ”rammer jeg” inn problemstillingen ved å gjøre betraktninger om kronisk sykdom, pasientrolle og det å være delaktig i egen behandling. Jeg vurderer behandlingsapparatet og forvaltningen, og tar opp spørsmål om ”rasjonale” og beskriver formelle forhold som lovbestemmelsene for både bruker, helsepersonalet og helsevirksomhetene generelt.

Med utgangspunkt i dette komplekse bakteppet uttrykkes oppgavens problemstilling og bispørsmål;

- Hvordan organiseres og ledes behandling og oppfølging av mennesker med behov for langvarig og sammensatt behandling?
- Hva er bakgrunnen for samhandlingen, - hvordan kan den generelt beskrives, - og finnes det modeller for samhandlingen som kan anbefales?

Det teoretiske bakteppet tegnes i kapittel 2 gjennom en vurdering av aktuell teori. Når skade eller sykdom oppstår aktiveres det uformelle nettverket, forvaltningen og behandlingsapparatet. Jeg berører empowerment og beskriver 8 aktuelle organisasjonstyper; prosjektorganisering, nettverksorganisering, linjeorganisasjon og konsern, matriseorganisering, teamorganisering, markedsorganisering, kompetanseorganisasjon og garbage can -tilnærming. Jeg vurderer det slik at det finnes noe av hver av disse organisasjonsformene i helsetjenesten, og ender teorikapitlet med en gjennomgang av informasjon som kritisk faktor i organiseringen med utgangspunkt i Galbraits teori.

Jeg redegjør for studiens metode hvor jeg har brukt dokumentgjennomgang av utredninger, lover og forskrifter for helsetjenesten og kvalitativt forskningsintervju av 10 informanter.

Funnene beskrives og vurderes. Dette skjer med oppsummering tematisk i tabell og i resonnement. Avslutningsvis presenteres og forklares modellen ”Kronisk forbedring”.



Innhold

1. Innledning	6
1.1 Hvorfor dette temaet?.....	6
1.2 Forståelsen av brukeren.....	7
1.2.1 Brukermedvirking	9
1.2.2 Borger og pasient	10
1.2.3 Samhandling og samordning.....	12
1.2.4 Tid som funksjon og fenomen	15
1.2.5 Spesielle forhold for kronikeren?.....	16
1.2.6 Er kronikeren selv ofte navet i sin egen behandling?.....	17
1.3 Formelle rettigheter for pasienten. Gjennomgang av lov og forskrift	18
1.3.1 Kjenner pasienten sine rettigheter?	22
1.4 Avsluttende om brukeren – ”pasienten er også subjekt”.....	22
1.5 Behandlingsapparatet	23
1.5.1 Opprettelse av sak og saksbehandling	23
1.5.2 Saksbehandleren – en vurdering	27
1.5.3 Kompetanse, kommunikasjon og dialog	28
1.5.4 Profesjonene.....	29
1.5.5 Det ”offentlige etos” og etiske krav	30
1.5.6 Helsetjeneste, forvaltning, rasjonale og skjønn	33
1.5.7 Implementering	36
1.5.8 Gjeldende politikk og gjennomgang av aktuelle lover og forskrifter for helsetjenesten.....	37
1.5.9 Statistiske opplysninger	40
1.5.10 En helt annen tilnærming.....	41
1.6 Spørsmål og bakgrunn for problemstillingen	41
1.6.1 Valg av fokus	43
1.7 Problemstilling	43
1.8 Oppgavens struktur	44
2. Teoretiske perspektiv	44
3. Tilnærming og metode (metodologisk resonnement)	55
3.1 Tilnærming	55
3.2 Studiets design	56
3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju	57
3.2.2 Intervjufortellingen.....	58
3.2.3 Å forske i egen kultur	58

3.3	Informanter - respondentene.....	58
3.4	Validitet og reliabilitet	59
3.5	Gjennomføring av undersøkelsen	60
4.	Funn. Analyse og drøfting av forskningsresultatene	61
4.1	Generelt om funn	61
4.1.1	Hovedfunn	62
4.2	Gjennomgangen av resultater	63
4.2.1	Gjengivelse av utsagn, systematisert.....	64
4.2.2	Intervjufortellingene er i vedlegg unntatt offentlighet	81
4.3	Innføring til analyse og drøfting	81
4.4	Vurdering med utgangspunkt i oppgavens problemstilling	82
4.4.1	Kommentarer til organisering og struktur.	82
4.4.2	Kommentarer til prosesser og ledelse.....	88
4.5	Vurdering med utgangspunkt i oppgavens bispørsmål	94
5.	Avslutning	99
5.1	Egne begrensninger - metodevalg.....	99
5.2	”En modell”	100
5.2.1	Elementene i modellen	100
5.2.2	Modell for samhandling.....	101
6.	Litteraturliste og referanser	102
7.	Vedlegg.....	106

1. Innledning

1.1 Hvorfor dette temaet?

Jeg vil innledningsvis hevde at prioriteringer er grunnleggende viktig i samfunnsutviklingen og i ledelse generelt. Organiseringen av tjenester overfor mennesker med kronisk sykdom aktualiserer mange prioriteringsdiskusjoner, både politisk, organisatorisk, for behandleren og for det enkelte individ som vurderer hva hun mestrer og hva hun trenger avklaring på, og hva hun trenger hjelp til.

Min erfaring fra habiliteringstjeneste i fylket og omsorgsseksjonen i en kommune har vist meg at det er stort behov for samordnet innsats og felles forståelse av oppgavene overfor mennesker som ofte kan være i en marginal situasjon. Det er behov for åpen kommunikasjon, god dialog, god struktur med flyt i tjenestene, behov for forutsigbarhet og opplevelse av tillit mellom partene, og brukeren skal ikke ha opplevelsen av ”å være på vent”. Roller skal være avklart og avtaler skal være tydelige.

Det er også min erfaring at det er spørsmål om kompetanse, både hvilken kompetanse personalet skal ha, men også hva vi kan vente av brukeren. Ord som ”partnerskap”, ”mestringsperspektiv”, ”likemannsarbeid” og ”helsepedagogikk” dukker opp i kronikker, samtidig som antallet klagesaker øker hos pasientombudene. I intervju med meg forteller pasientombudet i Vestfold at det ofte klages på sammenhengen i tjenestene.

En person med kronisk sykdom er i en tilstand hvor det foreligger en eller flere diagnoser eller det kan være et diffust sykdomsbilde som preger hverdagen. Tidsperspektivet er ofte langt i behandlingen, og behandling og oppfølging er ingen lineær prosess. Hverdagen kan være preget av opp- og nedturer uten forutgående varsel eller naturlige forklaringer.

Jeg legger til grunn en forståelse av pasienten som individ og som selvstendig subjekt i behandling og oppfølging av sykdom og sin helsetilstand, - og det samme for saksbehandlingen. Dette synet har fulgt meg siden jeg var med å bygge opp virksomheten i et bo - og servicesenter for mennesker eldre enn 55 år i Sandefjord på 80-tallet hvor vi utviklet ”SMIA-prinsippet” med fokus på selvbestemmelse, medbestemmelse, individualitet og ansvar.

Jeg er vel også selv kroniker etter ryggprolaps og en nerveskade som påvirker meg daglig.

Jeg har vært med å inngå samarbeidsavtaler mellom kommunene i Vestfold og fylkeskommunens habiliteringstjeneste på den tiden forskriften om Individuell plan trådte i kraft. Vi drøftet rettigheter og plikter, innhold og organisering av tjenester, og kontaktpersoner og rutiner i saksbehandlingen.

Det sies ofte at helsevesenet er gjennomregulert, at pasientens rettigheter og helsetjenestens plikter er nedfelt i lov og forskrifter, og at de fleste private aktørene handler ut fra avtaler som er ment å bidra til at lovgivers intensjon oppfylles. New public management – tenkningen har gitt oss nye organisasjons- og styringsformer som skal ivareta demokratiet og gi lederne nødvendig mandat.

Helsevesenet disponerer enorme ressurser, og det er mange nivåer både i organisasjonen og i pågående debatter. Politikk, administrasjon og fag utfordres kontinuerlig. Store og robuste enheter vokser fram i spesialisthelsetjenesten samtidig som fastlegen oftest er alene i sitt møte med pasienten.

Denne oppgaven skrives med utgangspunkt i spørsmålet om **hvordan vi organiserer og styrer helsetjenestene som tilbys mennesker med kronisk sykdom**. Spørsmålet er interessant for meg ut fra de perspektivene som drøftes, men mest fordi resultatet for brukeren er avgjørende for hans muligheter i det daglige.

1.2 Forståelsen av brukeren

Sykdom og skade oppstår, og vi er opplært i vår vestlige kultur til å tenke at det er muligheter for helbredelse i de fleste situasjoner.

Uavhengig av årsak til skade eller sykdom henvender vi oss til fastlegen eller legevakta slik ordningene fungerer i Norge i dag.

Når du tar kontakt med legen som pasient, er du samtidig borger med rettigheter og plikter, og du er bruker av det tjenestetilbudet som myndighetene stiller til disposisjon i samfunnet.

Du har krav på individuell behandling, og utredningen som iverksettes skal gi svar på hvilken omsorg, behandling og oppfølging du trenger. Forvaltningen skal legge forhold til rette for at dette skal skje innenfor gjeldende retningslinjer.

I intervjuet minnet pasient- og brukerombudet i Vestfold meg om at ordet ”pasient” kommer fra ”patient” som betyr tålmodig. Ja, det er vel slik at når du er syk så er du i stor grad avhengig av andres hjelp, tid og kompetanse, samtidig som kroppen trenger tid til sin egen helbredelsesprosess.

Ved siden av selve sykdommen med sine symptomer og smerte, vil for mange med kronisk sykdom også livssituasjonen generelt endre seg, og det kommer utfordringer om hvordan du skal klare dagliglivets gjøremål og opprettholde dine funksjoner. Mestringsevne og kompetanse settes på prøve, og du blir kanskje på en ny måte avhengig av andre. Kanskje du har et vennlig og villig nettverk, eller kanskje du ikke har det, kanskje det er lett for deg å konsultere fastlegen, eller kanskje det ikke er slik. Mange faktorer spiller sammen i en slik situasjon.

Et av satsingsområdene i samhandlingsreformen (St m 47 08-09) er ”klarere pasientrolle”; ”Regjeringen legger vekt på at pasientens behov for helhetlige tjenester skal være styrende for reformens innretning” (pkt 3.2.2) Jeg vurderer det slik at dette vil medføre at den enkelte får en sentral plass i å definere hva som er behovene i situasjonen slik han vurderer helheten.

Jeg har selv opplevd at det kan være vanskelig å uttrykke hva jeg mener og hva jeg trenger når kroppen krangler og smertene jager, og det samme i mindre marginale situasjoner hvor handlingsrommet synes lite og fortvilelsen er stor. Dette kan i situasjonen ha sammenheng med forståelse, kompetanse, språk eller forventninger om at andre skal anviser behandling slik at jeg igjen kan komme i posisjon.

Ingun Stang (2001) og Aron Antonovsky (2000) omtaler kjernebegrepene ”empowerment” og ”salutonegese” i Health Promotion. Det vil på individplan vise seg som egenmestring og det å ha tro på deg selv, se dine muligheter og det vil også på samfunnsplan vise seg ved kollektiv deltakelse og innflytelse. Antonovsky hevder at meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet klare forutsetninger for forståelse av sammenhenger, det han benevner som ”Sense of coherence”. Han mener at om omgivelsene oppleves forutsigbare og sammenhengende er det en viktig salutogen eller helsefremmende faktor, og at opplevelsen av meningsfullhet sannsynligvis er den viktigste enkeltfaktoren for å opprettholde motivasjon i situasjonen.

Du har rettigheter og plikter som borger, og lovbestemte rettigheter som pasient. Det vil si at pasienten har sin plass i organisasjonen, og det forutsettes en dialog og informert samtykke til behandlingen ut fra gjeldende etiske retningslinjer og forskrifter.

På et helt annet plan er pasientens situasjon avhengig av egen forståelse av kompetansen og kulturen i det behandlingsopplegget som blir presentert. Et raskt blikk på det sosiokulturelle perspektivet fremhever betydningen av mennesket og sammenhengen med det sosiale miljøet rundt, og interaksjonen mellom individet og menneskets bakgrunn. I sin forskning har Vygotsky konstatert at en mer kompetent person kan hjelpe oss i en praktisk aktivitet for å nå lenger enn det vi kan alene. (Bråten 2002) Med mine ord vil jeg si at du som pasient under utredning og behandling bidrar med det du selv kan, og samtidig er resultatet avhengig av din tillit til behandleren og behandlingsapparatet.

Blant annet dette perspektivet har medført at mange pasienter både i akutte situasjoner og i mer langvarige sykdomsforløp oppsøker forskjellige typer behandlere, både med kjente og mindre kjente tilnærminger, og uavhengig av offentlige godkjenninger og trygdefinansiering. Såkalte ”alternative behandlere” og muligheten til å bruke dem er et interessant område, særlig med utgangspunkt i brukerens behov, men jeg fører ikke dette videre som tema i denne oppgaven. De er da heller ikke del av det tjenesteapparatet som myndighetene tilbyr oss, og ikke del av den organisasjonen som er tema for denne oppgaven.

Avslutningsvis vil jeg her ta inn en figur som viser ”mitt bilde” av en person med kronisk sykdom.



Figur Kronisk syk – med bør

Du har ”en bør” som du bærer med deg hele tiden, og den bora kan noen ganger komme over deg og velte deg, og du kan andre ganger helt naturlig finne måter å bevege deg framover og håndtere situasjonen.

1.2.1 Brukermedvirkning

Definisjonen på brukermedvirkning er i St. melding 34, 1996-1997 ” *De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud.*”

Jeg legger til grunn at alle som er syke har et ønske om å bli frisk og å håndtere sin situasjon. Samtidig er det vel slik at når du er avhengig av hjelp fra andre eller må ha profesjonell behandling for å gjenvinne helsa, så er din egen innsats avhengig av dine krefter til å bidra, og hvilken plass hjelpeapparatet gir deg som pasient i denne situasjonen. Ingun Stang (2000) bruker begrepet ”bemyndigelse” som utgangspunkt for beskrivelser av makt og maktesløshet, og beskriver fagutøveren som ”bemyndiger”, og snakker om årsaker til at pasienten kan kjenne seg maktesløs. Hun peker på at årsaker til opplevelsen av maktesløshet kan relateres til både individnivå og systemnivå. Stang mener det må et paradigmeskifte til for å få til pasientenes bemyndigelse i helsevirksomhetene.

Første gang jeg møtte et slags ”oppgjør med ekspertene og de som kan mer”, var i Poulou Freires bok ”De undertryktes pedagogikk”; (1968) en framstilling og refleksjon knyttet til hvordan bønder i Sør Amerika drev opplæring og fant sine løsninger. I boka gjør Paulo Freire rede for dialogpedagogikken, en undervisningsmetode som vil bevisstgjøre og menneskeliggjøre begge parter i en lærings situasjon. Målet er å gjøre uvitende, passive og undertrykte mennesker selvsikre, kritiske og aktive. I en anmeldelse av boka sier Odd Are Berkaak ”*Freire ville 'taushetens kultur' til livs. Hans formidable ambisjon var å gi alle jordens bundne trelle tilbake sin stemme, slik at de kunne gjenvinne fortellingen om seg selv.*”

I senere år har jeg ofte vendt tilbake til den norske filosofen Skjerfheim sin artikkel ”Deltakar og tilskodar”(1957), hvor han holder fram et samfunnsmessig etos om å tenke seg som deltaker i samfunnet og i egne prosesser, og å ta grep med dette utgangspunktet. Hans utgangspunkt for essayet er at det finnes to helt forskjellige måter å forholde seg til en annens påstander på.

Med et slikt bakteppe er det vanskelig å snakke generelt om brukermedvirkning.

På hjemmesiden til Helsedialog (240810), et program under Helse Sørøst, er det beskrevet at brukermedvirkningen skjer på 2 nivåer: 1) Medvirkning på individnivå betyr at du skal påvirke forhold som gjelder deg selv og dine egne behov. 2) Medvirkning på systemnivå er rettet mot dem som planlegger tiltakene/tjenestene og som har myndighet til å vedta iverksettelse.

Den samme hjemmesiden gjengir et apropos fra Arne Garborg under beskrivelsen av brukermedvirkning; ”Ein sjuk mann veit mangt som den sunne ikkje anar”.

Som en konkret tilnærming tar jeg her inn de 13 prinsippene som Helse Sørøst legger til grunn for sin brukermedvirkning:

Brukermedvirkningens grunnlag

1. Brukermedvirkning er et nødvendig virkemiddel for å sikre gode og likeverdige helsetjenester til alle innbyggere, uavhengig av kjønn, alder, etnisitet, bosted, og diagnose/funksjonsnedsettelse
2. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse og er relevant på alle nivå i helsetjenesten

3. Brukerrepresentantene skal bidra til at brukersynspunkt gis en sentral plass i utforming av pasienttilbudet ved helseforetakene og at brukersynspunkt fremgår i rapportering etter plan- og meldesystemet og i beslutningsgrunnlag som fremmes for administrasjon og styrer
4. Medvirkningen skal sikres gjennom faste organer og for øvrig gjennom systematisk samarbeid med representanter fra brukerorganisasjonene. Brukerrepresentantene foreslås fra relevante pasient- og pårørendeorganisasjoner og eldres organisasjoner. Brukerrepresentantene som oppnevnes har selv erfaringer som pasienter eller pårørende og skal ivareta et helhetlig brukerperspektiv uten å representere særinteresser

Brukermedvirkning i drift og omstilling

5. Brukerrepresentantenes permanente medvirkning skal organiseres slik at brukerne gis reell innflytelse
6. Brukerrepresentanter skal delta i alle faser av vesentlige omstillingsprosjekter som angår etablering, endring og nedlegging av pasienttilbud, på samhandlingsarenaer og i alle saker som angår universell tilgjengelighet og pasientrelatert informasjon
7. Helseforetakene skal legge til rette for permanent og kvalifisert brukermedvirkning gjennom formaliserte fora, gjennom likemannsarbeid og organisert deltakelse i lærings- og mestringssentra
8. Brukerne skal kompenseres for utgifter, tapte inntekter og medgått tid etter statens satser for reise- og møtegodtgjørelse

Kompetanse og metoder

9. Helse Sør-Øst RHF skal gjennom tilskudd til brukernes organisasjoner bidra til å sikre kompetent og nødvendig brukerepresentasjon
10. Brukernes representanter skal ha et avklart forhold til egne brukererfaringer og kvalifisere seg til å delta og bidra til endring gjennom planmessig kompetanseutvikling og systematisering av egne og andres erfaringer
11. Helsepersonell, ledere og administrasjon i helsetjenesten skal være forpliktet til å sette seg inn i brukermedvirkningens grunnlag, anerkjenne brukerperspektivets viktighet og skal legge til rette for å benytte brukernes omstillingskraft og kompetanse
12. Det skal finne sted en løpende evaluering og dialog om utvikling av metoder i brukermedvirkning, innhenting av brukererfaringer (brukerundersøkelser) og hvordan brukermedvirkningen best kan organiseres
13. Helse Sør-Øst RHF skal bidra til at brukermedvirkning innarbeides i grunn- og videreutdanning innen medisin- og helsefagyrkene

http://www.helsedialog.no/laring_og_mestring_lms/brukermedvirkning/Nye+prinsipper+for+brukermedvirkning+i+Helse+S%C3%B8r-%C3%98st.9UFRDW56.jpg 24.08.10

St. melding 47 2008-09 Samhandlingsformen har som hovedgrep 1; ”Klarere pasientrolle” og har som overskrift i pkt 5.2 ”Pasienten i sentrum for samhandling gjennom pasientforløpene”.

1.2.2 Borger og pasient

Framtidsforsker Alvin Toffler skrev i 1980 boka ” The third wave”; ”*The rise of the prosumer*” Den første bølgen var utviklingen av samfunnet etter revolusjoneringen av jordbruket. Den andre bølgen var utviklingen etter den industrielle revolusjonen, og den 3 bølgen han omtalte var det postindustrielle samfunnet, med mye mangfold og hvor han blant mye annet hadde forestillingen om at ny teknologi kan gi muligheten til å aktivere begrepet ”*prosumer*”, en sammensmelting av produsent og forbruker. Slik jeg forstår det mener han at vi er meddeltaker i utviklingen av det samfunnet som til en hver tid gir rammer for våre egne prosesser.

Nedenfor i pkt 1.3 vil jeg gå gjennom de formelle bestemmelsene som omhandler pasientens rettigheter. Her vil jeg gi en betraktning av den situasjonen du får som borger når du blir definert som pasient og bruker av helsetjenesten.

Vi lever i et demokrati med åpne politiske prosesser hvor det de senere åra er vedtatt betydelige helsereformer. Her er du borger med rettigheter og plikter, og bruker av offentlige tjenester slik vårt samfunn tilbyr.

Den dagen du blir pasient oppstår en sårbarhetssituasjon, og mange opplever at likeverdet forrykkes, du blir avhengig av andre, det er behov for kompetanse ut over din egen, ofte spesialkompetanse og spesialutstyr for å bringe klarhet i og avhjelpe situasjonen.

I den situasjonen er du del av en produksjonslinje, eller det som sykehusdirektøren i intervjuet kaller ”et pasientforløp” som er basert på rutiner og prosedyrer, kvalitetskrav osv; I den sammenhengen er pasienten objekt.

Pasienten er samtidig et menneske, og du kommer med din kropp, din opplevelse av situasjonen, dine erfaringer og tanker, og dine sammenhenger jfr. Guttorm Fløistad sin bok *Utfordringer 1*, artikkelen ”*Det ensomme masse menneske. Om menneskets behov for å leve i sammenhenger*” (1988) om de 8 kjerneområdene for egenforståelse og hans 7 teser om sammenhengen mellom disse.

Han sier at dette er et individs sammenhenger skjematisk framstilt.

Familie Det annet kjønn	Venner	Arbeid	Fritidsbeskjeftigelse Hobbyer Reiser	Samfunnet Lokal- Samfunnet	Historien	Naturen	Livsanskuelen Religion
----------------------------------	--------	--------	--	----------------------------------	-----------	---------	---------------------------

Figur Livssammenhenger

Slik jeg oppfatter det, er den folkelige forståelsen av rettighetene du har som pasient at du skal bli behandlet med respekt som individ, at din integritet som person skal ivaretas, og at du skal bli fulgt opp slik at du får riktig behandling uten unødige forsinkelser. Du skal informeres om vurderinger og planer for behandling, du skal høres og gi samtykke underveis, og du har anledning til klage og få din sak prøvet. Tidsfrister skal overholdes og du har anledning til å velge fastlege og hvilket sykehus du skal behandles på. Taushetsplikt og andre forvaltningsmessige og økonomiske forhold skal ivaretas, og det skal hele tiden tas hensyn til dine spesielle behov.

Selv om dette bildet ligger i bunnen for forståelsen av din situasjon som pasient, vil jeg også hevde at du som pasient ofte ikke er i stand til å ”hevde din rett”, eller ikke er interessert i det, fordi det viktigste der og da er å komme deg ut av den situasjonen du er i etter skade eller når sykdom har kommet.

Jeg vurderer det slik at dette er en vanskelig situasjon for pasienten, og også for virksomheten som skal bistå, enten det er i kommunehelsetjenesten eller spesialisttjenesten. Det stiller krav til medarbeidernes kommunikative evner, til grad av formalitet, og til langsiktig planlegging også når pasienten ikke er i stand til å tenke ut over nuet.

Avslutningsvis vil jeg vise til teori om resiliens, som tar utgangspunkt i menneskets iboende beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer.

Resiliens (snl.no 11.09.10)

resiliens – psykologi, psykologisk motstandskraft, de faktorer som har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger. Å være resilient vil si at man er robust. Av individuelle trekk står optimisme, god selvfølelse, sosiale evner og at man er kreativ og har interesser, sentralt. Av kontekstuelle forhold står familiens ressurser, nettverk og støttende forhold i skole og nærmiljø sentralt.

(www.snl.no 11.09.10)

Helen Johnsen Christie sier at betegnelsen er et begrep fra fysikken som betyr “*elastisk motstand som gjør det mulig å komme tilbake til den opprinnelige form etter å ha vært bøyet*” (fra foredrag 211008, www.r-bup.no 05.09.10)

Hun viser skjematisk faktorer som er avgjørende for den enkelte for hvordan vi møter situasjoner som stress, skade eller sykdom:

RESILIENSAKTORER / BESKYTTELSESAKTORER	
<p>Motstandsdyktighet hos individet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medfødt robusthet, lett temperament • Kognitiv kapasitet • opplevelse av innflytelse, • opplevelse av egenverd, • opplevelse av mening og sammenheng • planleggingskompetanse • kreativitet, • mestring, hobbyer og interesser 	<p>Beskyttelsesfaktorer i familie og nettverk</p> <ul style="list-style-type: none"> • bedre foreldre/barn-samspill i spedbarnsalder • minst en resilient forelder • struktur, ritualer, grenser • foreldre som tillater hjelp fra andre • hjelp fra andre er tillatt, • lite negative emosjoner uttrykt rundt personen • minst en betydningsfull annen, • fellesskap og gruppetilhørighet, • delte verdier, • aksepterte mestringsstrategier

I Sosial og helsedirektoratets kunnskapsoversikt ”Sosiale ulikheter i Norge” (2005) og oppfølgeren ”Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse” (Whitehead og Dahlgren 2009) vises det at det også er strukturelle forskjeller mellom befolkningsgrupper når det gjelder motstandskraft og evnen til å komme tilbake fra uhelse til helse.

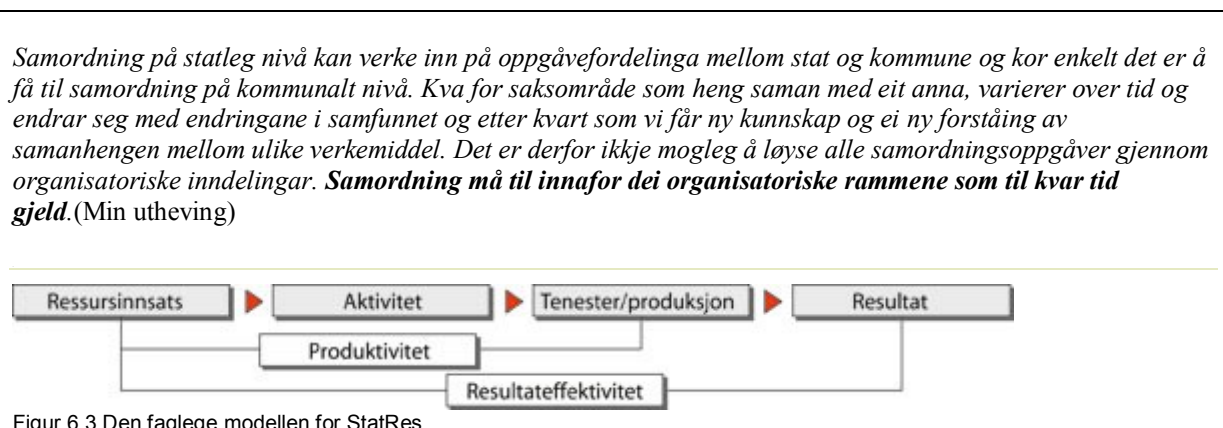
Med denne gjennomgangen av de forskjellige sidene ved brukeren vil jeg vise at ”brukeren” eller ”pasienten” ikke er en entydig størrelse som gjenstand for den behandlingen helsevirksomheten planlegger.

1.2.3 Samhandling og samordning

For brukeren vil jeg hevde at det er likegyldig hvordan tjenesteapparatet er bygget opp, bare alt står i en forståelig sammenheng og de vi møter i tjenesteapparatet framstår kompetente.

Det er altså tjenesteapparatet som må samordne seg i forhold til brukeren.

St. m. 19 2008-09, Forvaltningsmeldinga, omhandler dette på denne måten i pkt 6.4 om samordning:



Samordning krev tid og administrative ressursar. Samordning krev at organisasjonen vrir noko av merksemda si bort frå kva dei sjølv kan gjere for å nå måla sine, over på kva dei kan gjere for at andre skal nå sine mål. Samordning er ønskjeleg om dei måla ein medverkar til at andre når, er viktigare enn dei resultatata ein kan oppnå kvar for seg. Om det ikkje er tilfellet, vert måloppnåinga mindre for dei som bruker tid og ressursar på samordning.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-19-2008-2009-6.html?id=552898> 25.08.10

Den folkelige forståelsen av samordning er slik jeg vil formulere det at forskjellige instanser og individer ordner sin virksomhet og velger sine handlinger på en slik måte at de i felleskap oppnår et ønsket resultat.

Jeg har ovenfor sett på faktorer rundt brukeren som har behov for vurdering og oppfølging av helsevirksomhetene. Oppgavens tema er styring og ledelse av helsetjenesten. Generelt vil jeg si at helsetjenesten slik vi ser den i kongeriket er en sammensatt affære både når det gjelder den faglige virksomheten og de forvaltningsmessige forholdene.

Jeg framstiller organisasjonen skjematisk på denne måten.

Fag		Forvaltning	
Allmennlegen	Støttefunksjoner og samarbeidspartnere	Kommunene	
Legespesialisten	Støttefunksjoner og samarbeidspartnere	Staten	Finansieringsforvaltningen
			Tilsynet og ombudet
			Private avtalepartnere

Figur Helsetjenesten 1

Sammen med brukeren og hans pårørende er mange nivåer involvert, og det stilles store krav til forståelse av samordning og til den konkrete samhandlingen.

Utgangspunktet for fagutøvelse er kompetanse knyttet til oppgaveløsningen. Slik er sammenhengen mellom allmennlegen og legespesialisten definert, og det samme gjelder legene og støttefunksjonene, enten de er på legekantoret, i andre deler av kommunetjenestene, i sykehusene eller i private firmaer. Slik jeg forstår det er lover og forskrifter utformet på bakgrunn av slik forståelse.

Utgangspunktet for den forvaltningsmessige mandatfordelingen er knyttet til lovgivers fordeling av oppgaver mellom stat og kommune. I tillegg til dette er det etisk funderte bestemmelser for opplysningsplikt og taushetsplikt mellom aktørene.

”Samhandling” er et begrep som benyttes om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkelt person eller institusjon har et totalansvar for prosessen, f.eks å lande et fly. Prosessen må derfor finne sted i forhandlinger mellom aktørene

Ordet "samhandling" er et norsk begrep, og kommer opprinnelig fra dataverdenen. Betydningen var da "sømløs" samhandling i grensesnittet mellom maskin og menneske. Etter hvert har ordet også fått betydning som en handling, samspill, eller vekselvirkning også i grensesnitt mellom personer, organisasjoner, grupper, avdelinger, osv.

Samhandling skjer mellom og på tvers av nivåer, organisasjoner, spesialiteter og profesjoner.

Samhandlingen kan omfatte

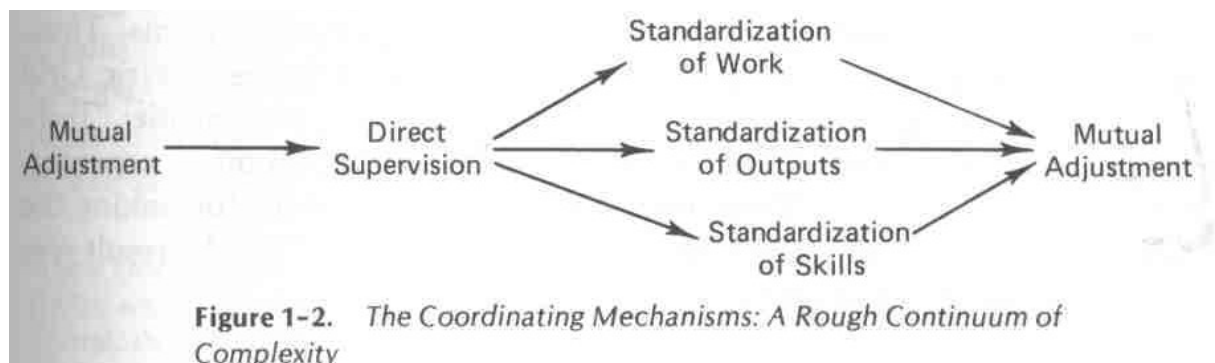
- Kommunikasjon, både menneskelig og elektronisk
- Samarbeid
- Felles prosesser
- Erfaringsutveksling
- Arbeide sammen mot felles mål
- Informasjonsutveksling
- Dele kunnskaper
- Det å ha/få en felles oppfatning av et meningsinnhold
- Felles tiltak for å oppnå samme mål

Samhandling er som regel ikke et mål i seg selv, men et virkemiddel. I reportasjer og kronikker blir det vist til at flere av dagens offentlige og halvoffentlige organisasjonsformer er mer oppstykkende enn samhandlende. Dette gjelder for eksempel «flat struktur» i en kommune, der tjenesteproduksjonen skjer i avgrensede resultatenheter med redusert antall ledernivåer mellom enhetene og rådmannen. Det hevdes med tyngde at bestiller-utførermodeller og konkurranseutsetting av enkelttjenester stimulerer til domenekonflikter og gir ineffektiv tjenesteproduksjon.

Henry Mintzberg beskriver i sin bok “The structuring of organizations”(1979) de 5 måtene å koordinere arbeidsprosesser på;

Gjensidig tilpasning, direkte instruksjon, standardisering av arbeidsprosesser, standardisering av resultater og standardisering av ferdigheter.

Han har framstilt sammenhengen på denne måten.



Han sier at det er kompleksiteten i arbeidsprosessene som avgjør hvilke koordineringstilnæringer som benyttes, sammen med omkostningene av tilnærmingene.

Samhandling skjer i øyeblikket; Strukturen i organiseringen, rutiner, prosedyrer og andre ordninger kan ligge til grunn for denne samhandlingen sammen med individets egne holdninger og vurdering av muligheter.

1.2.4 Tid som funksjon og fenomen

Jeg finner det nødvendig å gjøre noen refleksjoner om "tid".

khronos, 'tid', (snl.no)

I arbeidet med prosjekter er tidsaksen beskrevet ved milepæler, datoer og andre begreper som angir noe som forventes eller beskrives i sammenheng med et gitt tidspunkt.

Tid som fenomen har gitt oss mange munnhell og visdomsord og vært grunnlag for filosofiske betraktninger. Jeg har undervist i "tidsstyring og personlig planlegging", og jeg har vel også brukt begrepet "tidstyv" i utøvelse av ledelse.

Begrepet "arbeidstid" har gitt oss en rekke bestemmelser som legges til grunn for strukturen og organiseringen av det profesjonelle arbeidet i virksomheter, og tidsfaktoren omregnes til en ressurs når arbeidskapitalen er medarbeiderens kunnskap eller når det skal kreves honorarer.

Prosesser kombinerer tid, handlinger, elementer og kanskje også mennesker. I prosjektledelse og organisering av drift er disse sammenhengene avgjørende for å oppnå definerte mål.

For den som blir syk, omtales ofte tid som en legende faktor. Kroppens iboende krefter mobiliseres, og en influensa "går over på noen dager", et brudd gror normalt på 6-8 uker.

"Ventetid" kan være et positivt ladet begrep når vi ser eplene modnes eller vi vet at noe godt skal skje på en gitt dato. Det å vente kan også være svært ubehagelig. Det kan være forbundet med manglende trygghet, usikkerhet og plage.

Begrepet "vente" er beslektet med "forvente"; et begrep som ofte benyttes om forventet effekt eller resultat i omtalen av et mål som er satt.

Hendelser er i øyeblikket, og ulykker kan skje overraskende og brått, og sykdom kan komme akutt. Opplevelsen i øyeblikket styrer handlinger, ofte med heltemodig innsats, og det øyeblikkets mulighet kan skape en helt! Reportasjer og romaner forteller oss om disse sammenhengene fortløpende.

Denne oppgaven handler om organisering av tjenester for mennesker med kronisk sykdom. Da er det lett å tenke at du er syk "hele tiden", og kanskje at du alltid tenker på deg selv som syk.

(Snl.no 030910)

kronisk

Forfatter: Redaksjonen

kronisk. (av kron-), langvarig, brukes i medisinen om sykdommer med et langtrukket forløp, motsatt de akutte, raskt forbigående sykdommer. I praksis setter man ofte skillemerket mellom en akutt og kronisk sykdom ved et halvt år. Kronisk er ikke ensbetydende med uhelbredelig. Riktignok er mange kroniske sykdommer livsvarige, men andre er fullt helbredelige på lang sikt.

kronisk (SML-artikkel)

Forfatter: Erik Kåss

Etymologi: av gr. *khronos*, 'tid'

kronisk, langvarig, vedvarende. I praksis trekker man ofte skillelinjen mellom en akutt og kronisk sykdom ved et halvt år. Motsatt: akutt.

1.2.5 Spesielle forhold for kronikeren?

I intervjuet sier seksjonslederen i Kunnskapssenteret at det er allmenn forståelse for at de pasientene som har stor kompleksitet med behov for langvarig behandling utgjør 20 % av pasientene, - og at de forbruker ca 80 % av helsetjenestene.

Som definisjon på kronisk sykdom refererer jeg til St. melding 21 1998-99 som sier at en

kroniker kjennetegnes ved at det er personer som

- *Har en funksjonssvikt som følge av medfødte, kroniske sykdommer og tilstander.*
- *Har funksjonstap som følge av sykdom og skade som har oppstått senere i livet.*
- *Har behov for vedlikehold av funksjon for å unngå forverring av funksjonshemninger.*
- *Har ofte behov for funksjonsomstilling ved overgang til en ny livsarena (f.eks. fra skole til arbeid) eller ved endrede krav i omgivelsene (f. eks i bo- eller arbeidssituasjonen)*

Skjematisk framstilt vil jeg dele inn mennesker med kronisk sykdom på denne måten.

Den som nylig har fått konstatert en kronisk sykdom eller har et diffust sykdomsbilde	Kanskje preget av sorg og forvirring. Mye nytt å forholde seg til, og at den nye situasjonen gjør at du forholder deg til omgivelsen på en ny måte
Den som er under fortløpende behandling og oppfølging	Kanskje mer preget av håp og optimisme. Orienterer seg kanskje i ny rolle ut fra sin selvforståelse, og tar kanskje også imot hjelp på en ny måte
Den som har lært seg å leve med sykdomsbildet	Kanskje i avklart situasjon og rolle, og kan ha valgt å bidra overfor andre som nettopp har fått sin diagnose. Kanskje fortsatt preget av sorg og tap.

Figur Kronisk sykdom

Med denne framstillingen forsøker jeg å vise sammenhengen med tidsperspektivet; kronisk tilstand, men varierende hjelpe- og behandlingsbehov. Generelt vil jeg si at vi hos kronikeren ofte møter en sammensatt situasjon og en langvarig historie; Kanskje en uttrykt egenforståelse av situasjonen og av behov for utredning og behandling, - og kanskje et avklart forhold til sin situasjon. For andre: En diffus og fortvilende situasjon med smerte og tap hvor du ser store konsekvenser for inntekt, status, sosial omgang og utfordringer ifht å måtte ta imot hjelp.

De senere årene har pasientorganisasjoner hatt et særskilt fokus på mestring. Sammen med utviklingen av tjenesteapparatet har dette ført til at noen velger å ta imot opplæringstilbud i læring- og mestringssentra; kanskje i gruppe med samme diagnose eller i diagnose-uavhengige opplegg.

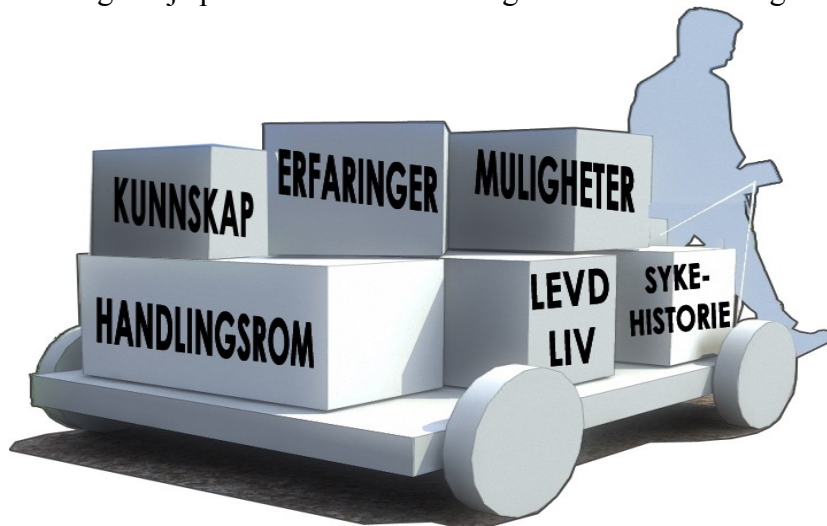
Dette har gitt oss begrepene ”erfaren bruker”, definert som en som har akseptert sin nye rolle, og ”likemann”, definert som en som går inn i rollen som veileder for de som vil ta imot et slikt organisert tilbud.

Pasientorganisasjonene har hevdet at kronikerens situasjon ofte er preget av venting, noen vil hevde helt unødvendig venting på utredninger som ikke er koordinert. Det rapporteres da også brudd på ventelistgarantien og den mindre kjente utredningsgarantien.

Når denne situasjonen kombineres med farene for opplevelse av umyndiggjøring slik Stang framstiller det, kan situasjonen for kronikeren være en langvarig vanskelig situasjon med smerte på mange nivåer. Når dette er sagt, vil jeg skynde meg å legge til at det for andre kan være en avklart og grei situasjon med nyorientering hvor du tar i bruk nye muligheter.

Jeg vurderer det slik at det er tidsperspektivet som gjør situasjonen spesiell for kronikeren, og at dette gir krav til kommunikasjonen og behov for forpliktende dialog.

Avslutningsvis vil jeg her vise mitt bilde av personen med kronisk sykdom som er godt diagnostisert, har fått god hjelp med helsetilstanden og forståelsen av sin egen situasjon



Figur Kronisk syk - ordnet

Han har fortsatt mange ting han må ”dra med seg” i det daglige, men det er på et vis ordnet slik at det blir håndterlig, og han har kunnskap slik at han realistisk kan vurdere muligheter og sitt handlingsrom.

1.2.6 Er kronikeren selv ofte navet i sin egen behandling?

Jeg har referert til at jeg var med i utarbeidelsen av Helse Sør sin ”kronikerplan” i 2004. Mye av det tankegods som preger meg i arbeidet med denne oppgaven har jeg fra denne perioden.

Planen har som tittel ” *”Mestring, tilgjengelighet og forutsigbarhet”. En tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander.*”

I arbeidet møtte vi alle de strukturelle utfordringene som er innebygget i organiseringen av tjenesteapparatet, og vi fikk brukerrepresentantenes beskrivelse av at ordningen Individuell plan hadde begrenset effekt.

I intervjuet med fylkeslegen sier han ” *Det er ikke bare fastlegene, - men alle aktørene strever med å holde trådene sammen* ”.

I intervjuet med leder av allmennlegeforeningen sier han ” *ansvar som flere har er det ofte ingen som tar* ”.

Jeg har en opplevelse av at pasienten er den som må ta ansvaret å holde trådene sammen, og kanskje det er både naturlig og riktig at det er slik i mange situasjoner. Jeg mener at det allikevel er en alvorlig innvending mot dette; pasienten har ingen reell myndighet i tjenesteapparatet! Med dette mener jeg at vi som pasient ikke har noen styringsfunksjon, og at det ligger i sakens natur at vi er avhengig av tjenesteapparatets kompetanse og vurderinger. Innen det offentlige systemet kan vi heller ikke tilføre ressurser hvis det er en knapphetssituasjon.

En annen alvorlig innvending er at mange av oss som pasienter er helt ute av stand til å se våre muligheter og vurdere konsekvenser av tiltak på kort og lang sikt. Jeg mener at det i en slik situasjon vil være etisk betenkelig å gi oss myndighet ut over det prinsippene for brukermedvirkning tilsier.

1.3 Formelle rettigheter for pasienten. Gjennomgang av lov og forskrift

Først i dette kapittelet vil jeg nevne menneskerettighetene og barnekonvensjonen, og at pasienten er borger i kongedømmet og i så måte har sine demokratiske rettigheter.

Som pasient har du spesifikke rettigheter som kan etterprøves ut fra den situasjon du er eller har vært i. Du har krav på individuell vurdering og behandling. I tillegg er det gitt generelle politiske og administrative føringer for helsetjenesten i Statsbudsjettet, i styringsbrev og gjennom avtaler.

Innledningsvis vil jeg ta for meg de bestemmelsene som er avgjørende for den enkelte pasient; ”får jeg behandling eller får jeg det ikke?” Det er fastlegeforskriften og prioriteringsforskriften.

Fastlegeforskriften er, slik jeg i intervjuet ble minnet om av avdelingsdirektøren i Helsedirektoratet, et listesystem som kobler innbyggerne til sin allmennlege: Fastlegeordningen gir alle innbyggere i Norge rett til å ha en allmennpraktiserende lege som sin faste lege. Fastlegen har plikt til å prioritere pasienter på egen liste.

Uavhengig av om du som pasient kjenner deg som prioritert og tatt vare på eller ikke, er det medisinske personalet underlagt prioriteringsforskriftens bestemmelser. Forskriften har sin bakgrunn i *Lov om pasientrettigheter*. (Forarbeider Ot.prop 12 98-99)

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd, når:

1. Pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og

3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

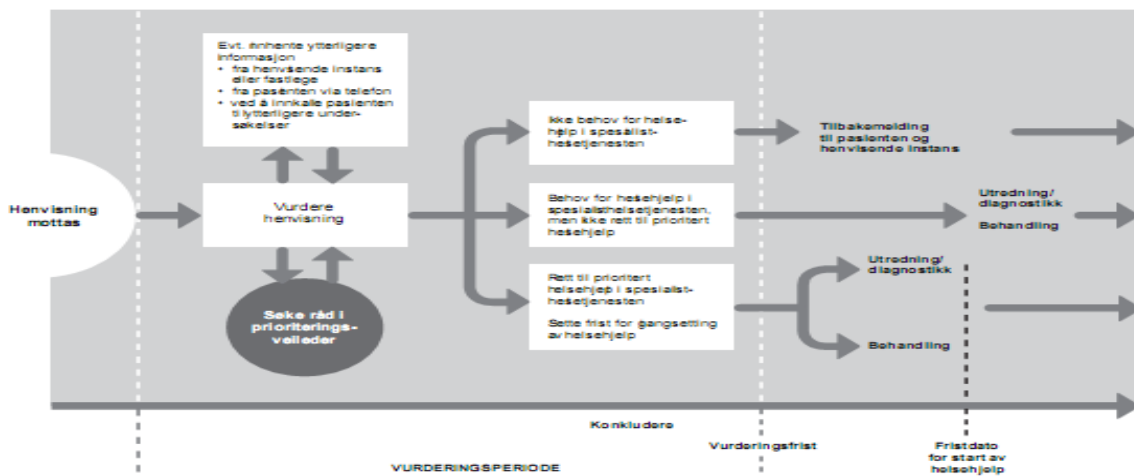
Det tredje vilkåret etter bestemmelsens første ledd er at det foreligger et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedringen av pasientens helsetilstand som behandlingen forventes å gi.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger altså på sammenhengen mellom tilstandens alvorlighet, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilråene er relative i forhold til hverandre. Er pasientens prognose meget dårlig, vil kravet til behandlingens forventede nytte kunne være lavere enn om prognosen er mer usikker. Tilsvarende vil det kunne kreves mindre med hensyn til tilstandens alvorlighet dersom nytten med høy grad av sikkerhet er stor i forhold til om den er moderat eller mindre sikker. Pasientens diagnose er ikke avgjørende for retten til nødvendig helsehjelp. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter kunne ha rett til helsehjelp og andre ikke.

<http://www.ressursklinikken.no/pasientrettigheter/pasientrettigheter.htm> 01.10.10

Etter vurderingsgarantien har du rett på spesialisttjenestens vurdering innen 30 dager, kortere ved alvorlige tilstander, og det skal settes frist for iverksetting av behandling. Dette ble illustrert slik på Nasjonal praksiskonsulentkonferanse i juni 09:

Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsettning av rettigheter og frist for start helsehjelp



www.pko.no 01.10.10

Lov om pasientrettigheter slår fast respekt for menneskeverdet, lovfester pasientens rettslige stilling mht rett til vurdering, rett til fornyet vurdering og rett til valg av sykehus, rett til medvirkning og informasjon, og til rett til å samtykke til helsehjelp, rett til innsyn i journal og beskriver særlige rettigheter for barn, og klargjør pasientombudsordningen. Dette er en generell lov, det vil være særlover som gir bestemmelser i tillegg.

Jeg vil også nevne spesielt **psykisk helsevernloven** (LOV 1999-07-02 nr 62) og siterer formålsparagrafen;

”Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.”

Forvaltningsloven beskriver en ”forvaltningsskikk” for behandling av sak i forvaltningen og hvordan klage skje og behandles.

Etter gjennomgang av Helsetilsynets hjemmeside som gir oversikt over pasientens rettigheter i behandlingssituasjonen oppsummerer jeg dette slik;

Rett til nødvendig helsehjelp

Du har krav på å få nødvendig helsehjelp i kommunen der du bor, eller der du for tiden oppholder deg. Du har også krav på å få nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Med spesialisthelsetjenester tenker man i første rekke på helsetjenester som sykehus, poliklinikker og distriktpsikiatriske sentre tilbyr. Privatpraktiserende helsepersonell som gir helsehjelp etter avtale med de regionale helseforetakene gir også spesialisthelsetjenester.

Rett til vurdering i spesialisthelsetjenesten

Hva har du krav på?

Dersom du er henvist til spesialisthelsetjenesten har du rett til å få helsetilstanden din vurdert innen 30 virkedager. Ditt behov for helsehjelp skal vurderes og du skal få en diagnose hvis denne er mulig å stille før behandlingen er avsluttet, du skal også få vite om sykdommen er alvorlig og om når eventuell behandling kan bli gitt. Dersom det er mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har du rett til en raskere vurdering.

Rett til fornyet vurdering

Dersom du har fått din tilstand vurdert av spesialisthelsetjenesten kan du ha rett til å få en ny vurdering av en annen legespesialist.

Rett til fastlege

Du har rett til å være knyttet til en fast, navngitt lege (fastlege) i kommunehelsetjenesten. Hos denne legen prioriteres du foran personer som ikke står på legens liste. Dette innebærer i praksis at det skal være mulig å få legetime innen rimelig tid og å nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler.

Rett til valg av sykehus

Du kan velge hvilket sykehus eller distriktpsikiatrisk senter som skal vurdere din helsetilstand og hvor du vil behandles. Dette gjelder ikke dersom du har behov for øyeblikkelig hjelp.

Rett til individuell plan

Dersom din helsetilstand krever langvarige og koordinerte helsetjenester har du rett til å få utarbeidet en plan for behandlingsopplegget ditt. Planen skal bidra til å klargjøre ansvarsforholdene i behandlingen av deg og opplyse om hva slags behandling, tiltak og tjenester du kan vente å få til hvilken tid. Den individuelle planen skal dekke de behovene du har i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. Planen forutsetter med andre ord et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.

Rett til informasjon

Som pasient har du rett til å få informasjon om helsetilstanden din, diagnoser og om hva behandlingen vil gå ut på. Du har blant annet rett til å få opplysninger om mulige behandlingsmetoder, om behandlingens varighet, omfang og mulige komplikasjoner og bivirkninger.

Er du innlagt på sykehus skal det utpekes en pasientansvarlig lege som skal være din faste kontaktperson under oppholdet. Denne legen skal bl.a. ha ansvar for å koordinere behandlingen av deg, og skal sørge for at du får nødvendig informasjon.

Du kan som hovedregel selv avgjøre hvor mye informasjon du ønsker å motta.

Rett til medvirkning

Et godt behandlingsresultat forutsetter ofte et samarbeid mellom pasienten og helsepersonell. Du har derfor rett til å medvirke ved behandlingen av deg. Helsetjenesten ønsker at du som pasient i størst mulig grad deltar aktivt i behandlingen av deg.

Medvirkning innebærer for eksempel at du kan være med og bestemme hvilke undersøkelses- og behandlingsformer som skal benyttes. Det er imidlertid helsepersonellet som skal treffe den endelige avgjørelsen og som er ansvarlig for at behandlingen er forsvarlig.

Rett til å gi samtykke til behandling

Helsehjelp forutsetter vanligvis et informert samtykke fra pasientene. Dette betyr at helsepersonell må ha tillatelse fra deg som pasient før de kan undersøke deg og starte behandling. For at du skal kunne gi slik tillatelse må du ha fått god informasjon om sykdom, diagnose, behandling og risiko ved behandlingen.

Rett til taushet om personlige opplysninger

Helsepersonell har taushetsplikt. Dette betyr at helsepersonell skal hindre at opplysninger om deg spres til uvedkommende.

Rett til journalinnsyn

Helsepersonell skal dokumentere sin pasientbehandling. Dette betyr at helsepersonell skal skrive ned alle opplysninger som gjelder behandlingen av deg, og oppbevare disse i en pasientjournal. Du har som hovedregel rett til å få se din pasientjournal. I tillegg har du rett til å få en kopi av journalen.

www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Rettigheter-helsetjenester/#taushet 01.10.10

Pasientrettighetsloven er en rettighetslov, men det angis ikke automatisk noen plikt hos noen til å gi vurdering eller behandling. Det er så vidt jeg forstår ikke et premiss i juridisk tankegang at hvis det er beskrevet en rettighet i lov, så er noen pålagt en plikt til å oppfylle din rettighet.

Særlig forskrift om Individuell plan med utgangspunkt i kommunehelseloven (ref), Samhandlingsreformen (st m 47 08-09) og ”Det du gjør, gjør det helt” (Nou 22 09) om bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge” er aktuelle som bakteppe for min problemstilling og mine spørsmål.

Om ordningen siterer jeg fra kommunehelselovens § 6-2a ; ” *Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasienten* ”.

Litt overforenklet vil jeg si at stortingsmeldingen og Nou-en slår fast at det skal samordnes og samhandles bedre med utgangspunkt i brukerens behov, at brukermedvirkningen skal gis innhold, og at det skal legges vekt på brukerens opplevelse av mestring.

Min vurdering er at alle i helsevirksomhetene er klar over disse intensjonene og føringene.

I vedlegg 2 er det gjort en gjennomgang av politiske føringer og aktuelle lover og forskrifter.

1.3.1 Kjenner pasienten sine rettigheter?

Jeg har formulert overskriften som et spørsmål, - og svaret er at det vet jeg ikke mye om, ut over et generelt inntrykk det vi kan kalle informasjonssamfunnet når fram til mange med aktuell informasjon. I intervjuet med pasientombudet kommer det også fram at vi har mange godt informerte brukere som handler ut fra de kunnskaper de har om sitt sykdomsbilde og kjennskap til sine rettigheter.

For egen del vil jeg si at de mulighetene internett har gitt gjør meg i stand til å finne fram til nødvendig informasjon om både formelle og praktiske forhold om helse og helsetjenester.

Det er også mitt inntrykk etter intervjuet med pasientombudet; Publikum er mer klar over sine muligheter og rettigheter, og henvender seg til forskjellige instanser med relevante spørsmål og er også i større grad enn tidligere kjent med sine klagemuligheter.

Men forskeren i meg spør; hvem er det som bruker internett og hvem er det som klager? Jeg vil anta at det her både er klasseforskjeller og at pasienten med kronisk sykdom som etter lang tids utmattelse ikke har overskudd til å ta i bruk disse virkemidlene.

1.4 Avsluttende om brukeren – ”pasienten er også subjekt”

Rammebetingelsene for helsetjenesten er i stadig endring. Brukerens rolle endres også. Vi har tilgang til kunnskap via internett og andre fora, og brukerorganisasjonene systematiserer erfaringer og oppdrar sine medlemmer ut fra sin forståelse av situasjonen og de rettigheter og plikter som lov og forskrift gir. Media og det generelle nyhetsbildet gir borgerne på en ny måte innblikk i de diskusjoner som pågår både mellom fagfolk, om organisering og prioritering og om andre etiske spørsmål. Begrepet ”kompetent bruker” har fått innhold, og mestringsbegrepet dukker ofte opp sammen med omtalen av brukermedvirkning.

For meg ser det ut som vi nærmer oss å være produsent og konsument på samme tid, slik Alvin Toffler beskrev det i sin spådom fra 1980. For meg er dette også god ideologi; at vi som pasienter tar ansvar og bidrar ut fra egen evne og forståelse i de situasjonene som oppstår!

Jeg har i dette kapittelet skrevet om brukeren. I det følgende vil brukeren og hennes situasjon være utgangspunktet for tjenestene, og i så måte være ”oppgaven” eller ”gjenstand for kompetanse” som angir formål og tiltak for organisasjonen som skal møte personen i vedkommendes situasjon.

Jeg vet at jeg med dette vil stå i fare for å omtale brukeren som et viljeløst objekt som er prisgitt organisasjonenes struktur, prosesser og resultater. Hvis det skjer er det ikke tilsiktet; Jeg anser hver person med kronisk sykdom som meningsberettiget med evne til å bidra i egen situasjon.

Dette helt uavhengig av at jeg senere omtaler mennesker som ”en sak”, ”en pasient” eller liknende.

Med dette utgangspunktet fortsetter jeg innledningen med å vie saks- og behandlerorganisasjonen den nødvendige interessen.

1.5 Behandlingsapparatet

Den norske velferdsmodellen er basert på at borgerne er medlem av folketrygden, og at finansieringen av helsetjenestene går over stats- og kommunebudsjettet med en mindre egenbetaling for ytte tjenester. Styringssignalene gis i politiske vedtak via retningslinjer og oppdragsbrev eller avtaler til kommuner og helsevirksomhetene. Den enkelte virksomhet etablerer sin styringslinje ut fra det oppdraget som er gitt i lov og forskrift, og forutsetninger gitt i årets budsjett.

Helsetjenesten er gjennomregulert. Plikter og rettigheter er beskrevet i lov og forskrift, det er krav til kvalitet og sertifiseringer, til bruk av anerkjente metoder, og det er et krav til at vi skal utvikle tjenesteapparatet kunnskapsbasert og stadig mer evidensbasert.

Når sykdom eller skade oppstår vil jeg generelt si at du har behov for omsorg, utredning, behandling og oppfølging eller rehabilitering, og at det løpende er behov for avklarende samtaler og samordning av tjenester.

For forvaltningen oppstår "en sak" på ett eller flere forvaltningsnivåer, og helsetjenestene møter en pasient med eksplisitte eller diffuse behov.

Det vil kreves beslutninger i forvaltningen, og det være behov for planlagte og samordnede tjenester og oppfølging.

1.5.1 Opprettelse av sak og saksbehandling

Når jeg som pasient ber om time hos fastlegen, blir undersøkt og får behandling med medisin f. eks på blå resept, er legen delegert myndighet til å fatte forvaltningsmessige beslutninger i henhold til gjeldende lover og regler og basert på sitt kliniske skjønn og kompetanse.

Når legen skriver ut sykemelding, henviser til spesialist, til Hjelpemiddelsentralen, til Nav, hjemmetjenesten eller annen hjelpeinstans i kommunen, opprettes det en sak i den aktuelle instansen som følges opp ut fra gjeldende rutiner og myndighet.

Spørsmålet blir; "Hva er saken?"

Sakens innhold og karakter sammen med legens forståelse av dette, avgjør hvilke rutiner, forskrifter og lovverk som aktualiseres og vurderingen av hvilke instanser som skal involveres. Sammenhengen mellom "sak" og behandlingsforløp skisseres ut fra formelle og praktiske forhold, slik at arbeidet med pasienter aktualiserer både saksbehandlingsregler og den medisinske kompetansen:

- Hvem har ansvar?
- Hvem har kompetansen?
- Finnes tilgjengelige ressurser, osv.

Stortingsmelding 19 08-09 "Ei forvaltning for demokrati og fellesskap" omhandler den statlige forvaltningen. Jeg gjengir et klipp fra sammendraget kap 1.1

Statsforvaltninga skal verne om rettstryggleiken og fridomen til kvar enkelt. Folk skal ha påverknad på samfunnsutviklinga – òg ut over det å stemme ved val. Forvaltninga skal gi folk innsyn og innsikt, slik at dei kan bruke den politiske retten sin til å påverke samfunnsutviklinga og kontrollere korleis fellesressursane vert brukte.

Arbeids- og avgjerdprosessane skal leggje til rette for at folk, organisasjonar og næringsliv kan fremme interessene sine, reise kritikk og medverke til gode løysingar. Statsforvaltninga skal fremme fagleg sjølvstendige synspunkt utan partipolitiske omsyn.

1.5.1.1 Beslutninger ”i fri flyt uten oppfølging”?

Det medisinske behandlingssystemet er basert på ”henvisning og epikrise”, det vil i praksis si at en lege henviser til en spesialist eller annen behandler. Kollegaen i den instansen det er henvist til, gjør først en vurdering av om det er grunnlag for oppfølging av henvisningen. Hvis det ikke er det, returneres henvisningen. Hvis det vurderes som riktig å følge opp henvisningen med en undersøkelse eller behandling, får pasienten innkalling til dette, og henvisende instans får beskrivelsen av det som har skjedd i skriftlig form, en epikrise, som senere gjennomgås med pasienten.

Respondentene i min studie tegner et mer nyansert bilde av kommunikasjonen i enkeltsaker, og forteller at det også er uformell kontakt både av konsulterende art, og i vurderinger av diagnoser og plan for behandlingsforløp.

Denne samhandlingsformen og måten det blir tatt beslutninger på, og hvordan disse blir kommunisert, er interessant for pasienten, men også med et beslutningsteoretisk utgangspunkt.

En generell modell for å forstå hvordan beslutning tas kan lineært framstilles på denne måten

Mål formuleres	Problemer identifiseres	Alternativer Vurderes	Konsekvenser vurderes	Valg gjøres	Gjennomføring Skjer	Kontroll - resultat mot mål
----------------	-------------------------	-----------------------	-----------------------	-------------	---------------------	-----------------------------

Figur Beslutningsprosess

All erfaring tilsier at beslutningsprosessen sjelden er lineær, at sløyfer oppstår, at mål endres når konsekvenser åpenbarer seg osv.

I mitt daglige virke har jeg glede av Demings sirkel med begrepene ”Planlegge, utføre, kontrollere og korrigere og PUKK-sirkel” som sentrale i utviklingsoppgaver og kvalitetsarbeid.



Figur Kontinuerlig forbedring ved bruk av PUKK-sirkelen

(Langley, Nolan, Norman, Provost: The Improvement Guide, New York; Jossey Bass, 1996)

(Kunnskapssenterets hjemmeside 180910)

Med hjelp fra beslutningsteorien tar jeg opp begrepene *Analytisk tilnærming*, *Politisk tilnærming* og *Anarkisk tilnærming*. Fra den anarkiske tilnærmingen forholder jeg meg i denne sammenhengen til *Garbage Can* eller ”Søplebøttemodellen”.

I en analytisk tilnærming er utgangspunktet at målet og målhierarkiet er klart og forståelig for alle involverte, og at beslutningen kan komme fram som et resultat av en type regnestykke hvor vi vektet variabler opp mot hverandre og konkluderer ut fra en rasjonell tilnærming. I en kollegial modell er beslutningen å forstå som summen av innspillene til de ulike avdelingene. I en hierarkisk modell er beslutningen et resultat av en toppstyrt beslutningsprosess i organisasjonen

I en politisk tilnærming pågår målsettingsdiskusjonene og målkompromisser inngås løpende med utgangspunkt i vurdering av løsninger som skisseres. I denne tilnærmingen beslutningene et resultat av forhandlinger hvor resultatet reflekterer synet til den mektigste koalisjonen. En politisk tilnærming åpner også opp for at eksterne interessenters syn vil bli hørt. Det tas utgangspunkt i maktbaser og koalisjoner, og forhandlinger og strategisk tilnærming er aksepterte virkemidler.

I en anarkisk tilnærming er det fokus på omstendighetene og de mulighetene som skapes. Lindblom (”*The science of mudling through*” 1959) fokuserer på onder vi bør vekk fra, anviser retninger og finne akseptable løsninger, og anbefaler å unngå store beslutninger som oppleves som radikale av dem dette gjelder. Vi ”padler” på denne måten gjennom utfordringene. I en garbage can modell er timing det avgjørende elementet for å forstå tilblivelsen av f.eks. strategidokumentet og hvor institusjonens plan er utfallet av mer eller mindre tilfeldige forbindelser mellom problemer, løsninger og aktører.

I boka ”*Ambiguity and choice in organizations*” omtaler Cohen, March og Olsen (1994)

- Problemstrømmen som bekymringer som bæres av personer innefor eller utenfor organisasjonen. De skiller i denne sammenhengen problemer og bekymringer fra reelle valg.
- Løsningene som ”produkt” etter en innsats, og at det ikke alltid er slik at du visste spørsmålet som du fant løsningen til. Løsninger søker problemer og problemer søker løsning.
- Strømmen av deltakere, hvor de kommer og går. En inntreden et sted skjer samtidig som de forlater et annet.
- Anledningene til å gjøre valg, er situasjoner hvor det er forventet at det skal fattes beslutning.

De påpeker at disse strømmene med spesielle kjennetegn, ikke opptrer uavhengig av hverandre. Strømmene er kanalisert i organisasjonsstrukturen og i de sosiale strukturene.

Som et apropos til den siste tilnærmingen nevner jeg Lars Klemsgård som i sin bok *Den intuitive organisasjonen* (2008) hevder at beslutninger handler om å tenke selv på jobben, og om å ta utgangspunkt i de ansatte selv når organisasjonen skal utvikles. Han peker på et utviklingsperspektiv og en utviklingsstrategi på virksomhetens egne premisser. Tilnærmingen vil være at ledere og ansatte forbedrer evnen til å se og tenke klart om utfordringer og løsninger i sin egen hverdag, og skjønne bedre hva som er riktig å gjøre i enhver situasjon og på den måten utvikle organisasjonens intuisjon.

Jeg vurderer det slik at det er mange elementer av politisk tilnærming i utformingen av helsetjenestene.

Dette gjelder spesielt i utformingen av det offentlige tjenesteapparatet, men også med utgangspunktet i profesjonenes samhandling og hvordan beslutninger fattes i et profesjonssammensatt kollegium. Dette sier jeg med bakgrunn i min forståelse av det er maktbaser også i profesjonene, og at det i noen grad pågår forhandlinger i og mellom profesjonsgruppene lokalt og gjennom organisasjonene.

På samme måte vil jeg si at beslutningsprosessene på individnivå, det som gjelder pasienten, har islett av både analytiske og anarkiske trekk; den kjente diagnosen gjør at det settes i verk kjent behandling samtidig som tilgang til arenaer, energi som er til rådighet og andre faktorer slår inn på en måte som gjør at jeg mener at vi ikke kan si at det er et analytisk fundament for ”hva som er det beste for pasienten” som blir beslutningen.

Med dette bakteppet vil jeg si at hva som kommer ut av beslutningsprosess i sammenhengen mellom pasient og helsetjenesten avhenger skjematisk framstilt av

- tilgangsstrukturen; hvilke deltakere har tilgang til beslutningsarenaer, er det slik at det hovedsakelig fattes beslutninger i møter som er kjente og hvem har i så fall tilgang der, eller fattes det også beslutninger i tilfeldige samtaler, eller kanskje som en del arbeidet, i det en problemstilling dukker opp?
- desisjonsstrukturen; - på hvilken måte fattes beslutninger, er det en fast struktur på dette området, er den kjent og hvordan gjøres beslutningene kjent?
- energi; energinivået i prosessen, er det stort engasjement for å finne løsningen, eller er det flatt eller likegyldighet som preger deltakerne?
- energifordelingen mellom deltakerne, hvem er engasjert og har ”trøkk” i denne saken, og hvem er avventende tilskuer?

og at vi kan se på 4 strømmer i organisasjonen

- Problemer
- Løsninger
- Deltakere (som bærer løsningene)
- Arenaer / anledning til drøftinger og til å fatte beslutning.

Dette hevder jeg basert på forståelsen beskrevet i ”søplebøttemodellen”.

Jeg forutsetter at pasienten i dialog med fastlegen eller legespesialisten setter konkrete mål for behandlingen, at alternativer og mulige konsekvenser vurderes ut fra de forhold som er kjent på det aktuelle tidspunktet, og at det avtales hvilke instanser som skal involveres i oppfølgende undersøkelser eller behandling. Det er også naturlig å snakke om motivasjon og energi i prosessen.

Jeg vil generelt hevde at du som pasient ikke alltid har oversikt over hvem som ”har din sak”; på hvilken arena den befinner seg, hvilke mål som er satt og hvilke alternativer og mulige konsekvenser som vurderes, om det er fattet beslutninger som angår deg på kort og lang sikt, eller ”hvem som venter på hvem nå”.

1.5.2 Saksbehandleren – en vurdering

Legen som kliniker og som saksbehandler, og andre som blir involvert i saksbehandling og oppfølging av den enkelte pasient, har stort ansvar og er gitt myndighet til å ta beslutninger som gir konsekvenser på det personlige plan for pasienten.

Samtidig er saksbehandlerne underlagt strukturene som til enhver tid utgjør behandlingsapparatet.

Lennart Lundquist tar i sin bok "Demokratins vaktare" (2009) utgangspunkt i saksbehandleren som embetsmann.

Jeg tar med en framstilling fra boka pkt 1.2 *Förvaltningens position i välfärdsstaten. s 26.*

Läkare Maria Ohlsson:

Mitt arbetsområde är en arena där olika intressenter spänner musklerna och visar upp sig. Att organisera och reorganisera mitt arbete är et jobb som mange intresserer seg för, det er en karriär i seg. Medan jag försöker hålla styrfarten och göra det som är mitt jobb ska jag också göra det under de former som för dagen anses vara de riktiga. Under tre år i yrke har jag kallats allmänläkare, distriktsläkare, husläkare och familjeläkare. Det har ansetts riktigast at jeg jobbar i vårdlag, ensam, i små enheter, i stora enheter, privat och i landstingsregi...

Medan jag själv kan bli anmäld och deslegitimerad om jag inte sköter mig enligt vetenskap och beprovad erfarenhet har de som styr förutsetningarna för mitt arbete inga sådana krav på seg. Det som var bäst i går är förkastligt i dag utan at någon behöver förklara närmare varför. Och ju snålare vindarna blåser, desto ivrigare lyssnar alle uppåt.

Administratörerna ... cheferna...

Märkligt nog har patienterna trots alla förändringar samma sjukdomar som alltid funnits; sockersjuka, högt blodtryck, depressioner.

Jeg synes at doktor Ohlsson på en god måte får fram de strukturelle utfordringene og at hun er tydelig på hva som er hennes primære sak; det er hennes ansvar for oppfølgingen av pasientens sykdomstilstand.

Jeg opprettholder min forståelse av at dette er et riktig utgangspunkt. Samtidig er hun borger med synspunkter på samfunnet, fagarbeider med kompetanse og lovmessige og etiske forpliktelser og saksansvarlig i forvaltningen av denne saken.

Lundquist sier at alle offentlige ansatte er å regne som embetsmenn, og at vi i en slik situasjon er både embetsmann og medborger. Han fremstiller det på denne måten.

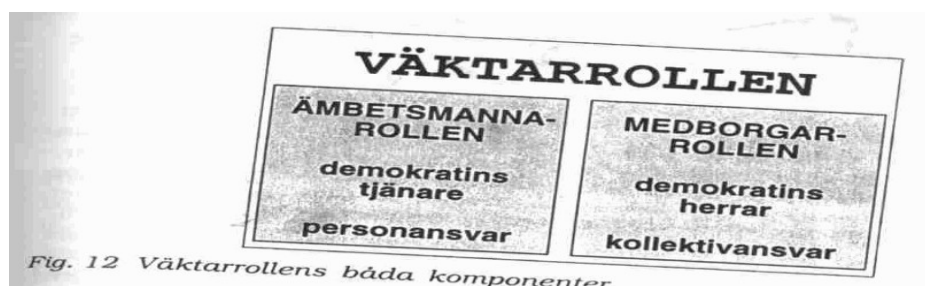


Fig. 12 Väktarrollens båda komponenter

Saksbehandleren har sin funksjonsbeskrivelse og sitt mandat i organisasjonen, og det medisinske personalet og behandlerne har sin kompetanse med faglig skjønn og plikter ut fra forskrifter for helsepersonell.

For behandleren aktualiserer en sak, slik jeg ser det, både kompetansemessige spørsmål, forvaltningsmessige plikter og noen ganger både strukturelle og kulturelle utfordringer.

Det er i sannhet en sammensatt oppgave; behandle pasienten og samarbeide med andre i en hensiktsmessig organisasjon som ofte i endring, og samtidig å ivareta ditt formelle ansvar.

1.5.3 Kompetanse, kommunikasjon og dialog

Kompetanse i seg selv er ikke noe verdt før den settes i en sammenheng. Kompetansen relateres til en konkret person og den oppgaven vedkommende skal løse.

Kompetansebegrepet er i så måte kontekstuellet og blir uten mening uten relasjonen til en oppgave (Nygren 2004). Oppgaven blir av Nygren definert som en gjenstand og sier at gjenstandens art bestemmer kompetansekravet. Han sier at vi *”trenger begreper som hjelper oss med å forstå hva det er som forbinder den kompetente personen med den aktuelle gjenstanden. Det sentrale er de handlinger som inngår i de virksomheter som realiserer kompetansen i konkret praksis. Handlingene utføres alltid fra en bestemt posisjon eller et bestemt ståsted, noe som bestemmer legitimitet og handlingsrom til den kompetente personen.”*

I møtet med pasienten skal behandleren være til stede og vise empati, være kompetent til å løse den oppgaven som presenteres, samtidig som roller og ansvar avklares på en god og tydelig måte slik at pasientens integritet og rettigheter ivaretas og behandlingen blir effektiv og med ønsket kvalitet.

Å ha kompetanse i forhold til en bestemt oppgave eller funksjon er

- å være i stand til ved å ha tilstrekkelige kvalifikasjoner som svarer til å meste en eller flere oppgaver i forhold til bestemte krav
- å ha myndighet til å fatte beslutninger
- å ha fagkunnskap som har relevans for utøvelsen av et bestemt fag (Nygren 2004)

Nygren sier at et menneskes kompetanse framstår som et framstår som et sett av kompetanser som personen utvikler som en del av sin spesielle kompetanseprofil. Han hevder at menneskelige kompetanser er plassert både i mentale prosesser og i den sosiokulturelle sammenhengen.

Med denne kompetansen som ballast og verktøy går helsearbeideren i dialog med pasienten. Skau mener at vi ikke kan realisere vår yrkesrolle uten å kommunisere, og at vår kommunikative kompetanse er bestemmende for hva vi kan oppnå i arbeidet.

Han sier at god kommunikasjon er ekte og tydelig, ”kongruent”. Når yrkesutøverens følelser, ord og handlinger står i samsvar med hverandre, er kommunikasjonen kongruent. (Skau 2005)

Habermas bruker ”livsverden” som ramme for kommunikative handlinger, og sier *”at fra aktørenes situasjonsinnrettede perspektiv, framstår den som en horisontbyggende kontekst for forståelsesprosessen, som igjen begrenser handlingssituasjonene”*. (Habermas 1990)

Dialog er å dele kunnskap gjennom en samtale. Johnsen sier at dialogen er knyttet til det å utvikle ny forståelse gjennom innsikt i den annens tanker å måte å tenke på. (Johnsen 2005)

Jeg forutsetter at medarbeiderne i helsevesenet tilstreber den likeverdige dialogen både i den kollegiale samtalen og i møtet med pasienten.

1.5.4 Profesjonene

Jeg har en gang hørt at det i perioden 1950 til 1980 utviklet seg 400 nye titler eller profesjoner av menneskebehandlere. Jeg vet ikke i dag om dette var riktig, men det understreker et poeng knyttet til behovet for spisskompetanse og utvikling spesialisering i helsearbeidet.

Det fører for langt i denne oppgaven å gå inn i vurderingen av om "kjønnskamp" og "profesjonskamp" påvirker hvordan helsetjenestene bygges opp, yter sine tjenester og samhandler i møte med mennesker med kronisk sykdom.

Jeg vil i denne sammenheng bare peke på at kompleksiteten i oppgavene rundt den enkelte pasienten med kronisk sykdom fordrer at det finnes rom for fordypning og forsterkning av yrkesroller slik Thomas Brante gjør i sin artikkel "Sociologiska foreställningar om professioner" (1987) hvor han også peker på at det er 2 retninger i profesjonsforskningen;

Den ene som han kaller "naiv", basert på et positivt syn om profesjoner og yrkesgrupper som utfyller hverandre ut fra ambisjonen om funksjonalisme. De vanligste kjennetegnene på en profesjon innen denne tilnærmingen er ifølge Brante at *"yrkesutövandet skal grundas på teoretisk eller vetenskapeleg kunskap, kompetens skal garanteras av examina, det skal finnas en etisk kod som garanterer professionens integritet och de professionella skall vara organiserade i yrkessammenslutningar"*.

Den andre retningen kaller han "kynisk", basert på det negative pregede synet hvor makt er et sentralt begrep. *"Professionella strävanden ses som uttryck för yrkesgruppers kamp för at maximera egna fördelar genom at skapa monopol och stänga ute andre yrkesgrupper via kontroll av kunskapsområden"*.

Uavhengig av hvilke motiv som ligger bak profesjonaliseringen og jakten på kunnskap som kan bedre situasjonen for pasienten, slår jeg fast som et faktum at bakenforliggende strukturelle forhold kan påvirke samhandlingen mellom medarbeiderne i helsevesenet, og at det kan være fare for at andre forhold enn forsvarlighet og "pasientens beste" påvirker beslutningen i den enkelte sak.

1.5.5 Det "offentlige etos" og etiske krav

Med "det offentlig etos" mener jeg det som er allment akseptert i vår befolkning, basert på vår kultur og den allmenne moral.

Etikk

Forfatter: [Eivind Tjønneland](#)

Sist endret: 04.03.2009

Uttale: et□ ikk

Etymologi: av gr. 'sedvane, karakter, personlighet'

etikk, den teoretisk-systematiske fremstilling og behandling av handlingslivets moralske problemer; moralfilosofi.

Man kan skille mellom etikk og moral. Moralen er de meninger om det gode og riktige, det tillatelige og det forkastelige, som man legger til grunn når man vil styre sin egen og bedømme andres livsførsel. Etikken er den mer eller mindre systematiske refleksjon om egen og andres moral. Etikken kan da sies å være moralens teori.

....

....*Hedonismen* mener at det som er moralsk godt eller har moralsk verdi først og fremst består i lyst og lystfølelser. *Evdaimonismen* legger tilsvarende vekt på lykke eller trivsel. *Utilitarismen* mener at det gode er mer eller mindre det samme som det nyttige.

(snl.no 190910)

Einar Aadlands bok "*Etikk for helse- og sosialarbeidere*" (1998) er pensumlitteratur i mange av helse- og sosialarbeidernes utdanninger. Han omhandler grunnlagsetikken, yrkesetikken og etiske refleksjonsmodeller og drøfter noen etiske dilemmaer som eksempler.

Yrkesorganisasjonene har vedtatt egne yrkesetiske retningslinjer for profesjonene, og helseforetak, kommuner og andre virksomheter har gjort det samme.

Grunnleggende verdier omtalt i stortingsmeldingene:

I St. meld 26 (1999–2000) om verdier i helsetjenesten slås det fast at *menneskeverdet* som ukrenkelig egenskap er den grunnleggende verdien for tjenestene. Andre kjerneverdier er kvalitet, trygghet, rettferdighet og respekt for pasienters og brukeres autonomi og integritet.

I regjeringens omsorgsmelding, *Mestring, muligheter og mening* (St.meld. nr. 25 (2005–2006)), legges det i tillegg særlig vekt på brukermedvirkning som forutsetning for god omsorg. Pasienter, brukere og pårørende skal bli sett og hørt.

I forordet til heftet "Etiske retningslinjer for statstjenesten" leser vi "*Etisk kvalitet på tjenesteyting og myndighetsutøvelse er en forutsetning for at innbyggerne skal ha tillit til statstjenesten.*" (Moderniseringsdept 2005)

Jeg gjengir her retningslinjene slik de er satt opp i forvaltningsmeldinga; (St melding 19 08-09, boks 3.1)

Etiske retningslinjer for statstjenesta

1.1 Omsynet til innbyggjarane. Både som myndighetsutøvar, tenesteytar og forvaltar av vesentlege samfunnsressursar, pliktar statsforvaltninga – og dermed kvar enkelt tilsett – å ta omsyn til innbyggjarane sine interesser, etterstreve likebehandling og opptre med respekt overfor kvart enkelt individ. (Min utheving)

1.2 Omsynet til statens omdømme. Kvar enkelt tilsett pliktar å utføre sine oppgåver og opptre utåt på ein etisk forsvarleg måte, og slik at det ikkje skader statens omdømme.

2.1 Lydnadsplikt. Statstilsette pliktar å følgje dei rettslege reglar og etiske retningslinjer som gjeld for verksemda, og å etterkomme pålegg frå overordna. Lydnadsplikta medfører ikkje noka plikt til å følgje pålegg om å gjere noko ulovleg eller uetisk.

2.2 Rapporteringsplikt. Statstilsette pliktar å melde frå til arbeidsgivar om forhold ho eller han blir kjend med og som kan påføre arbeidsgivar, tilsette eller omgivnadene tap eller skade, slik at det kan setjast i verk tiltak med sikte på å unngå eller avgrense tapet eller skaden.

2.3 Effektivitetsplikt. Statstilsette pliktar å bruke og ta vare på statens ressursar på den mest økonomiske og rasjonelle måten, og skal ikkje misbruke eller sløse med statens midlar. For å nå dei oppsette måla på ein god og effektiv måte, må ein vege mellom effektivitet og ressursbruk, grundig arbeid, kvalitet og god forvaltningsskikk.

3.1 Offentleg saksbehandling. Forvaltninga skal vere open og gi innsyn, slik at ålmenta kan gjere seg kjend med det staten driv med, og såleis kunne få innsikt i korleis staten skjøttar sine oppgåver.

3.2 Aktiv opplysningsplikt. Staten har ei aktiv opplysningsplikt. Statstilsette skal alltid gi korrekte og tilstrekkelege opplysningar, anten det er til andre myndigheiter, selskap, organisasjonar eller innbyggjarar. I nokre samanhengar vil dette innebere at ein uoppmoda skal gi nødvendige opplysningar som kan ha innverknad på behandlinga av saka.

3.3 Tilsettes ytringsfridom. Statstilsette, på same vis som alle andre, har ein grunnleggjande rett til å ytre seg kritisk om staten si verksemd og alle andre forhold.

3.4 Varsling om kritikkverdige forhold (whistleblowing). Statstilsette må kunne varsle om kritikkverdige forhold i forvaltninga. Før varsling skjer, bør ein ha prøvd å ta opp forholdet internt.

4.1 Habilitet. Statstilsette skal ikkje opptre på ein måte som er eigna til å svekke tilliten til at dei er upartiske.

4.2 Ekstraverksemd og biverksemd. Ein statstilsett kan ikkje ha inntektsgivande ekstraverksemd og biverksemd, styreverv eller anna lønt oppdrag som strir mot den statlege arbeidsgivaren sine legitime interesser, eller er eigna til å svekke tilliten til forvaltninga.

Ein må vere open om statstilsettes ekstraverksemd og biverksemd m.v. som kan ha innverknad på tenesteutøvinga.

4.3 Overgang til anna verksemd. Ved overgang til stillingar utanfor statsforvaltninga er det viktig å sikre at innbyggjaranes tillit til forvaltninga ikkje blir svekt, eller at statens interesser i eit forhandlings- eller samhandlingsforhold ikkje lir skade. Arbeidsgivar må derfor vurdere om det for somme stillingar må innførast ein karanteneklausul når ein inngår arbeidskontrakten.

4.4 Kontakt med tidlegare kollegaer. Alle tilsette skal vere varsame med korleis ein behandlar sensitive opplysningar. Dette gjeld bl.a. overfor tidlegare kollegaer, og spesielt der som dei representerer ei partsinteresse i forhold der staten er avgjerdsmyndigheit, eller er tilsett i verksemd som er i eit samhandlings- eller forhandlingsforhold til staten.

4.5 Mottak av gåver og andre føremoner. Statstilsette skal ikkje, verken for seg sjølv eller andre, ta imot – eller leggje til rette for å ta imot – gåver, reiser, hotellopphald, bevertning, rabattar, lån eller andre ytingar eller føremoner som er eigna til, eller som av givaren er meint, å påverke deira tenestehandlingar. Statstilsette må ikkje bruke stillinga si til å skaffe seg sjølv eller andre ein urettkomen føremon. Dette gjeld også i tilfelle der desse føremonene ikkje vil påverke deira tenestehandlingar.

4.6 Tilbod om gåver og andre føremoner. Statstilsette skal ikkje, som ein del av si tenesteutøving, gi eller tilby gåver eller andre føremoner som er eigna til, eller som er meint å påverke mottakarens tenestehandlingar.

5.1 Fagleg integritet. Prinsippet om fagleg integritet inneber at statstilsette skal leggje sine faglege kunnskapar og sitt faglege skjønn til grunn gjennom heile tenesteutøvinga. (Min utheving)

Jeg har uthevet punktene om hensynet til innbyggerne og faglig integritet som vesentlige forhold for tjenesteyternes praksis overfor mennesker med kronisk sykdom.

Jeg tar også med et klipp fra "Etikkhåndboka" utgitt av KS i 2008 med direkte relevans til spørsmål om organisering av tjenestene:

Strukturelle verdier

Organiseringen av tjenestene uttrykker verdier på et strukturelt nivå. Et viktig spørsmål for enhver leder er hvorvidt organiseringen – av tjenester, personalressurser, ansvarsforhold, meldings- og rapporteringsrutiner, behandlingsprosedyrer, møteplasser og annet – er hensiktsmessig med tanke på å realisere kjerneverdier som omsorg og verdighet. Dette understrekes også i St.meld. nr. 26 (1999–2000), hvor det blant annet heter at det er et hovedpoeng å sikre at den norske helsetjenesten blir organisert slik at det enkelte mennesket, som pasienter og pårørende, blir sett og møtt ut fra sine egne forutsetninger.

Med dette som er vist til her, og mange andre kilder, bla de etiske retningslinjene for sykepleiere og for leger som er vedtatt av deres fagforeninger, skulle den enkelte medarbeider ha godt grunnlag for forvaltning av sin kompetanse og utøvelse av skjønn. Til hjelp har de også fagforbundenes etiske komiteer, tilsynsmyndighetenes beslutninger og bemerkninger, og rettspraksis.

Alt retter seg mot det jeg vil sammenfatte til et kompetent samarbeid i tillit og gjensidig respekt.

Jeg har tidligere henvist til Lundquist(2009). I kapittelet "Vårt offentliga etos" sier han "Med vårt offentliga etos avser jeg de fundamentale förestelningarna om hur vårt samhälle bör styras. Det omfattar verklighetsuppfattningar, värden Och idèer om på hvilket sätt värdena ska kunna tilgodoses".

Skjematisk framstiller han det slik

DEMOKRATIVÄRDEN	EKONOMIVÄRDEN
politisk demokrati	funktionell rationalitet
rättssäkerhet	kostnadseffektivitet
offentlig etik	produktivitet

Fig. 9 Vårt offentliga etos

Han tar opp et tema jeg vil ha nevnt i denne sammenhengen. Han kaller det "civilkurage", og spør om embetsmannen har mot til å stå opp med det som han synes er riktig i de situasjoner han synes det er nødvendig, enten internt på jobb eller i samfunnsdebatten. Slik jeg forstår det, mener han at medarbeiderne i det offentlige, de han kaller embetsmenn, har en spesiell rolle som demokratiets voktere. Jeg synes det er en besnærende tanke.

Det er naturlig at jeg under behandlingen av etikk peker på ”Prioriteringsforskriften” som med bakgrunn i Lov om pasientrettigheter gir helt konkrete pålegg om prioriteringer av pasienter med tidsfrister osv.

En slik forskrift skal bl.a. sikre at en kronisk syk pasient ikke får sin planlagte behandling utsatt selv ”det kom på noe akutt”, og at det er kompetent personale til å behandle de mer kjedelige sykdomstilstandene i tillegg til ”mer action”- og høystatusarbeid.

Erik O Eriksen har i sin bok ”Den offentlige dimensjon”(1993 Tano) et kapittel med tittelen ”Det etiske trauma”. Her gjør han et resonnement hvor han peker på at kvoteordninger i insentivsystemer ikke fungerer nøytralt, og gjengir en uttalelse fra direktøren ved Nordland sentralsykehus fra Sosialdepartementets DRG-avis:

«En del av våre frustrasjoner går på feil i selve DRG-systemet, og på prisene på ulike tjenester. Jeg kan som et eksempel nevne at tjenestene på nyfødtposten er uhyre dårlig representert. En annen gruppe er våre langtidspasienter. De er i praksis «verdiløse». Og dess mer vi gjør for denne gruppa, dess mer penger taper vi. Feil og mangler i systemet har ført til en atmosfære av mistro og skepsis i ulike deler av sykehuset. Er nå dette noe vi kan stole på?»
(Sosialdepartementets DRG-avis oktober 1991).

Fra samme kilde har jeg klippet uttalelse fra hovedtillitsvalgt for Norsk Sykepleieforbund ved regionsykehuset i Tromsø:

«.. sykehuset får mer for enkelte operasjoner enn andre. Det er også betaling for gjestepasientdøgn. Ventelistegarantien fungerer likedan, den stimulerer til å ta noen pasientgrupper foran andre ... det står i motsetning til våre yrkesetiske holdninger. Den etisk riktige prioriteringen er at de sykeste skal få behandling først. Men det er ikke den som følges lenger. Nå er det de mest økonomisk innbringende pasienter først.»
(Nordlys 13.10.92).

Med disse klippene ville jeg avslutningsvis vise at det er kort vei mellom struktur og de etiske implikasjonene.

1.5.6 Helsetjeneste, forvaltning, rasjonale og skjønn

Jeg har ovenfor vist til at det er mange nivåer i den organisasjonen som utgjør helsevesenet, og at det er mange roller som i noen grad overlapper hverandre

For lederen og for den enkelte medarbeideren er det mange hensyn som skal tas i valgsituasjoner og i det som oppstår av etiske diskusjoner.

Vi skal ivareta integriteten og rettsikkerheten til brukeren, og ivareta den faglige integriteten samtidig som lojaliteten til eier og driver av virksomheten skal håndheves.

Lennart Lundquist (2009) tar i kapittelet ”Åmbetsmannarollens centrala relationer” opp de relasjonene medarbeideren har både i egen organisasjon og i forhold til samfunnet. Han sier at det er allment akseptert at ”åmbetsmannen på en gång ska lyda lagen, vara lojal mot överordnade samt visa samhällsmedlemmarna hänsyn”

Han fremstiller dette slik i sin figur.

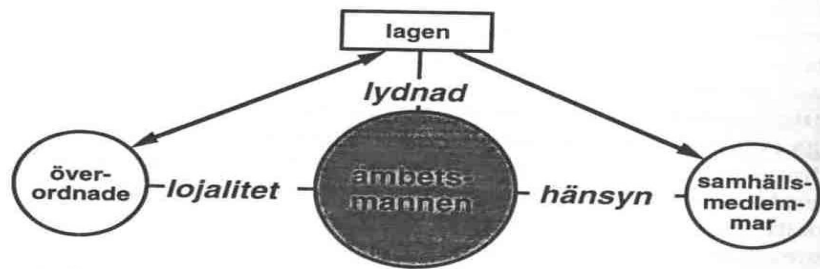


Fig. 17 Ämbetsmannens etiska grundrelasjoner

Han peker på at det kommer krav fra de tre relasjonene samtidig.

		situationen	
		enkel/ statisk	komplisert/ dynamisk
besluts- processens karakter	problem- løsning	ÄMBETS- MANNA- SKOLAN	EXPERT- SKOLAN
	konflikt- løsning	POLITIKER- SKOLAN	INTRES- SENT- SKOLAN

Fig. 18 Ämbetsmannaskolor

Han setter videre opp 4 retninger for forståelsen av lojalitet:

- *Embetsmannsskolen* betoner at forvaltningen er direkte underlagt loven,
- *politikerskolens* hovedpunkt er at forvaltningen bør være politikernes lydige instrument,
- *ekspertskolen*, eller den profesjonelle eller teknokratiske skolen ser ekspertenes spesialkunnskaper som avgjørende, og
- *interessentskolen* mener at de som berøres av forvaltningsbeslutningene slik som brukere, interessenter, samfunnsmedlemmer generelt skal medvirke i styringen.

Jeg har selv undervist om disse dilemmaene med utgangspunkt i følgende overheadplansje:



MaS 1992

Utgangspunkt for min forståelse er at vi som faglige ledere og medarbeidere må være bevisst hvilken diskusjon jeg har som fagutøver i et administrativt system som er underlagt politisk styring, og samtidig holde klart for meg selv hvilken argumentasjon jeg lar vinne fram i den enkelte situasjon.

Avslutningsvis tar jeg et lite skårblikk til begrepet ”regelstyring” ved hjelp av en historie:

Dette er historie som startet i Forsmannsenteret i Sandefjord, trolig i 1988. Som senterleder hadde jeg drøftinger med en i personalgruppen om en regel ut fra en gitt situasjon. Vi var enige om at regelen var urimelig for den personen det gjaldt, og også hvis vi tenkte mer generelt på konsekvensene av regelen. Terje og jeg ble enige om at det også var lurt å bruke hodet, og samme kveld hadde han med hjelp av programmet ”Word perfect” laget en plakat som kom opp på personalmøtet som en ”ny regel”. Noen år senere var denne plakaten et oppslag som en petit i en hovedstadsavis, og da jeg nå var på intervjurunde i forbindelse med denne oppgaven, møtte jeg plakaten på kontoret til en rådgiver i sykehus. Hun hadde fått den fra en bekjent i Nav.

Artig at en slik plakat med et innhold om å bruke hodet kan være nyttig så mange steder og så lenge?

**DE SOM HAR
HUE FÅR BRUKE
DET.**



**DE ØVRIGE FÅR
HOLDE SEG TIL
REGELVERKET.**



Et klipp fra ”Forvaltningsmeldinga” fra kapitlet om Styring og samordning:
(St melding 19 08-09)

Samarbeid i nettverk, prosjekt- og teamorganisering og meir delegering av resultatansvar nedover i organisasjonen gjennom mål- og resultatstyring har modifisert særtrekka ved ei typisk byråkratisk organisering. Alternative og meir fleksible arbeids- og organisasjonsformer har ikkje rokka ved dei grunnleggjande trekka ved den hierarkiske lineorganisasjonen, men dei har ført til meir delegering og medverknad nedafrå. Noka skarp grense mellom ‘gamle’ og ‘nye’ organisasjonsformer er det neppe mogleg å trekkje

I forvaltningsmeldinga er det vist et resonnement med bakgrunn i ”New public management” som kan tolkes slik at beslutningsmyndigheten i saker med faglige implikasjoner i større grad enn tidligere er gitt til medarbeidere med administrative funksjoner. (St. meld. nr. 19 2008-2009, *Ei forvaltning for demokrati og fellesskap*. Pkt 2.6 Utfordringar i forvaltningsutviklinga framover)

Som tidligere administrasjonssjef i Habiliteringstjenesten vil jeg si at jeg kjenner igjen dette trekket.

1.5.6.1 En måte å involvere pasienten på

Det er ”riktig politikk” å involvere brukeren, og det faglige skjønnets tilsier vel ofte at dette må skje. Involvering og praktisk brukermedvirkning skjer på så mange måter.

Jeg benytter anledningen til å peke på www.minhelse.no som er en kanal for formell e-postveksling mellom meg og min fastlege:

Jeg får varsel via sms om at jeg har fått melding, og kan via brukerkonto og passord hente fram meldingen fra legen, og jeg kan sende til ham og få svar. Min erfaring med dette er svært god.

1.5.7 Implementering

Jeg har ikke eksplisitt spurt mine informanter om implementering, i denne sammenheng med utgangspunkt i presis kunnskap om at en organisering av en tjeneste er mer hensiktsmessig for ønsket resultat, eller at en faglig metode fører til et bedre resultat enn andre tilnærminger. Flere av respondentene viser til prosesser for utvikling av god samhandling, men jeg har ikke fått utsagn direkte om implementering.

Jeg gjengir innholdet fra 2 av Dean Fixsens foiler under sitt foredrag for Atferdssenteret i Oslo 15.09.10.

Across the many meta-analyses of treatment effectiveness studies we have done, quality of implementation is consistently one of the strongest predictors of the effect sizes found for the outcomes." Mark Lipsey (2007)

Stages of Implementation

Implementation takes time:

- Exploration
 - Installation
 - Initial Implementation
 - Full Implementation
- 2 – 4 Years

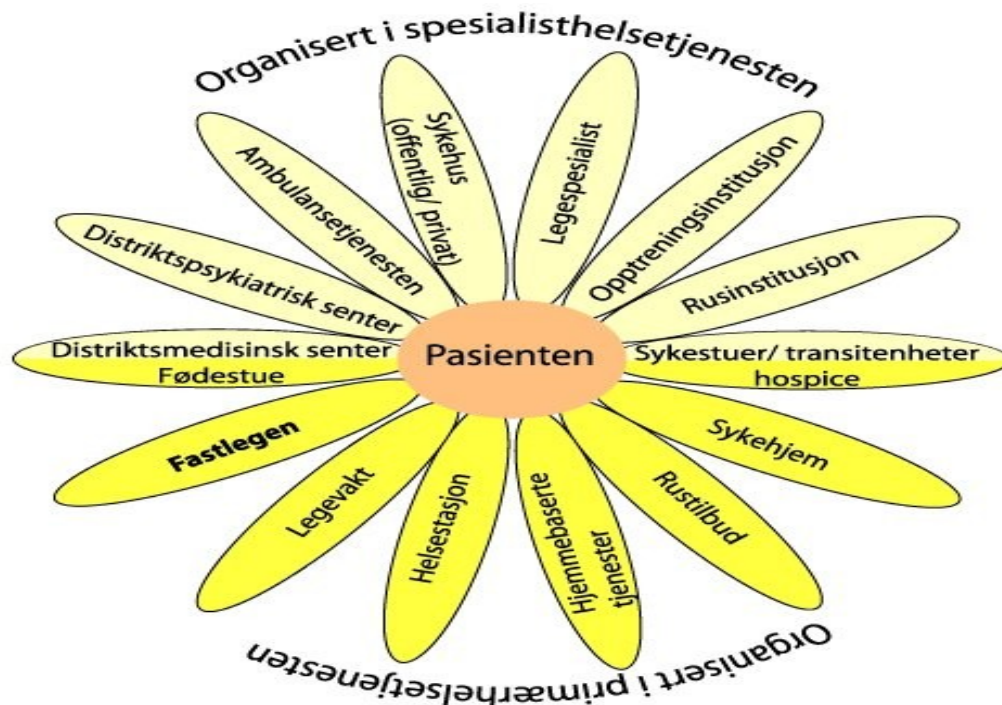
Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005

I dette foredraget redegjør Fixsen for at det er helt avgjørende å arbeide systematisk med implementering av ny kunnskap i organisasjonen, og at det ved hjelp av det han kaller ”implementeringsteam” som gjør en slik jobb ”etter boka” tar 2-4 år før organisasjonen har det nye i seg.

Min erfaring som prosjektleder er at selv om mange er enige om at det må endring til, må denne endringen styres, enten gjennom utviklingsprosjekt, eller gjennom stram linjestyring.

1.5.8 Gjeldende politikk og gjennomgang av aktuelle lover og forskrifter for helsetjenesten

Slik framstiller Helsedirektoratet grunnstrukturen i helsevesenet på sin hjemmeside:



<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/grunnstrukturen-i-helsetjenesten.html?id=227440> 01.10.10

Skillet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er godt markert i figuren. Lovverket avspeiler dette ved å gi kommunene oppgaver gjennom kommunehelseloven og staten oppgaver gjennom spesialisthelselovgivningen. I tillegg får begge nivåene ansvar gjennom loven om psykisk helsevern. Forvaltningsloven er overbygning for saksbehandlingen. Det er særskilte bestemmelser for inngåelse av avtaler med private tjenesteleverandører.

I organisering og drift av helsetjenestene er det mye som er i spill: Etikk- og verdispørsmål, standarder og kvalitet på tjenestene, formalkrav, rettsikkerhet for de involverte partene, ressurspørsmål, mandat og myndighet, forvaltning, pengestrømmer, pasientstrømmer osv.

Nasjonale strategier blir vedtatt og gir føringer, og det blir iverksatt programmer som finansieres over en periode.

Statsbudsjettet er avgjørende hvert år. Det vi lever med nå er fra september i fjor. (*St.prp.nr. 1 (2009-2010)*)

Her har jeg klippet fra kapittelet om Nasjonal helseplan i årets statsbudsjett:

6.1 Helhet og samhandling

Et tilbakevendende tema i utredninger, evalueringer og i tilbakemeldinger fra pasienter og ansatte er at det er for dårlig samhandling og for lite helhetlige tjenester. Mangel på helhet og samordning er i Nasjonal helseplan framhevet som en av de største utfordringene helsetjenesten står overfor.

Regjeringen vil utvikle en sterk helse- og omsorgstjeneste i kommunene, en desentralisert spesialisthelsetjeneste og samhandlingstiltak mellom nivåene for å sikre kvalitet og nærhet til tjenestene.

Samhandlingsreform

Brukerne er avhengig av at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede. Mange pasienter opplever brudd og svikt i overgangen mellom sykehus og kommunen. I tillegg opplever mange at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike aktørene. Dette rammer særskilt syke eldre, kronisk syke, barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og mennesker som trenger rehabilitering. Dette er mennesker som trenger tett oppfølging fra flere instanser, men som fort faller utenfor dagens helsesystem. Fram til 2050 vil antall personer over 67 år mer enn fordobles i tillegg til at vi også står overfor store endringer i befolkningens sykdomsbilde. Dette vil gi en økning av antall pasienter med behov for samordnede helsetjenester. Helse- og omsorgstjenestene må innrettes på å møte disse utfordringene.

Mange gode samhandlingstiltak er under utvikling mange steder i landet, men mye av samhandlingen skjer på tross av systemet. I løpet av de siste årene er det prøvd ut flere ulike modeller for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik som distriktsmedisinske sentra (DMS), intermediærenheter og ambulante/desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det er imidlertid flere eksempler på at samhandlingsaktiviteter opphører pga. uklare ansvarsposisjoner, konflikter og manglende medfinansiering fra samarbeidende parter.

Regjeringen vil starte arbeidet med en samhandlingsreform i helsesektoren for å kunne gi pasientene et bedre og mer helhetlig helsetilbud.

Grep for å styrke helheten i helsetjenestene

Det er allerede satt i gang tiltak for å styrke helhetene i helsetjenesten og samhandlingen:

Det ble i 2007 inngått en Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Det er etablert et system for oppfølging av avtalen. Denne ligger til grunn for lokale avtaler mellom kommuner og helseforetak og pågående samhandlingsaktiviteter.

Omsorgsplan 2015 inneholder fire hovedsaker og en rekke tiltak for å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i den kommunale omsorgstjenesten, herunder 10 000 nye årsverk, Kompetanseløftet 2015, Nytt investeringstilskudd til sykehjem og omsorgsboliger og Demensplan 2015. Demensplan 2015 skal sikre bedre samhandling og helsefaglig oppfølging av personer med demens, blant annet når det gjelder utredning og diagnostisering. Planen har videre en rekke tiltak for å styrke et helhetlig tjenestetilbud for mennesker med demens og deres pårørende. (jf. omtale av Omsorgsplan 2015 under programkategori 10.60)

Opptrappingsplanen for rusfeltet er en bred satsing på flere samfunnssektorer og mange aktører: innsatsen i kommunale tjenester, blant fastlegene, og i spesialisthelsetjenesten skal styrkes. Forpliktende samhandling er en del av planen, og tiltak skal rettes mot både forebygging, behandling og rehabilitering. Departementet legger vekt på å utvikle desentraliserte spesialisthelsetjenester, bl.a. skal lokalsykehusenes virksomhet rettes inn mot tjenester til store sykdomsgrupper, kronisk syke og syke eldre.

ISF-ordningen vil fra 2009 endres slik at helsehjelp som utføres utenfor sykehus i større grad vil være omfattet.

Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren (Samspill 2.0)

I oppfølgingen etter opptrappingsplanen for psykisk helse og i gjennomføringen av nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering er en rekke tiltak satt i gang for å bedre samhandlingen både mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og innen de to nivåene.

<http://www.kvalitetogprioritering.no/binary?id=3586> 01.10.10

Det stilles gjennom lovgivningen forsvarlighetskrav til den individuelle pasientbehandlingen sammen med krav til samordning og samhandling.

Det stilles også **krav til den enkelte medarbeider i helsetjenesten**:

Enkelte stillingstyper er underlagt godkjenning, f. eks slik det er med sykepleierne med vilkår beskrevet i rundskriv fastsatt av Sosialdepartementet den. 26 januar 1976 i henhold til lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere. (1960) Godkjenningen bygger på utdanning og dokumentert praksis.

Med også for hele gruppen av helsepersonell er det bestemmelser som skal bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helsetjenesten og sikre tillitt til helsepersonell og helsetjenesten.

Et av kravene i **Helsepersonelloven** (LOV-1999-07-02-64) er kravet til ”forsvarlig” helsehjelp, som også innebærer at helsepersonell skal samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Dette gjelder uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenestene ytes på,

jfr § 4. Forsvarlighet ”...Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell”.

Et annet forhold som har relevans for samhandling i helsetjenesten, er bestemmelsen om at tjenestene skal organiseres på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å utføre lovpålagte oppgaver,

jfr § 16. ”Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll - ... Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.”

Dersom særskilte behov tilsier det, har helsepersonell en opplysningsplikt overfor både sosialtjenesten og barneverntjenesten (§§32, 33). Jeg presiserer at dette er bestemmelser som gjelder for den enkelte medarbeider i kollegiet.

I vedlegg 2 foreligger en gjennomgang av nasjonale utredninger og aktuelle lover og forskrifter som gir føringer for og regulerer helsetjenestene.

Lov- og forskriftsoversikten i vedlegget viser de aktuelle bestemmelsene, og i tillegg er det gjort avtaler mellom forvaltningsnivåer og mellom det offentlige og de private aktørene som gir mandat for virksomheten og styrer samhandlingen.

Slik jeg forstår det er det gjennom lov og inngåtte avtaler gitt mandat for den enkelte virksomhet som regulerer pasientstrøm, informasjonsstrøm, kompetansestrøm og pengestrøm.

Det er også direkte og indirekte beskrevet et **system for samhandling mellom instansene**: Fastlegen kan hente råd og veiledning fra spesialist, og henviser pasienten til den eller de instanser som kan gi nødvendige tjenester. Kommunen skal ha koordinerende enhet for rehabilitering og habilitering, og både fastlege, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er pålagt å etablere en individuell plan når pasienten har behov for langvarige og sammensatte tjenester. Det er krav og frister knyttet til journal og epikrise, og det er krav til opprettelse av pasientansvarlig lege i sykehus som skal være kontaktperson for pasienten og for de samarbeidende instansene, og det er etablert ordning med praksiskonsulenter som skal etablere gode rutiner i samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåene.

Slik jeg forstår det, er det ikke noe i gjeldende bestemmelser som er til hinder for målrettet og god samhandling mellom pasient, fastlege, spesialisthelsetjeneste og eventuelle andre aktører.

Slik jeg vurderer det, har ikke pasienten noen formell myndighet inn i helsevirksomhetene i den aktuelle tjenesteutformingen, ut over det å kunne si nei til å samtykke til konkret behandling.

Jeg vil også peke på at lovkravet til en synlig koordinerende enhet i kommunen for habilitering og rehabilitering ikke samtidig påpeker hvilken myndighet enheten har, og for meg er det åpenbart at den kommunale enheten ikke har myndighet inn i spesialisttjenesten.

De politiske føringene er slik jeg ser det helt klare, f. eks slik de framkommer i samhandlingsreformen. Samtidig er det i statsbudsjettet pekt på at *”Det er imidlertid flere eksempler på at samhandlings- aktiviteter opphører pga. uklare ansvarsposisjoner, konflikter og manglende medfinansiering fra samarbeidende parter.”*(kap 6.1)

Slik jeg forstår det, skal føringene mot et sømløst helsevesen gi konsekvenser for strukturen i tjenesten, samhandlingen mellom kollegene og i pasientens opplevelser.

Jeg avslutter gjennomgangen med å peke på at helsepersonellovens § 16 gjør at det er en personlig plikt for den enkelte helsemedarbeider å sikre god organisering av tjenesten; *”Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll - ... Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.”*

Det er slik jeg ser det et felles ansvar mellom medarbeidere, ledelse, styrer og de forskjellige organer for medbestemmelse å sikre at det blir utøvd det som lovgiver kaller ”forsvarlig helsehjelp”.

1.5.9 Statistiske opplysninger

Det er etablert ordninger for samhandling, og det er et politisk ønske at slik samordning skal skje.

Jeg har forespurt i Helfø og i Helsedirektoratet om det foreligger statistikk på samordnede tjenester generelt, og om bruk av ordningen Individuell Plan spesielt.

Jeg viser her deler av svaret jeg har fått på mail fra seniorrådgiver i Helsedirektoratet:

Jeg oppfattet din henvendelse slik at du spør om vi har tall eller en antakelse om hvor mange personer med en kronisk lidelse som har individuell plan (IP). Dette kan vi nok dessverre ikke svare på. Det finnes noe registrering av dette, men det er knyttet til ulike diagnoser.

Bruk av IP registreres også i IPLOS, men dette gir bare begrenset statistikkgrunnlag ettersom det kun retter seg mot brukere av pleie- og omsorgstjenester.

Det er også gjort noen utvalgsundersøkelser og noe er nok registrert i kompetansesentrene for sjeldne tilstander. Direktoratet skal også igangsette en kartlegging av alle virksomme IPer i kommunene.

Dette skal gjennomføres som en "Quest-back" undersøkelse i løpet av høsten.

For å få noen oversikt om IP og pasienter med kroniske lidelser så må man nok "dele opp" problemstillingen noe mer og innhente kunnskap om IP fra flere hold.

Jeg finner altså så langt ikke statistisk materiale som kan vise i hvilken grad samhandling finner sted etter intensjonene, og vil peke på at det i seg selv et poeng at slik statistikk ikke foreligger. Svaret fra direktoratet viser samtidig at det nå skal gjøres undersøkelser som kan gi slik statistikk.

1.5.10 En helt annen tilnærming

Avslutningsvis tar jeg med som en kommentar at det er helt legalt i Norge å forsikre seg slik at du ved skade eller sykdom er garantert at forsikringselskapet setter en koordinator på din sak og følger deg opp. Det er også helt legalt å drive slik virksomhet så lenge den medisinske tjenesten holder de kvalitetsmål som er satt.



Fra «ordrerreserve» til høyeste prioritet

Fra å ha status som «ordrerreserve» og utsikter til mange måneders venting i lange køer i det offentlige, opplevde jeg sånn effektivitet og service i Vertikal at jeg gjerne deler opplevelsen med alle som vil lytte, sier Jan Kristian Strømme.

Fra www.vha.no kundeavisen 17.09.10

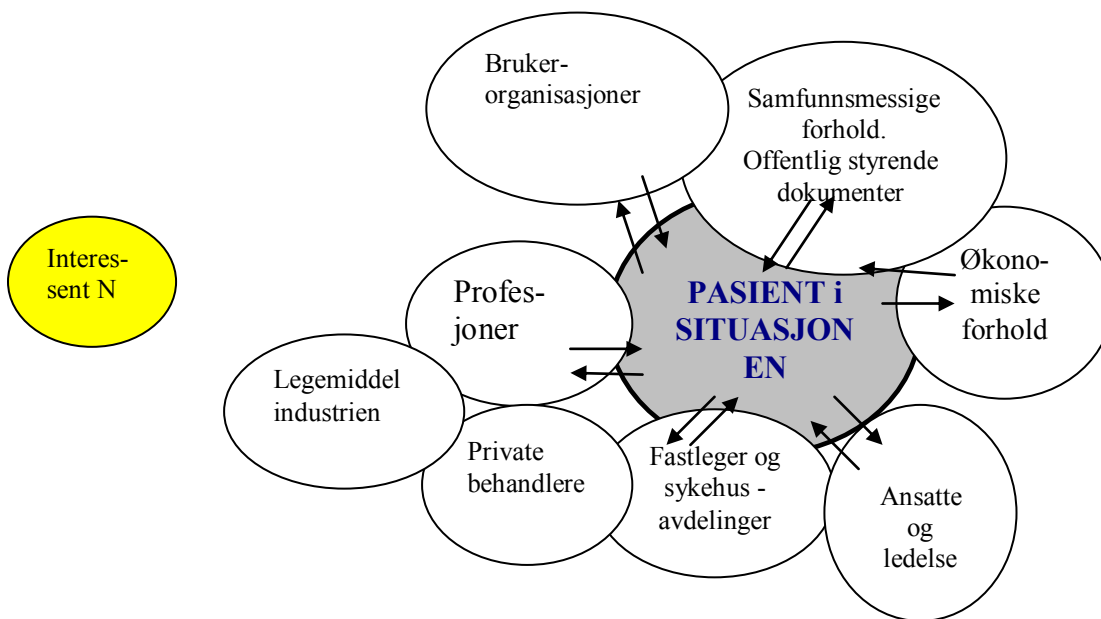
1.6 Spørsmål og bakgrunn for problemstillingen

Jeg har ovenfor beskrevet temaer meg er bakgrunnen for mitt engasjement i spørsmål om hvordan helsetjenestene organiserer sin virksomhet i møtet med mennesker med kronisk sykdom.

Jeg har hatt mange stikkord på blokka i dette arbeidet:

Kompleksitet, "sykdom som profesjon", sammensatte lidelser, sammensatt innsats, forskjellige instanser, pasientens situasjon og nettverk, kompetanse, handlingsrom, tilgang på ressurser og virkemidler, etikk, beslutningsprosesser og organisasjonsformer, kvalitet i alle ledd og kompetanse i kjernevirksomheten, samhandlingskompetanse, kommunikasjon og dialog, formelle mandat – formelle beslutninger, myndighetskrav, saksbehandling, "pasientens beste" og forsvarlighet.

Tidlig i arbeidet gjorde jeg en interessentanalyse som resulterte i denne figuren:



Figur: Interessentoversikt

Figuren avspeiler et øyeblikksbilde; - de aktørene som ut fra sin formelle eller uformelle rolle handler på et gitt tidspunkt. Utgangspunktet for meg er at mange er involvert, og at det ofte står mye på spill for pasienten, men det kan være tilfelle også for andre impliserte.

En person med kronisk sykdom har som sagt tidligere behov for målrettet og sammensatt innsats over tid, og det finnes ordninger, lover og forskrifter som har som utgangspunkt at det skal gis en slik samordnet innsats:

<p>Pasientens rolle og ansvar; se Pasientrettighetsloven</p> <p>Fastlegens rolle og ansvar; se Fastlegeforskriften</p> <p>Spesialistens rolle og ansvar; se Spesialisthelsetjenesteloven, Lov om helseforetak og Forskrift om "behandlerne i sykehus"</p> <p>Behovet for koordinering i behandlingen: se Forskrift om individuell plan og virksomhetens interne rutiner</p> <p>Behovet for koordinering internt i hver instans; se Forvaltningsloven og virksomhetenes interne rutiner</p>
--

Når vi har disse bestemmelsene og alle medarbeidernes kompetanse og skjønn; hvorfor fungerer det da ikke bedre i enkelttilfeller?

Politikk og aktualitet

”Samhandlingsreformen”, ”*Rett behandling - på rett sted- til rett tid*” St.meld. nr. 47 (2008 2009), ble lagt fram med tyngde av helseministeren. Både utredningen og det engasjementet som foreligger hos mange aktører er en inspirasjon for meg.

Det har både politisk og faglig vært fokus på tidlig intervensjon generelt, og spesielt på at mangel på god og samordnet innsats overfor barn påfører store lidelser for barnet og familien, og store kostnader for samfunnet. I Nou 29 2009 ”Det du gjør – gjør det helt” fremmes forslag som fokuserer på tiltak overfor barn med sammensatte behov.

Jeg må også nevne en pågående politisk diskusjon som til stadighet få nye ansikter; I hvilken grad skal den enkelte borger ha anledning til å pådra seg uhelse ved skadelig livsstil og på den måten påføre seg selv skade og samfunnet store utgifter?

1.6.1 Valg av fokus

Utgangspunktet for denne oppgaven var mitt engasjement i arbeidet med ”kronikerplanen” i helse sør i 2004. For meg var det 2 forskjellige veier inn mot temet; Den ene var via individets opplevelser, og den andre var gjennom fokus på organiseringen av tjenestene.

Jeg har valgt å ha fokus på organiseringen av tjenesten, og å finne informanter i helsetjenesten. ”Bruker-røsten” blir i denne oppgaven derfor først og fremst min egen, sammen med Bruker- og pasientombudets informasjon gjennom intervjuet.

1.7 Problemstilling

I arbeidet med problemstillingen har jeg lagt vekt på få fram organisasjon og styring av tjenestene. Dette har ført meg fram til dette hovedspørsmålet for studien.

Hvordan organiseres og ledes behandling og oppfølging av mennesker med behov for langvarig og sammensatt behandling?

Nysgjerrigheten på bakgrunnen for organisasjonen og ledelse og ønsket om å bidra med en modell for samhandlingen ga meg disse bispørsmålene

Hva er bakgrunnen for samhandlingen, - hvordan kan den generelt beskrives, - og finnes det modeller for samhandlingen som kan anbefales?

1.8 Oppgavens struktur

I kapittel 2 går jeg inn i utvalgte teoretiske tilnæringer relatert til problemstillingen.

Kapittel 3 omhandler min tilnærning og valg av metode. Forskerdesign, datainnsamling og kilder, og en vurdering av studiens validitet og reliabilitet.

Intervjufortellingene er vedlagt i eget vedlegg unntatt offentlighet. I kapittel 4 begrunner jeg dette valget og jeg gir oversikt over funn. Funnene blir så drøftet opp mot det teoretiske rammeverket fra kapittel 2 og juss og politikk slik jeg har behandlet det i innledningskapitlene.

I kapittel 5 blir forskningsresultatet kommentert ifht hovedfunn, problemstilling, overordnede spørsmål, egne begrensninger og jeg vil legge fram og beskrive en forenklet modell for samhandling for kronikerfeltet.

Når jeg gjengir sitater, framstår de i *kursiv* gjennom hele oppgaven. Unntatt fra dette er klipp fra utredningen ”*fra helt til delt*” hvor jeg gjengir gjennomgang av lov med mer i ramme. Dette er plassert i vedlegg 2. Kopi fra web er satt i ramme. Sitater fra faglitteraturen er del av teksten, mens det er innrykk når jeg gjengir respondentene. Hovedtyngden av sitater fra respondentene er samlet i tabellen pkt 4.2.1.

Der jeg bruker figurer er de satt i ramme, enten med henvisning til litteraturen, eller med navn når de er utarbeidet av meg.

Vedlegget er kun tilgjengelige for høgskolens sensorer av denne oppgaven.

2. Teoretiske perspektiv

... ”ta en sak og la den vandre, - fra den ene til den andre, , serra jeg har fått`n” ...

Fig Lett omskriving av ”ta den ring og la den vandre”

Utgangspunktet for organisering er oppgaveløsning ut fra et gitt formål. Strukturer bygges og samarbeidsformer besluttes eller vokser fram ut fra de oppgaver som skal løses.

Helsevesenet har sitt utgangspunkt i kurativ virksomhet når en person er syk eller skadet, eller når en eller flere mennesker har vært utsatt for ulykke eller når en pandemi rammer befolkningen.

Tilgjengelighet, kompetanse og behandlingsutstyr vil være kritiske faktorer i det kurative arbeidet. Trygghet, tillit, informert samtykke og kvalitet er kjerneverdiene for den det gjelder.

Helsevesenet er bygget gradvis opp gjennom den menneskelige historie, kunnskapen har utviklet seg fra medisinmannen og barfotlegen, via klostrene til den høyspesialiserte medisinen, og i noen samfunn går disse tradisjonene hånd i hånd.

Etter som erfaringer er gjort gjennom slektsleddene samtidig som kompetansen i helsevesenet har utviklet seg, har fokus på helserisiko og muligheten for å forebygge sykdom økt, - og også blitt en del av helsevesenets oppgave. Staten og kollektivet initierer helse-, miljø- og sikkerhetstiltak, gir vaksiner og gir påbud og forbud for å sikre helse og forhindre skader.

Med et slikt utgangspunkt framtrer en ansvarsfordeling mellom det enkelte individ, familie og samfunn og forvaltningen; Som individ får du føringer og normer for hvordan du bør opptre generelt og hva du bør gjøre i gitte situasjoner for å ha og beholde god helse. Og når sykdom eller skade inntreffer, vil det på en eller annen måte være gitt hva du selv kan gjøre og hvor du skal henvende deg for å få tilgjengelig hjelp og god kur eller behandling.

I mange samfunn er helsevesenet del av den kommunale og statlige forvaltningen, - ofte i kombinasjon mellom den offentlige forvaltningen, den offentlige helsetjenesten og privat helsetjeneste. Over en slik lest er den skandinaviske velferdsmodellen bygget, - og den er hovedsakelig finansiert over fellesskapets skatteinnbetalinger.

Når sykdom eller skade oppstår, er dette oftest en privat situasjon. Du søker råd i familie eller nettverk, - eller ”oppsøker lege”. Du er selv ansvarlig for dette valget. Det er også i en slik situasjon en del av utgangspunktet for den enkelte at det er stor forskjell mellom mennesker på hvilken tilgang den enkelte har på uformell støtte og praktisk hjelp i nettverk og familie.

Den tjenestelinjen som skisseres i denne oppgaven; oppfølging og behandling av mennesker med kronisk sykdom, har med dette utgangspunkt 3 akser som arbeider parallelt:

- 1) **Det uformelle apparatet;** det nettverket den enkelte har tilgang på, slik som nettverksteorien (*”Perspektiver på sosialt nettverk”* red. Live Fyrand 1992) beskriver at gir informasjon, emosjonell støtte og praktisk hjelp. For enkelthets skyld tar jeg også inn frivillige lag og foreninger og brukerorganisasjoner (*”den 3.sektor”*) i denne beskrivelsen. Fyrand beskriver 5 tiltak beskrevet som nettverksstrategier. En av disse er organisering av frivillige medarbeidere. Dette fordrer at ildsjeler eller ansatte organiserer en tjeneste. De andre strategiene er knyttet til samarbeidet mellom venner og familier, og oftest skjer dette uformelt uten at det er behov for noen utenfra til organisering.

I en slik sammenheng vil den enkelte i nettverket, den uformelle hjelperen eller foreningen, handle sammen med brukeren etter avtale eller på eget initiativ, ut fra sin posisjon, sitt engasjement og skjønn der og da.

- 2) **Forvaltningen;** Helsetjenesten er lovregulert med både rettighets- og pliktlover både for borgeren, helse- og sosialforvaltningen og for behandlingsapparatet.

Det foreligger godkjenningsordninger og pliktbestemmelser for helsepersonellet og krav til kvaliteten i tjenesten, og det er krav til tilsynet av tjenesten.

Den enkelte bruker eller pasient er også borger med de rettigheter og plikter dette innebærer. For mange er møtet med trygdekontoret / Nav det første møtet med denne delen av forvaltningen, mens andre med kronisk sykdom også regelmessige forholder seg til den kommunale forvaltningen og forvaltningen i sykehusene.

På individnivå fatter forvaltningen beslutninger for finansiering av helsetjenester eller refusjoner fra Nav eller kommunen. På systemnivå finansierer stat og kommune Helsetjenesten etter avtaler og vedtatte ordninger og budsjetter.

I den nordiske velferdsmodellen er de offentlige helsetjenestene regulert ved lov som også i stor grad setter krav til organisering av tjenestene og beskriver finansieringssystemene.

Ordningen *Individuell plan*, slik den er beskrevet i *Forskrift om individuell plan* (ref) pålegger også helse- og sosialtjenestene å samordne sin virksomhet gjennom en felles plan for brukeren. Dette påvirker organiseringen av tiltakene, og gir ofte tjenesten preg av prosjektorganisering; Resultatmål og effektmål er knyttet til milepæler og tidspunkter med beskrevet ansvar for tiltak og oppfølging. (”Målrettet prosjektstyring”; Andersen, Grude, Haug 2002)

Et annet aspekt knyttet til forvaltningens rolle er et antall saksbehandlingsregler som med utgangspunkt i *Forvaltningsloven* beskriver hvordan en henvendelse blir til en sak, og hvordan saken skal håndteres. Det opprettes saksnummer, det bestemmes hva i saken som evt. skal unntas offentlighet, og hvordan dokumenter og materiale skal oppbevares. Rettssikkerheten til brukeren skal ivaretas, og roller i organisasjonen og tjenesteveier er beskrevet. I utgangspunktet skal dette gi trygge rammer for brukeren eller pasienten.

Et tredje aspekt ved forvaltningen er at den reelt sett er satt til å forvalte fellesskapets ressurser, systemer og verdier. Lundquist beskriver dette i boka *Demokratins vaktare* slik jeg viser til annet sted i oppgaven.

I et slikt perspektiv er også den ansatte i den offentlige helsetjenesten å regne som en del av denne forvaltningen med krav knyttet til sin rolle og til saksbehandlingen rundt undersøkelser, behandling og oppfølging.

På tross av at forvaltningen er regulert, er det også her rom for skjønn hos den enkelte saksbehandler.

Det er også et spørsmål i seg selv hvordan kommunene faktisk blir ledet generelt, og hvordan helsetjenestene i kommunene ledes. Kommunenes sentralforbund ga i 2007 Høgskolen i Hedmark i oppdrag å evaluere KS ledelsesutviklingstilbud for kommunesektoren. Resultatet er gjengitt i HiO Oppdragsrapport nr 5 -2008.

Et oppfølgende spørsmål er hvordan spesialisthelsetjenesten ledes. Dag Olaf Torjesen behandler dette i sin dr.polit-avhandling ved Universitetet i Bergen, kalt ”Foretak, management og medikrati”, august 2007. Han beskriver forskjellige tilnærminger og stereotyper, og konkluderer med at ”faglig ledelse står fremdeles sterkt i norske sykehus, men management ideer har fått fotfeste blant sykepleiere og andre helseprofesjonelle. ”Enhetlig ledelse ” og helseforetaksreform har formelt tatt i bruk dette på papiret, men uformelle hierarki og fagorientert ledelse eksisterer fremdeles”.

- 3) **Behandlingsapparatet;** Organiseringen av det medisinske behandlingsapparatet med sin tilgjengelige kompetanse og sine ressurser, ledelses- og støttefunksjoner og strukturen i behandlingslinjene.

Behandlingsapparatet er gjennomregulert. Lovene og forskriftene beskriver funksjoner og samhandlingsrutiner, og det pågår en stadig diskusjon om enda flere bestemmelser og nye lover vil gjøre tjenestene bedre og mer effektive. I denne sammenhengen henviser jeg til Pasient- og brukerombudet som i intervjuet med meg på den ene siden sa

-- ”jeg er overrasket over at det på dette samfunnsområdet ikke er større oppmerksomhet på lovbrudd.”-- og på den andre siden sa --- ”hvorforskal vi juble fram flere paragrafer, når helsevesenet sliter med å overholde de man har?” --

Jeg vil også i denne sammenhengen hevde at de forskjellige rollene også i noen grad er kultur- eller situasjonsbestemt. Dette gjelder rollen som pasient, brukerens status og behandlerens rolle og funksjon i organisasjonen.

Empowerment–litteraturen, for eksempel Stang sin bok *Makt og bemyndigelse* (2001), omhandler brukerens rolle ifht forståelse av egen situasjon, handlingsvalg og definisjonsmakt. Det vil være mange parametere og mange funksjonsbeskrivelser som til slutt avgjør ”hvordan vi ser på og hvordan vi behandler brukeren” her.

Behandlerens status og rolle i organisasjonen skapes gjennom lovverk og godkjenningssystemer, men også gjennom utdanning, kollegialt samvær og yrkesutøvelse. Seksjonslederen i Kunnskapsenteret beskriver det slik:

”Jeg tenker at det er mest tradisjonsstyrt; ”Mester – svenn – relasjoner”. Mange har sterke idealer om hvordan de best kan støtte og hjelpe sin pasient”

I det kritiske øyeblikket, når valg skal tas og samhandlingen settes på prøve, er det individet som agerer ut fra sin kompetanse på det medisinfaglige, sitt tilfang av aktuell informasjon i den aktuelle situasjon, og sin forståelse av rollen som helsearbeider.

Den enkelte behandler utøver skjønn i samarbeidet med pasienten.

I denne sammenhengen vil det være interessant å vite hvilket perspektiv som ligger til grunn for konkrete valg i den gitte situasjonen.

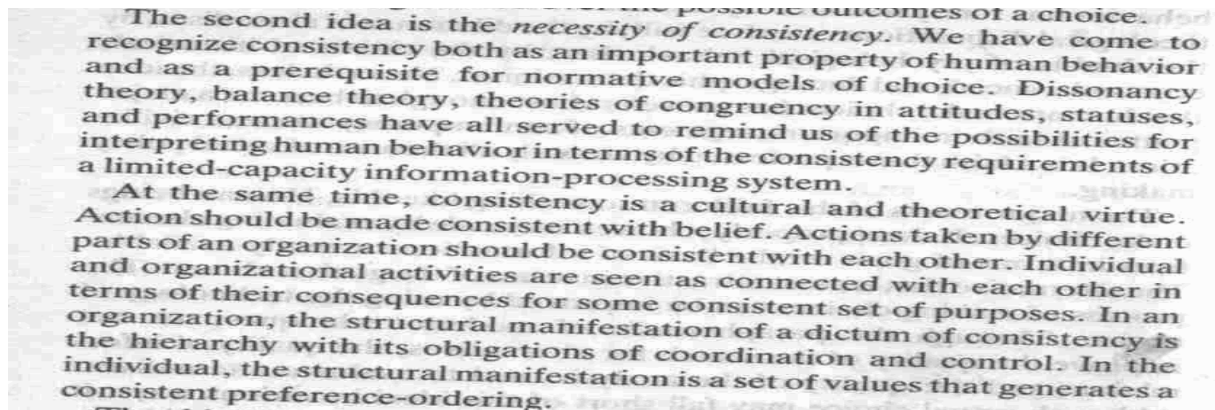
Jeg tar inn et klipp fra ”Forvaltningsmeldinga” fra kapittelet om styring og samordning (St. melding 19 08-09)

*Dei seinare åra har såkalla nettverksstyring (governance) fått mykje merksemd. I norsk samanheng, der staten og det offentlege tek eit stort ansvar for samfunnsstyringa, vert nettverksbaserte styringsformer eit alternativ til både hierarkiet og til marknaden. Det er ei styringsform som legg til rette for samarbeid mellom mange aktørar. **Det er viktig at dette skjer utan at ansvaret for dei politiske avgjerdene forvittrar eller flyttar ut til arenaer som ikkje er opne for demokratisk innsyn og kontroll.** (Min utheving)*

James G. March sier under overskriften *Choice and rationality* at det er 3 bærende ideer eller utgangspunkt for sammenhengene i hvordan beslutninger fattes:

- 1) The pre-existence of purpose
- 2) The necessity of consistency
- 3) The primacy of rationality

Jeg klipper ut hans omtale av nødvendigheten av konsistens;



The second idea is the necessity of consistency. We have come to recognize consistency both as an important property of human behavior and as a prerequisite for normative models of choice. Dissonance theory, balance theory, theories of congruency in attitudes, statuses, and performances have all served to remind us of the possibilities for interpreting human behavior in terms of the consistency requirements of a limited-capacity information-processing system. At the same time, consistency is a cultural and theoretical virtue. Action should be made consistent with belief. Actions taken by different parts of an organization should be consistent with each other. Individual and organizational activities are seen as connected with each other in terms of their consequences for some consistent set of purposes. In an organization, the structural manifestation of a dictum of consistency is the hierarchy with its obligations of coordination and control. In the individual, the structural manifestation is a set of values that generates a consistent preference-ordering.

(JG March and JP Olsen Ambiguity and Choice in Organizations, 1976 Universitetsforlaget)

Hans påpekning av at det må være konsistens synes jeg faller godt sammen med Antonovskys beskrivelse av at det viktigste elementet i salutogonesen er ”sammenheng”.

Av egen erfaring, og med utgangspunkt i informasjonene gitt i intervjuene, hevder jeg at både i forvaltningen og i helsetjenesten, har saksbehandleren, lederen, - og behandleren utfordringer i beslutningssituasjoner som gir forskjellige løsninger ut fra hvilket rasjonale som gis størst verdi i vurderingen eller i beslutningsøyeblikket.

Oppgavens problemstilling tar sitt utgangspunkt i organiseringen av behandlingsapparatet når borgeren med rettigheter og plikter har kontakt med fastlegen, spesialisthelsetjenesten eller andre som har oppgaver i oppfølging eller behandling av vedkommendes kroniske sykdom.

HVILKEN TYPE ORGANISASJON ER DETTE BEHANDLINGSAPPARATET?

Jeg stiller spørsmålet, og tillater meg en uærbødig tilnærming for å komme fram til et mulig svar.

En dette en **prosjektorganisasjon**?

Litt overforenklet kan vi kanskje si at undersøkelsen, behandling og oppfølging av pasientens sykdom etableres som et prosjekt ut fra et behandlingens formål hvor mandat og roller fordeles; Pasienten er prosjekteier mens fastlegen er prosjektleder og henvisning, epikriser og gjennomført behandling beskriver milepæler som kvitteres av på veien mot helse og mestring.

Ja, jeg synes det er mange trekk ved oppfølgingen av en pasient som har elementer fra prosjektstyring med mandatfordeling og disposisjonsrett over ressurser etter en tidsakse, med rapportering gjennom epikrise og markering med henvisning om at arbeidet foran enny milepæl er under planlegging.

(1)

Eller er det en **nettverksorganisasjon**

som etableres ut fra at det overordnede målet er akseptert og forpliktende for alle som har sine oppgaver i den etablerte strukturen? De rollene og funksjonene som fylles i behandlingslinjen er formelle posisjoner som har plass i forpliktende samspill ut fra behovet for utredning, behandling eller oppfølging.

Ja, også med en slik framstilling finner jeg trekk fra helsevirksomhetene: Du disponerer dine egne driftsmidler ut fra de oppgavene som kommer til deg, du er underordnet sentral policy og strategi, og du rapporterer regelmessig ut fra akseptert plan og budsjett, og du er ”on line” i nettverket.

(2)

Kanskje vi har å gjøre med en **tradisjonell linjeorganisasjon eller et konsern**

basert på en linjeorganisert produksjonslinje med definert ledelse, forskjellige stabsfunksjoner og produksjonslinjer? Arbeidet koordineres jo med direkte instruksjoner, og de såkalte ”behandlingslinjene for pasientgruppene” minner svært mye om Mintzberg sine standardiseringer av arbeidsprosesser, standardisering av resultater og standardisering av ferdigheter.

Dette er en framstilling som i stor grad passer på helsevirksomheten, men bare til en viss grad fordi det er så mange ”brutte linjer” i organiseringen, og fordi stabsfunksjonene som tilrettelegger for produksjonen er plassert på forskjellige nivåer og i flere deler av forvaltningen.

(3)

Hvordan passer bildet av en tradisjonell **matriseorganisasjon**

hvor oppgavene kommer inn i organisasjonen og løses i de forskjellige produksjonslinjene?

Jeg ser mange grunner til at helsevirksomheten skal defineres nettopp som en matrise hvor stat og lovgiver er oppdragsgiver og hvor fastlege og sykehus har sin organisering vertikalt, og hvor pasienten kommer inn horisontalt. Oppgaver løses fortløpende av de som har mandat og kompetanse, og det er færrest mulig ”crossfunctional-komplikasjoner”. På denne måten blir alle ordninger vertikalt fundert og styrt i linjeorganisasjon med sine profesjonskamper og ressurs- og ledelsesutfordringer, og pasientens vei kan anses mer som en logistikkutfordring som ikke utfordres av de interne prosessene som pågår i linjeorganisasjonen.

(4)

Kan vi se på helsevirksomhetene som en **organisasjon basert på teamorganisering**

hvor arbeidsledelsen hovedsakelig løses kollektivt, og hvor du ut fra kompetanse, tilgjengelige tidsressurser og din interesse for oppgaven melder deg til en konkret oppgave og forplikter deg på de planer som er beskrevet for nettopp denne oppgaven? Mandatet er gitt, og oppgaven akseptert, ”so keep up the good work!”

Jeg har mitt daglige virke i en modell tilnærmet dette, og kjenner jo igjen noen trekk i helsevirksomheten, men jeg tror vi hovedsakelig vil finne seksjoner og avdelinger når vi lyser inn i organisasjonskartene.

(5)

En markedsorganisasjon?

En annen mulig tilnærming til organisasjonsspørsmålet er via "New public management" eller det Ramsdal og Skorstad kaller "*Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*" (2004). I over 30 år har managementideologi vært utviklet som et kompromiss mellom nyliberale ideer og den velferdsstatlige rasjonalitet vi kjenner i den vestlige verden. Hensikten har vært å løse opp grensene mellom privat og offentlig virksomhet.

Med en slik beskrivelse er det mye som passer for helsevirksomheten, både når det gjelder sammenhengen til fastlegenes privatpraksis, de nye styreformene for helseforetakene, avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private spesialistvirksomhetene, og ikke minst styringsstrukturen på individnivå; Her er brukeren en del av markedet sammen med tilbydere og etterspørre, og motivasjon og insitamenter skapes i organisasjonen ut fra et perspektiv basert på effektivitet innefor gitte rammer for kvalitet og struktur, og vi har sett at pasienter på venteliste er betegnet som "ordreserver".

(6)

Jeg synes også det er riktig å vurdere om dette er en **rendyrket kompetanseorganisasjon** basert på *Strategisk kompetansestyring* slik Linda Lai skisserer det i sin bok med samme tittel (2006). Slik hun definerer det vil det innebære "*planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre organisasjonen og den enkelte medarbeider nødvendig kompetansen for å nå definerte mål*". I en slik organisasjon defineres strategier, mål og oppgaver og det gjøres en kompetanseanalyse som bakgrunn for nettopp en strategi og tiltaksplaner på kompetanseområdet. Deretter implementeres nødvendig kompetanse samtidig som overflødig kompetanse avvikles, og så løses kjerneoppgavene under stadig evaluering av resultater og effekter kombinert med kost/nyttevurderinger. Resultatene av evalueringene tas inn i mål og oppgave vurderingen, og slik blir dette en løpende prosess.

Jo, jeg ser noen trekk fra denne tenkningen i helsevirksomheten, men min erfaring fra Habiliteringstjenesten og senere i SiV sier meg at det nok oftere er den tilgjengelige kompetansen som skaper porteføljen, enn det motsatte, men jeg vil ikke se bort fra at det ved nyetableringer kan være at denne type premisser legges til grunn.

(7)

Eller er det kanskje enda mer tilfeldig, og "anarkisk", hvordan løsningene kommer til slik det er beskrevet i "**garbage-can**"-tilnærmingen? At vi kan forstå organisasjonen og de roller som utformes ut fra de mulighetene som skapes i situasjonen.

Ja, jeg kjenner nok igjen de "4 strømmene" med beslutningsanledninger, problemer, løsninger og deltakere med tid og energi, og tenker at vi nok i helsevirksomhetene kan ha kulturer hvor en slik tilnærming er både mulig og ønskelig.

Jeg vil særlig trekke fram fokuset på energi; Den faglig strekt engasjerte helsearbeideren i møte en pasient som bruker alle sine krefter på å møte smertene og usikkerheten som han opplever i øyeblikket har kanskje ikke samme utgangspunkt for å finne den langsiktige løsningen?

(8)

Med denne gjennomgangen har jeg med et litt skrått blikk forsøkt å vise at vi har "litt av hvert" av organiseringer og organisasjonstilnærminger i helsevirksomheten når den møter den enkelte pasienten eller pasientgruppene med kroniske tilstander.

Hva hvis jeg tar disse rektanglene hvor jeg har gjort de 8 beskrivelsene, og rister dem sammen, - hva får vi da? Framstilt på denne måten i "kort-figuren":



Figur Gode kort

Kan det være sånn at enkelte typer pasienter blant kronikerne har behov for en spesiell type organisering av tjenesten for å få forsvarlig helsetjeneste?

Jeg klipper igjen litt fra Forvaltningsmeldinga. Denne gangen fra kap 6 som har overskrift **Om styring og samordning** (St. melding 19 08-09)

6.4.4 Lineansvaret i kombinasjon med nye arbeidsformer

Departementa og resten av forvaltninga er inndelte etter eit byråkratisk prinsipp. Kjenneteikn på eit byråkrati er arbeidsdeling, hierarkisk oppbygging, regelstyring og lineansvar. Ei byråkratisk organisering skal sikre klare ansvarslinjer:

- *Klare grenser mellom organisasjonen og omverda. Dei tilsette opptre på vegner av organisasjonen, og ikkje på egne vegner.*
- *Sentralisering og hierarki. Leiaren kan delegere oppgåver og retten til å ta avgjerder i avgrensa tilfelle, men det er leiaren, og i siste instans statsråden, som normalt er ansvarleg for dei avgjerdene organisasjonen og dei under-ordna tek. Dette krev rutinar for rapportering og informasjon.*
- *Spesialisering. Det er arbeidsdeling mellom einingar og avdelingar internt i verksemda. Det legg til rette for spesialisert kompetanse og hindrar at ansvaret er uklart*

Jeg tolker dette klippet og sammenhengen jeg har tatt det fra som om statsforvaltningen tar inn over seg de stadig nye utfordringene det tradisjonelle hierarkiet og linjeorganisasjonen får i møtet med komplekse oppgaver.

Bildet forvanskes vel også av at behandling og oppfølging av et menneske med kronisk sykdom nok ikke kan beskrives som en lineær prosess. Ofte er selve sykdomsbildet komplekst uten at det lett kan beskrives enkle årsak – virkning - sammenhenger. I tillegg er tidsfaktoren i seg selv en problemstilling; de fleste prøver og undersøkelser gir øyeblikksbilder mens pasienten har sine varierende plager kronisk.

I tillegg er det nivåer av myndighet for å avgjøre medisinske spørsmål, og det er et hierarki av kompetanse og profesjoner involvert sammen med pågående diskusjoner om standardiserte behandlingsforløp, prioriteringer og etikk. Kanskje også behandlingsapparatet forandrer seg gjennom uken og måneden pga skiftordninger og alle personlige variabler hos helsepersonellet?

Med en slik kompleksitet både i den enkelte sak og i helsevirksomhetene, stilles det store krav til kommunikasjonen! Lars O Eriksen tar dette opp i sin bok *"Kommunikativ ledelse"*, hvor han i kapitlet "Strategisk management" vurderer hovedtrekkene i "new public management", og sier at *"I sum innebærer "new public management" vekt på topplederens kontroll og ansvar, insentiver, kvantitative resultatindikatorer og effektivitetsmål.."* Han knytter dette til det han kaller en "strategisk ledelsesmodell" som han beskriver som en modell som fokuserer organisasjoners tilpasning til skiftende omgivelser gjennom reflekterte valg. *"Det gjelder å kunne bedømme endringer som vil bestemme utviklingen, og hvordan en rasjonelt kan forholde seg til dem"*. Han hevder at konsekvensen av en slik tilnærming er at medlemmer i organisasjonen handler strategisk ifht omgivelsen, uten å begrunne handlinger eller beslutninger ut fra kunnskap, og at aktørene inntar en holdning til hverandre hvor både målformulering og problemløsning blir skadelidende.

Han tegner opp sammenhengene skjematisk på denne måten.

<i>Ledelsesform</i>	<i>Suksess-kriterier</i>	<i>Koordinerings-mekanismer</i>	<i>Rasjonalitets-former</i>	<i>Verdier</i>
Strategisk	Resultat-oppnåelse	Makt/ressurser	Kognitiv-instrumentell	Effektivitet
Kommunikativ	Måldannelse og målrealisering	Argumenter	Moralsk-praktisk	Legitimitet

Fig 5 Strategisk og kommunikativ ledelse (Eriksen 1999)

Eriksen er på samme måte som Habermas opptatt av den åpne kommunikasjonen og den åpne dialogen om motsetningene.

Helsetjenesten slik vi kjenner den her hjemme har en svært kompleks organisering, basert på forskjellige lovverk, forskjellige enheter med forskjellige og også noe sammenfallende oppgaver, kanskje det er definert felles målhierarki for mange aktører, mens det i andre tilfeller oppstår samarbeidsrelasjoner der målet ikke er kjent for alle involverte.

For å forstå organisasjonen er det mulighet for å gå inn i mange strukturelle dilemmaer. Jeg setter med bakgrunn i den ovenstående beskrivelsen opp 2 overordnede spørsmål:

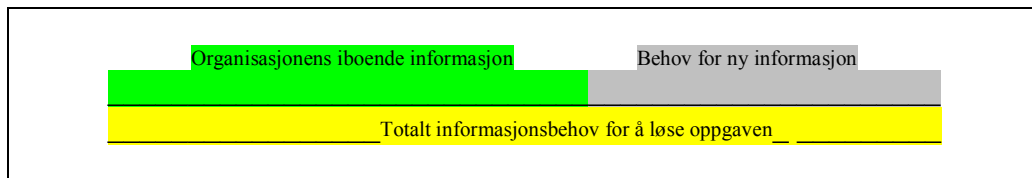
Hvordan utformer vi komplekse organisasjoner?
Hvordan nærmer vi oss strukturen?

Jeg vil i denne sammenhengen henvise til systemteoretikeren Jay Galbraith og hans *Designing complexe organisasitons*. (1973) Han tar utgangspunkt i informasjonstilfanget og sier at vi for å løse en oppgave trenger en viss mengde informasjon;

i arbeidet med pasienten med kronisk sykdom vil oppgaven være å helbrede og å skape rom for mestring.

Han sier at organisasjonen eller systemet har en viss mengde informasjon ut fra sin kompetanse og sine undersøkelser. Den informasjonen som ikke er kjent, genererer en viss mengde usikkerhet.

Jeg illustrerer dette med denne figuren.



Figur Informasjon, fritt etter Galbraith

Galbraith viser til 2 hovedstrategier for å redusere denne usikkerheten:

1) Ved å redusere behovet for informasjon som trengs for å løse oppgaven.

Hva bestemmer behovet for informasjon i oppgaveløsningen? Vi kaller det målførventninger:

- Høye mål setter store krav til informasjon.
- Målenes natur; de komplekse målene fordrer mer informasjon.
- Arbeidsdelingen; jo større arbeidsdeling, jo større behov for informasjon.

2) Hva kan vi gjøre for at systemet kan bearbeide og håndtere mer informasjon?

2.1) Informasjonssystemer; avviksrapportering som bringer info fra ”der det skjer” til beslutningsnivået. Aktuelle spørsmål er: Hvilke temaer kommuniseres og hvor ofte / hvilken frekvens skjer dette på?

2.2) Økt frekvens og incitament til å gå inn på tvers. Som en konsekvens av de beste intensjoner skal det gjøres sannsynlig og naturlig å gå på tvers. En konsekvens av treff-/møteplasser er at informasjon utveksles.

Eksempler på slik tilnærming kan være: En person med rolle i matriseorganisasjonen får informasjonsansvaret? jfr. strukturen i en funksjonsdelt organisasjon; produsent, eller koordinatoren i den individuelle planen for en person med kronisk sykdom.

Eller,

det kan opprettes ad hoc arbeidsgruppe, som består så lenge oppgavene består, eller en fast organisering for å løse denne type oppgaver.

Tilnærmingen aktualiserer nye spørsmål:

- Hvordan bygger belønningsstrukturen opp om denne tankemåten /organiseringen?
- Hvor er rollebevisstheten?
- Hvor er myndigheten som sikrer / har ansvaret for pasienten?

I helsetjenesten vil jeg hevde at det riktig å snakke om desentral handling og sentral styring.

Jay Gailbraith har 8 svar på spørsmålet om hvordan vi kan møte de strukturelle dilemmaene.

- 1) Sikre felles mål og felles intensjoner; lovverk, konkrete målsettinger og strukturelle mål.

Dette er framstilt som en billig og erfart effektiv metode. Jeg har selv erfaring for en slik tilnærming i arbeidet med det vi kalte "kronikerplanen" i Helse Sør i 2004.

- 2) Etablere et hierarki som gir legitime beslutninger og beslutningslinjer.

Dette vil gi en erkjent kommandostruktur som forutsetter forståelse for hverandres kompetanse

- 3) Usikkerhet knyttet til det vi vet vil opptre i framtiden.

Hvordan kan vi forberede oss på det vi kan forutse; Vi kan legge planer og etablere prognoser; ex mangel på kompetanse, forventet pandemi osv. Det aktualiserer spørsmålet om hvem som utarbeider disse oversiktene? Fylkeslegen eller forskningsinstitusjonene, eller noen lokalt?

- 4) Minske behovet for informasjon; akseptere lavere forventninger.

Hva er tolererbart; teknisk, moralsk og kulturelt? Hvilket faglig slingringsmonn aksepteres? Som et eksempel nevner jeg at vi jo har akseptert ventelister i helsevesenet.

- 5) Miljømessig ledelse i forhandling med omgivelsene.

Hvordan ta bort usikkerhetsfaktorene i den enkelte produksjonslinje; - få til at pasientene er så like som mulig. Sykehusdirektøren var i intervjuet klar på at dette fordrer homogenisering og stordrift, og at han venter på å få det han kaller "gode beskrivelser av pasientforløp" også for de store pasientgruppene.

- 6) Self contain tasks; - alle funksjoner / kompetanse samles i gruppen.

Et eksempel på dette er "team på trinn" i skolen. I slik sammenheng er det erfart at en slik struktur skaper problemer for spesialisering og stordriftsfordelene. Det etableres også delkulturer.

- 7) Informasjonssystemene: Utvikle gode og tilgjengelige systemer.

I studien framhever flere av dem jeg har intervjuet at de har mye data og informasjon tilgjengelig hver for seg om den enkelte pasient, men at både tekniske, lovmessige og etiske forhold gjør at de ikke lett kan dele denne informasjonen

- 8) Tverrgående funksjoner.

Dette siste punktet er også aktualisert av flere av mine informanter i studien; De forskjellige funksjonene er organisert i linjer med avdelinger som ikke henger sammen, og det er både organisatoriske og kulturelle barrierer mellom dem. Et hyggelig unntak er ”praksiskonsulentordningen”, hvor en allmennlege arbeider i sykehusavdelingene og arbeider med rutinene på systemnivå.

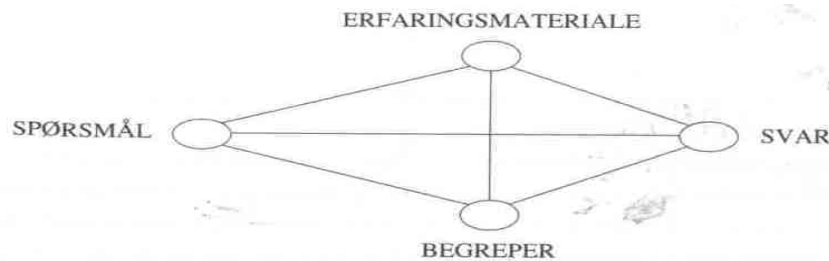
Disse teoretiske tilnærmingene er bakgrunn for mine vurderinger av funn senere i oppgaven.

3. Tilnærming og metode (metodologisk resonnement)

Om arbeidet med temaet og masteravhandlingen

I innledningen har jeg vist til mitt engasjement i spørsmål angående tjenester for kronisk syke.

I Holter og Kalleberg sin bok ”Kvalitative metoder i samfunnsforskning”(2007) er elementene i et forskningsopplegg framstilt på denne måten (s33)



Jeg har formulert mitt spørsmål og ønsker å formidle erfaringsmaterialet og gjøre mine vurderinger fram mot et svar.

Mitt tema egner seg ikke for kvantitative studier, så min tilnærming har vært gjennomgang av lovverk med forskrifter og bruk av det kvalitative forskningsintervjuet.

I studien valgte jeg informanter fra helsetjenesten, og gjorde 10 semistrukturerte intervjuer. Respondentene har godkjent intervjufortellingene, og jeg har systematisert funn. Intervjuene fant sted høsten 2009, samtidig som jeg leste meg opp på lovverk og aktuell litteratur.

3.1 Tilnærming

Da jeg startet arbeidet med denne oppgaven var jeg innstilt på først å gjøre en gjennomgang av lovverk og forskrifter og på den måten vise hvordan roller og samhandlingen mellom aktørene er beskrevet i offentlige dokumenter. Derneft ville jeg intervju et antall helseledere og behandlere om deres forståelse av den normative bakgrunnen for roller og tjenesteapparatet, for til slutt å samle behandlere i fokusgruppe for å drøfte praksis.

I oppgavens innledning og i vedlegg 2) har jeg referert lover og forskrifter med utgangspunkt i brukeren og forvaltningen og tjenesteapparatet. Dette dannet bakteppet for min forståelse av arena og handlingsrom når jeg inviterte informantene og gjorde intervjuene av respondentene.

Jeg ville gi åpne spørsmål med utgangspunkt i tematikken til et antall informanter som har sitt daglige arbeid enten i organisering, ledelse, forvaltning eller utøvelse av helsetjenesten. Jeg ville også ha informasjon fra tilsynsmyndigheten og fra ombudsfunksjonen. Beskrivelse av informanter og metode er gjort nedenfor. Som sagt i innledningen har jeg valgt bort brukere og representanter for brukerorganisasjonene som informanter. Begrunnelsen for dette er jeg ville at studien skal ha hovedfokus på organisering av tjenestene.

Etter at jeg hadde gjennomført intervjuene og gjort en foreløpig summering av resultatene av disse, vurderte jeg det slik at jeg hadde nok funn ifht studiens problemstilling.

Dette medførte at jeg ikke gikk videre med fokusgruppeintervju av informanter slik jeg hadde forespeilet informantene i informasjon til dem. Forberedelsen til fokustruppeintervjuet hadde for min del vært gjennomgang av Halkiers bok "Fokusgruppe"(2008), oppfriskning av min gamle sosialarbeiderteori om gruppearbeid, og samtaler med kollegaer som har gjennomført fokusgruppesamtaler. Jeg vurderte det slik at jeg ikke ville få ny eller nødvendig informasjon ifht oppgavens problemstilling ved å benytte denne metoden overfor nye eller mine tidligere informanter.

Oppgavens bispørsmål vedrørende bakgrunnen for samhandlingen og ønsket om å beskrive modeller for samhandlingen som kan anbefales har gjort at jeg parallelt med studien har gjort skisser og vurdert forskjellige modeller og framstillinger av samhandlingen.

Jeg har ønsket å framstille en modell for samhandling ut fra gjeldende ordninger, det handlingsrommet som framstilles og det som formidles som "god erfaring".

3.2 Studiets design

Metode er den konkrete framgangsmåten i forskningsarbeidet. Forskingen er systematisk undersøkelse av spørsmål. Systematikken er datainnsamling, behandling av informasjonen og presentasjon av resultatene.

Det er problemstillingen eller forskningsspørsmålet som avgjør hvilke metoder som er naturlige å benytte, og forskeren må velge og begrunne metodevalget.

I utgangspunktet kan vi velge mellom tre grunnleggende forskjellige forskningsdesign; eksplorerende-, deskriptivt (beskrivende)- og kausalt design..



Fra www.kunnskapssenteret.com 25.09.10
<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2510/1/Hva-er-et-forskningsdesign/Hva-er-et-forskningsdesign.html>

Problemstillingen avgjør sammen med praktiske forhold avgjør hvilken tilnærming som egner seg best.

Jeg har valgt den beskrivende tilnærmingen for å kartlegge variablene i organiseringen av helsetjenestene, men jeg vil også gjøre fortolkninger, så reelt har jeg valgt en kombinasjon av beskrivende og fortolkende forskningsdesign.

I gjennomgangen av lov og forskrift har jeg beskrevet ordningene med vekt på føringer om samarbeid og forventet samhandling.

Kvalitativt studie er godt egnet til det arbeidet jeg skal gjennomføre.

3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

Med kvalitativt forskningsintervju menes: *”Et intervju hvis formål er å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden med henblikk på kvalitativ tolkning av meningen i de beskrevne fenomener.”* (Steinar Kvale 2006)

Jeg har i undersøkelsen av hvordan helsevirksomheten organiserer og ledes i arbeidet med mennesker med behov for langvarig og sammensatt behandling, ønsket informasjon fra primære kilder. Jeg valgte individuelle intervjuer med personer som i kraft av sin funksjon kunne gi faktaopplysninger og vurderinger av mitt tema. Sammen med min forståelse av statens føringer ville jeg avklare intensjoner og praksis. Jeg har hatt nytte av Steinar Kvales bok *”Det kvalitative forskningsintervju”* for å hjelpe meg med å forstå forskjellen på denne type intervju og den samtalen jeg som sosialarbeider har hatt og trent på i den metoden vi kaller *”individuell sosialt arbeid”*. Jeg peker på den største likheten i metodene slik jeg ser det; dette skal være en målrettet samtale hvor det er avtalt at samtalen får en konsekvens. Det betyr at det ikke er likegyldig hvilke rammer som gis for samtalen, og det er nødvendig å forberede seg til samtalen.

Kvale sier at han i sin framstilling *”vil forøke å manøvrere mellom den frie spontaniteten i en ”ingen - metode” - basert tilnærming og de rigide strukturene i en ”bare - metode” - basert tilnærming”*. Jeg hadde nytte av denne måten å tenke på, og var i telefonen hvor jeg inviterte informanten til å delta som respondent så klar jeg kunne være på hva jeg ønsket belyst fra vedkommende. I e-posten som informanten mottok før intervjuet repeterte jeg hva som ville være mitt fokus i nettopp denne samtalen. Jeg forutsetter at dette var med å sette en ramme for den situasjonsbetingede interaksjonen mellom meg som intervjuer og respondenten, og fungerte som en type intervjuguide.

Alle intervjuene ble gjennomført med god energi oss imellom, og med sterkt fokus på temaet. På samme måte som for meg, framkom det fra alle respondentene et ønske om å få til et bedre og mer samordnet helsevesen. I hvilken grad dette påvirker mine resultater er jeg usikker på, men jeg er sikker på at vi fikk resultater også med bakgrunn i den personlige interaksjonen som oppsto i den målrettede samtalen. Jeg er vel klar over forskjellen på forskningsintervjuet og det terapeutiske intervjuet, og mener at jeg i liten grad har påvirket informantene med min spørsmålstilling eller på annen måte.

Jeg benyttet tilnærmingen semistrukturerte intervju som har i seg en del planlagte spørsmål og hvor det er naturlig i behandling av tematikken blir stilt utdypende spørsmål for å få fram informantens resonnement.

3.2.2 Intervjufortellingen

Jeg har valgt ”intervjufortellingen” som gjengivelsesform for samtalene. Jeg hadde lydopptaker som i design minner om en oppreist mobiltelefon, og jeg skrev på pc under samtalene. For ordens skyld vil jeg fortelle at den bærbare pc-en er en del av min hverdag, hvor jeg taster i samtaler og møter og hvor jeg selv opplever det lite forstyrrende for samtaler og forståelse. Bruken av denne var avtalt med respondentene på forhånd.

Etter intervjuene hørte jeg på opptakene, først en gang uten å gjøre notater, og så hørte jeg igjen mens jeg forbedret notatet slik at det fikk formen ”intervjufortelling”. Denne fortellingen har så pendlet i e-post mellom informanten og meg før den er godkjent slik det kommer fram nedenfor hver intervjufortelling i vedlegget.

Jeg synes denne formen er svært god når det er meninger og sammenhenger som skal fram fra respondenten.

3.2.3 Å forske i egen kultur

Jeg skriver om et tema som har vært del av min jobbhverdag i 8 år i Habiliteringstjenesten, og jeg har arbeidet i kommune, fylkekommune og Helseforetak.

I følge Cato Wadel (*”Feltarbeid i egen kultur”*1991) innebærer det å gjøre det han kaller feltarbeid innen egen kulturkrets på mange måter at en studerer sider av sin egen virkelighet som langt på vei deles med andre. Fordelene med dette er at jeg kjenner "språket", kodene og måten å kommunisere. Jeg kjenner også til de lover og regler som gjelder. Betegnelsen "egen kulturkrets" tilsier med andre ord at noe vil være felles eller kjent selv om det ikke alltid er like lett å si hva dette "noe" er. Dette skyldes at flere av våre grunnleggende verdier og store deler av vår kulturelle kunnskap ofte er ubevisste og uuttalte.

Min historie er sosialarbeideren som ble leder og så forsker. Jeg vurderer det allikevel slik at ikke har vært ”husblind” i forskningsarbeidet, og mener at jeg har hatt nytte av å ha kjennskap til organisasjonen og språket i gjennomføringen av studiet.

3.3 Informanter - respondentene

Jeg har valgt 10 informanter; Pasient- og brukerombudet er i denne sammenhengen ”brukernes stemme”. De øvrige har enten stilling knyttet til organiseringen av tjenestene, eller de har funksjon i tilsyn eller i en lederstilling med reell myndighet i utforming og drift av helsetjenesten.

Jeg valgte informanter ut fra funksjon.

Dette er oversikt over respondentene med deres funksjoner og stilling. Jeg har også satt inn i oversikten hva som var mitt fokus i kontakten med den enkelte. Tallet i parentes referer til gjengivelsen av sitater og beskrivelser i oversikt over funn i pkt 4.2.1.

- 1) **Seksjonssjef i Kunnskapssenteret i Helsedirektoratet**
- fokus på ordninger for plan- og oppfølgingsansvar, kommunikasjon og roller
- 2) **Samhandlingssjef i helseforetak**
- fokus på samhandling, kommunikasjon og på ordningen ”behandlende lege”
- 3) **Leder av allmennlegeforeningen i legeforeningen**
- fokus på fastlegeordningen og avtaler
- 4) **Avdelingsdirektør i Helse- og Omsorgsdepartementet**
– fokus på fastlegeordningen og sammenhengen til spesialisthelsetjenesten
- 5) **Fylkeslege**
- fokus på rollen som pasient, på rollen som behandler, strukturen i behandling og oppfølging, myndighetskrav og tilsyn
- 6) **Rådmann i en mellomstor kommune**
- fokus på ledelse av kommunehelsetjenesten, avtalen med fastlegene og sammenhengen til spesialisthelsetjenesten
- 7) **Sykehusdirektør i et helseforetak**
- fokus på ledelse av spesialisthelsetjenesten, sammenhengen i helsetjenestene og ”pasientforløpene”
- 8) **Kommunelege i en større kommune**
- fokus på de kommunale tjenestene, avtalen med fastlegen og sammenhengen til spesialisthelsetjenesten
- 9) **Fastlege i et privat legesenter** hvor det arbeider flere leger
- fokus på fastlegerollen og samordning av helsetjenestene
- 10) **Pasient- og brukerombud**
- fokus på brukeren og sammenhengen i helsetjenestene

3.4 Validitet og reliabilitet

Studiens resultater skal vurderes med hensyn til gyldighet og troverdighet.

Jeg har forsket i et komplekst område hvor jeg som sagt har hatt roller og selv vært del av.

Gjennomgangen av lov og forskrifter og lovgivers utredning anser jeg for å ha stor gyldighet for den tidsperioden studien er gjort i. Samtidig vurderer jeg denne perioden for en brytningstid; St. m 47 ”Samhandlingsreformen” har konkretisert politiske, organisatoriske og faglige utfordringer samtidig som omorganisering og andre rammebetingelser i virksomhetene endres løpende.

”Den kompetente og krevende brukeren” utvikler seg og tar slik jeg ser det sin plass som korrektiv for alle. Gyldigheten for studien kan nok bare knyttes til perioden fram til samhandlingsreformens innhold evt. vedtas som nasjonal strategi.

At jeg selv har en kronisk sykdomstilstand og har vært til utredning i perioden studien har pågått, vurderer jeg i første rekke som en fordel i tilnærmingen til spørsmålstillinger og studien som helhet. At jeg selv har arbeidet i feltet vurderer jeg på samme måte, at det er en fordel både for min forståelse av problemstilling og bispørsmål, og i møte med informantene. Jeg vurderer det altså slik at mitt personlige utgangspunkt ikke påvirker gyldigheten av studien.

Undersøkelsens troverdighet er knyttet til nøyaktighet i innsamling og behandling av data. Det er mulighet for feil i tolkninger i overgangen mellom samtalen og intervjufortellingen, i systematiseringen av utsagn i tabellen nedenfor, og i overgangen fra utsagn og sitater til det jeg vurderer som funn.

Noen av respondentene kjenner jeg til fra tidligere, og noen kjenner jeg ganske godt, og for noen så var intervjuet mitt første møte med dem. I forberedelser, gjennomføring og etterarbeid vurderer jeg det slik at forhistorien ikke har påvirket spørsmålstillinger eller databehandlingen.

Jeg har hatt som mål i studien å holde god standard ifht troverdighet når det gjelder utvelgelse av informanter, omstendighetene rundt intervjuet og bruk av åpne spørsmål i intervjuet.

Jeg vil fremheve at det i studien ikke finnes noe som jeg vurderer som riktig eller feil, jeg har vært på jakt etter svar på spørsmålet om hvordan tjenester organiseres og ledes. Derfor har jeg ønsket å fremheve alle relevante data, og analysere de som jeg vurderer som relevante ifht problemstilling og bispørsmål. Det er mitt håp at studien vil ha høy troverdighet.

3.5 Gjennomføring av undersøkelsen

Utgangspunktet for studien er de offentlige dokumentene som gjengir lover og forskrifter vedrørende brukere, helsepersonell, forvaltningen, for aktørene i allmenntjenestene og spesialisttjenestene. Materialet er lett tilgjengelig som offentlige dokumenter både i papir og på internett. Selv om mye av stoffet var kjent fra arbeid og på annen måte, har jeg gjennomgått utredninger, rapporter, lover og forskrifter. Jeg har også hatt samtaler med jurist i spørsmål om fortolkninger og forståelse.

Jeg har vært i tvil om hvordan jeg skulle vise denne gjennomgangen i oppgaven. Det ble stort og komplekst. Jeg valgte å utarbeide et vedlegg med tittelen ”politiske føringer, aktuelle lover og forskrifter”, se vedlegg 2. I oppgaveteksten har jeg kommentert de politiske føringene, rettigheter for pasienten, rettigheter og plikter for helsearbeideren og bestemmelsene vedrørende samarbeid for helsevirksomhetene.

For å komme mer inn i gjeldende forståelse av det normative i de gjeldende ordningene; - hva som styrer aktørene, har jeg intervjuet ti engasjerte personer som ut fra hver sin posisjon har bidratt til forståelsen av de ordningene som gjelder for samarbeidet.

Utvelgelsen av informantene hadde sitt utgangspunkt i hvilke funksjoner de har. Jeg gjorde intervjuer i Oslo, Vestfold og Telemark, en avgrensning gjort av hensyn til praktiske forhold og reisetid. Alle ble forespurt om deltakelse på telefon. Alle jeg henvendte meg til, ville delta. Som det fremgår av vedlegget, fikk alle e-post som beskrev rammene for intervjuet, og noen dager etter at intervjuet var gjennomført fikk den enkelte intervjufortellingen til gjennomgang og godkjenning. E-postvekslingen mellom oss ble avsluttet ved at intervjufortellingen er godkjent.

Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til informanten på det tidspunktet som var avtalt.

Intervjufortellingen ble formet dels under intervjuet og foredlet gjennom bruk av lydopptak og kommentarer fra respondenten.

Jeg har systematisert utsagn og sitater tematisk i tabell knyttet til parametere fra organisasjonsteorien. Gjennomgangen av denne tabellen utgjør sammen med mitt helhetsinntrykk bakgrunn for mine funn.

I analysen holder jeg disse funnene opp mot det teoretiske bakteppet fra kapittel 2 og i noen grad opp mot intensjonene i politikk, lov og forskrift.

4. Funn. Analyse og drøfting av forskningsresultatene

4.1 Generelt om funn

Vurderingen av studiens resultater er basert på min forståelse av rammeverket som er beskrevet for helsetjenesten, organisasjons- og ledelsesteorien slik den er lagt fram, og fortellingene fra respondentene. Jeg beskriver først nedenfor det jeg kaller generelle hovedfunn, for deretter å systematisere kommentarer og utsagn tematisk.

Jeg vurderer at den oversikten som vises, er svært verdifull, og mye mer omfangsrik enn det denne oppgaven kan behandle. Jeg velger noen områder som jeg behandler ifht oppgavens problemstilling som er;

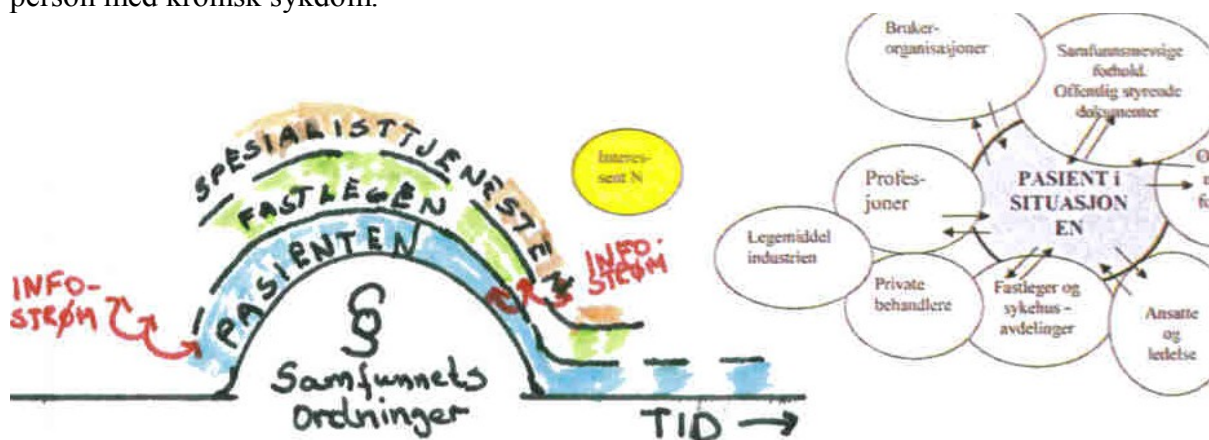
Hvordan organiseres og ledes behandling og oppfølging av mennesker med behov for langvarig og sammensatt behandling?

og knytter kommentarer til oppgavens bispørsmål

Hva er bakgrunnen for samhandlingen, - hvordan kan den generelt beskrives, - og finnes det modeller for samhandling som kan anbefales?

4.1.1 Hovedfunn

Som innledning til beskrivelse av de funn og vurderinger jeg har gjort i arbeidet, legger jeg fram en skisse i figur, "Tidsbøylene" som er ment å framstille aktører og interessenter i det kompliserte og mangefasetterte samarbeidet som skjer i behandling og oppfølgingen av en person med kronisk sykdom.



Figur: Tidsbøylene

Her har jeg i figuren koblet Interessentoversikten med "Tidsbøylene"; Brukeren møter utfordringer, og tar i bruk "samfunnets ordninger" symbolisert med § -tegnet. Jeg tegner inn fastlegens tidslinje og spesialisthelsetjenesten tidslinje. De kan være involvert synkront eller ikke. Jeg symboliserer en gjensidig infostrøm mellom aktørenes tidslinjer. Jeg har for enkelthets skyld valgt bort nettverket og andre aktører i framstillingen.

Mitt generelle hovedfunn er nettopp det at det er mange involverte både med spesielle oppgaver i et øyeblikksbilde, og som tilgjengelige aktører over tid. Jeg har ikke fått svar på om det er styrt eller tilfeldig at de helt konkrete aktørene er på oppgaven og gir sitt bidrag på den gitte tiden, men jeg finner at det er vist at det er en struktur som involverer dem.

Strukturen består av beskrevne roller og funksjoner, tilgjengelig informasjon og kompetanse, og vurderinger og valg som er gjort i øyeblikket. Valgene er slik jeg ser det gjort ut fra mandater. Min vurdering er at respondentene naturlig nok snakker ut fra egen ståsted og at de i sum avspeiler en enorm kompleksitet. Det er for meg tydelig at de horisontale koblingene dukker opp i intensjoner både fra utøvere og tilsyn. Slik jeg tolker det er dette styring ved hjelp av felles kultur.

Mitt andre generelle hovedfunn er at kommunikasjon og informasjon er kritisk. Respondentene framhever dette i intervjuene, og litteraturen peker på det samme.

Jeg har ønsket at dette arbeidet skal være nytting, så jeg tar allerede her inn forslag som i denne sammenhengen kan være såkalte "guick wins" knyttet til utsagn fra respondentene:

Samhandlingssjefen i helseforetaket sier: *"Elektronisk samhandling"; - det blir fort slik at alle samarbeidspartnere har hvert sitt system som ikke er kompatibelt med andre. Dette er uforståelig for brukerne".*

Rådmannen sier: *"Helsenett vil hjelpe oss. De teknologiske mulighetene gir oss en ny verden for samarbeid og kommunikasjon."*

Pasient og brukerombudet sier: ”Tilby kopier av henvisninger og epikriser; å bli holdt orientert i sin egen sak er helt vanlig på andre samfunnsområder.”

Jeg er kjent med at det arbeides med tekniske løsninger og forpliktende ”e-samordning” basert på etisk vurdering av hvilken informasjon som er riktig og nødvendig i oppgaveløsningen. Allikevel vil jeg gjenta pasientombudets anbefaling om å tilby kopier av korrespondanse i egen sak, og fortsette å reklamere for bruken av minhelse.no som et sikkert sted for informasjonsutveksling.

Etter disse ”hovedoppslagene” vil jeg gå mer systematisk inn i studiens resultater.

4.2 Gjennomgangen av resultater

De funn som beskrives i tabellen nedenfor er kommet fram etter at jeg systematiserte utsagn og vurderinger fra intervjufortellingene ut fra følgende inndelinger og ”ledespørsmål”.

STRUKTUR	Formålsstrukturen	Hvilke mål er definert, foreligger målhierarki?
	Beslutningsstrukturen	Foreligger en myndighetsmatrise, og er den kjent?
	Tilgangsstrukturen	Hvem har tilgang til å fatte beslutninger, og hvem er kjent med beslutningen?
KULTUR	Verdier	Hvilke verdier ligger til grunn for beslutningene?
	Belønning	Hvordan belønnes ønsket atferd?
	Sanksjoner	Hvordan straffes uønsket atferd?
KULTUR <small>forts.</small> GARBAGE-CAN BESLUTNINGER	Problemer	Hvordan tar vi fatt i problemer og utfordringer som dukker opp?
	Løsningene	Ser vi løsningene og tar dem i bruk?
	Deltakerne	Hvem blir deltakere og hvordan blir de med?
	Arenaer og anledningene	Hvor er det mulig å bli involvert og hvordan ser vi anledningene?
PROSESS	Beslutningsprosesser	I hvilken sammenheng blir beslutninger tatt?
	Kommunikasjonsprosesser	Hvordan deles informasjon og hvordan tolkes den?
	Målsettingsprosesser	Hvordan settes mål, hvilke verdier settes i spill og hvem deltar?
	Energiflyt	Hvem har engasjement og i hvilken grad frigjøres energi?

Tematikken er satt opp ut fra betraktningene gjort i innledningen og i framstillingene i teorikapittelet. Jeg har tematisert og satt opp ledespørsmål ut fra hovedtilnærmingene struktur, kultur og prosess.

4.2.1 Gjengivelse av utsagn, systematisert

I tabellen nedenfor har jeg kopiert inn kommentarer og utsagn ut fra ovenstående inndeling. Tallet som vises referer til respondenten, og utsagnene er kopiert fra intervjuforetellingene slik de er gjengitt i vedlegg 1.

I arbeidet med å velge ut kommentarer og utsagn har jeg tatt det jeg mener best kan belyse min problemstilling og bispørsmålene.

I vurderingen av hvor det er riktig å plassere kommentarene i skjemaet, har jeg gjort valg, og vet at enkelte utsagn kunne vært plassert flere steder i tabellen. Jeg har allikevel ikke tatt inn samme kommentar flere steder.

Her er det et inndelingsskift for å kunne framstille ”funntabellen” liggende.

Tabell: Utvalgte sitater og utsagn skjematisert etter STRUKTUR, KULTUR OG PROSESSER.

	Budskap – FUNN	Kommentarer / sitat
	STRUKTUR	
Formålsstrukturen	<p>9: -"Fastlegerollen er en veldig viktig funksjon nær opp til menneskene"-- Han sier at han (fastlegen) har mange viktige funksjoner:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Behandle mennesker med sykdom og sørge for medisinsk behandling - Utrede symptomer, - finne mest korrekt diagnose - eller sørge for behandling andre steder i helsevesenet. <p>--"Vi skal også lære pasienten å kjenne slik at vi får mer kjennskap til bakgrunn og livssituasjon, - og være med å vurdere behov for andre tjenester enn helsetjeneste."--</p> <p>3: Fastlegeforskriften sier relativt tydelig at det skal være koordinering, at det skal føres journal og at det skal holdes oversikt over medisiner</p> <p>Legen er selvstendig næringsdrivende, - og må legge opp en virksomhet som er bedriftsøkonomisk forsvarlig.</p> <p>3: sier: --- "det å få lovfestet en gjensidig veiledningsplikt må være fornuftig" -- Det vil i så fall forplikte fastlegen i dialogen med spesialistene.</p> <p>1: framholder at intensjonen er at --"Individuell plan skal være brukerens egen plan" --,</p> <p>3: peker på at ordningen jo er regulert i flere lovverk: pasientrettighetsloven, kommunehelseloven, spesialisthelsetjenesteloven og forskrifter, og sier at --"ansvar som flere har er det ofte ingen som tar"-- Han mener at lovgiver ville være tjent med at ansvaret skulle bli plassert ett sted.</p>	<p>4: --- "Adresse for ansvar slik at andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten vet hvor de skal ta kontakt / sende epikrise – og forvente oppfølging av pasienten" ---</p> <p>4 om IP: ---"det vil ta lang tid før dette blir virksomt i helsetjenesten. Det er for uklart ansvar" –</p> <p>4: ----"Poenget er at sykehus har en begrenset funksjon, - det er om å gjøre å komme seg så fort som mulig ut derfra"--</p> <p>7: Han sier at store organisasjoner som sykehus med så mye høy kompetanse; det er organisasjoner som ledes nedenfra.</p> <p>--" Det er det motsatte av direktørens mandat, som skal lede ovenfra"--</p> <p>2: sier --- "Vi ser pasienter med for eksempel kroniske sykdommer som går ut og inn av sykehuset, - og som skal det, - da er en plan kjempeviktig" --</p>

<p>4: --- ”at det jo alltid har ligget som forutsetning at det medisinske skjønn skal ligge hos den enkelte lege” . Han henviser i den sammenhengen til helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlighet.</p> <p>5: --”Vi forsøker å sikre dette ved lovgivning og individuell plan.”--</p> <p>8: --”Legene har ikke gjennom sin utdanning kompetanse til endringsarbeid.”--</p> <p>8: --”Fastlegene skal ha forsvarlig drift; - det gjelder også samordningstiltak og arbeid med individuell plan”--</p> <p>7: Resultatstyring og lite virkemiddelstyring; alle skal være tydelige på hva vi forventer; det vil si å gjennomføre Helse- og omsorgsdepartementets sentrale krav</p> <p>7: Det er også kompetente folk som arbeider med risikostyring og sårbarhetsanalyser slik at det blir systembygging.</p> <p>7: Det første gjelder helsepersonellens rettigheter og muligheter til å ivareta lovpålagte krav; --det er de flinke til å forholde seg til, - det er ikke der min bekymring er størst, - det er verre hvordan vi som ledere greier å gjøre det”--</p> <p>7: Han spør om hvordan skal vi prioritere de pasientene som prioriteringsforskriften tilsier sammen med føringer idet politiske miljøet: eldre, kronikere, psykiatri osv? Dette har vært uttalte prioriteringer i noen år, samtidig som det er vekst i menisker, brokker osv. Ledelsen har jevnlig utsjekk og tilbakemelding på dette mht ventelister og operasjonsplanlegging. --”det er ikke tvil om at hver eneste helsearbeider vil si at innenfor prioriteringsforskriften er det jeg arbeider med det viktigste.</p> <p>--”så langt er prioriteringen i vårt helsevesen at vi prøver å gape over alt fremfor å ta noe ut”-- Han sier for det tredje at dette forsterkes av finansieringssystemet for sykehuset.</p> <p>7: Den andre måten er det han kaller å legge ”pasientforløp- eller behandlinglinjetenking” til grunn for hvordan vi skal utvikle behandlingstilbudet ved sykehuset Vestfold.</p> <p>7: For det andre er det det som kan kalles ”hjem – til hjem- forløp”:</p> <p>--” Mye av konsentrasjonen i våre miljøer har vært mot beskrivelser på et avgrenset område for det arbeidet som gjøres innenfor egen avdeling. Nå skal vi utvikle et større perspektiv sammen med primærhelsetjenesten og brukerne.” --</p>	<p>2: sier at ledelse i samhandlingsperspektiv godt kan ivareta individperspektivet.</p> <p>--- ”Lederskapet må sikre at det blir levelig for individet.”---</p> <p>6: Han mener det kan bli for mye brukeransvar og tar opp et etisk perspektiv: Hvor langt kan vi gå i å rettighetsfeste tiltak for brukerne – og hvor går grensen for det du selv må ta ansvar for?</p> <p>--- ”Det er utenkelig å nivellere ut den ulempen det er å bli født som funksjonshemmet.”---</p>
--	---

	<p>9:---" Vi har ikke så mye kultur for det i faget"- ---" Vi jobber mye ut fra klinisk skjønn."—</p> <p>2: Hun forteller at det er varierende kvalitet på henvisningene.</p> <p>6: Han sier at tiltakene både i 1. linjen og i 2. linjen blir stadig mer omfattende, - dette fører til større samordningsbehov. --"Flere som må snakke sammen hvor mye er det egentlig mulig å samordne?"-----</p>	
<p>Beslutningsstruktur</p>	<p>9: Han sier at han opplever veldig at spesialisthelsetjenestene behandler stykkevis og delt; - han følger derfor veldig med i oversendelse av epikriser; --- "de gjør bare det som blir bestilt."--</p> <p>Han sier at de tidligere tok mer ansvar for utredningene, - hvis se ikke fant noe på en undersøkelse som var bestilt, tok de ofte flere undersøkelser for å finne ut litt mer. Han sier at det ikke skjer i dag; - nå må fastlegen bestille nye undersøkelser.</p> <p>9: han må få retningslinjer og særlig beskjeder fra spesialisthelsetjenesten. Han mener at de ikke gir klare retningslinjer som sier hvordan de vil ha det. ---"det kan jeg nok savne av og til, - at de ikke sier hvordan ting skal være"--</p> <p>9: ----"Bare det å møtes rundt den enkelte er nyttig – og vi kan også bli enige om noen mål. Jeg synes det er viktig."--</p> <p>9: --"Vi er frustrerte mange ganger fordi vi synes jo ofte at systemet med spesialisthelsetjenesten og helseforetaket er uhensiktsmessig: Det er mer tungvint og for lange ventetider, og det er et kunstig skille mellom forvaltningen av 1. og 2. linjetjenesten "--</p> <p>6: Han minner om det prinsipielle psykologiske fenomenet; gir du en koordinator myndighet, vil den som ikke har myndighet bli ansvarsløs.</p> <p>1: Gjennom prosjektene har seksjonslederen i Kunnskapssenteret fått forståelsen av at -- "roller og fordeling av ansvar; synliggjør at i det øyeblikk folk begynner å snakke sammen, kommer interessen og viljen til samhandling. Kommunikasjonen er avgjørende. " ---</p> <p>Det er nødvendig med synliggjøring av koordinatorrollen; - Anders mener at det er få som har bevisst forhold til dette.</p> <p>-- "Det er ofte uklart hva som skal koordineres, - og ofte uklart hvem som skal koordinere, og ikke minst hva det vil si å koordinere" --</p>	<p>Han kjenner ikke til at Helsetilsynet har sett på og vurdert avtalene.</p> <p>---- "det må være sånn at deltakerne har nok myndighet i egen etat" --- Etter hans vurdering er ikke myndighetsforholdene tydelige nok.</p> <p>1: er opptatt av ansvarsavklaring; --"overlevør sak og sikre tillit; Være tydelig overfor pasienten om at ansvaret overleveres til et individ." --</p> <p>9: om individuell plan: Han sier at han ser nytten av forskriften, - men har ikke laget planer selv, men har vært med på mange.</p> <p>--"jeg er veldig glad for at noen lager plan når det er behov for det"—</p> <p>Der han ser det er viktig – tar han initiativ – henvender seg oftest til noen i det kommunale; sosialtjenesten eller psykiatrien, eller tjenester i hjemmet – også med fysioterapeuter.</p> <p>--"som regel er det noen andre som tar initiativet"—</p>

<p>1: Fastlegen forholder seg til helsepersonelloven, fastlegeforskriften og til forskrift og veileder for Individuell plan. Fastlegens rolle kan være å ha "bindefunksjon" til andre tjenestefunksjoner. Han må ofte gi formelle innspill i saksbehandlinger hos NaV eller ha bestillerfunksjon i spesialisttjenesten</p> <p>7: Styringslinja er fra Helse- og omsorgsdepartementet, gjennom Rhf via foretaksmøtet, og via styret her og deretter styrets beslutning som direktøren skal utføre.</p> <p>---" Vi må forholde oss til resultatkravene, - men også måten å gjøre det på"--</p> <p>7: Han forteller at dette ligger i oppdragsdokumentene. Han henviser også til arbeidet med "Omsorgsplan 2015".</p> <p>---"Det skjer en vekkelse om at pasientforløpene handler om" før – under – etter" ", og det handler også om "det parallelle "--</p> <p>7: Lederavtalehierarki; det inngås avtale med hver enkelt leder knyttet til de indikatorene sykehuset skal levere på fullmakts – og ansvar og myndighetssystem som innebærer at ledere på alle nivåer i sykehuset "sitter med hele verktøykassa".</p> <p>10: --- "Vi har akseptert at fastlegen er autonome og arbeider selvstendig"--</p> <p>8: --"Jeg savner ikke en direkte styringsrett så mye"-- --" deres autonomikultur er for sterkt</p> <p>5: --"Ledelse er kjerneområde"-- --"Kommunene må ha muligheten til å styre det de har ansvaret for"--</p> <p>8: Han forteller at kommunen har varierende grad av styringsmulighet --" det vi styrer best er pleie og omsorgstjenester; - her er det direkte styringslinje" --</p> <p>8: helse- og sosialsjef i kommunen --" hun gir ikke linjer; - hun stiller spørsmål."-- "Hennes styring er at hun vil at lederne under henne skal komme med en faglig løsning."--</p> <p>4: sier at det i siste instans er rådmannen som har det overordnede ansvaret for den lokale dynamikken.</p> <p>Kommunen har avtale med fastlegene.</p> <p>Avtalene med fastlegene er framforhandlet sentralt</p> <p>Spesialisthelseloven pålegger spesialisten å veilede 1. linjetjenesten</p>	<p>2: Et resultat av prosjektet er forslaget om et "beslutningsutvalg" for Vestfold.</p> <p>Hun er også opptatt av beslutningsprosessene; Ønsker seg et slagferdig organ; -> en møteplass som kan ta opp de store sakene med store konsekvenser for økonomi og standardisering:</p>
--	--

	<p>Fastlegen skal avgjøre når pasienten har behov for andre 2. linjetjenester eller spesialisttjenester</p> <p>Det er etter 3: sin mening et generelt problem at den Individuelle planen ikke er mer enn et dokument; --"ikke forpliktende for noen parter"---</p> <p>3: mener at situasjonen er vanskelig; - for pasienten har rettskrav på hjelp, - men hva er nødvendig helsehjelp? De vurderinger som gjøres av fellesskapet i et møte avspeiler dagen, men det skal også gjøres faglige vurderinger løpende.</p> <p>4: sier at den pålegger fastlegen å prioritere nødvendig medisinsk hjelp til innbyggerne på sin liste, - og i merknaden til § 7 er det synliggjort at dette også omfatter et ansvar for koordinering av medisinsk oppfølging.</p> <p>4: sier at det i det sentrale avtaleverket er det generell beskrivelse av ansvarsområder, - og henvisning til at kommunen kan sette opp spesielle oppgaver eller ansvarsområder i den individuelle fastlegeavtalen.</p> <p>4: --- "vårt inntrykk er at kommunene ikke engang forsøker å gjøre noen ting for å styre den faglige virksomheten, men det er kanskje ikke så rart. Dette var en strukturreform som i utgangspunktet ikke skulle mene noe om medisinsk praksis"---</p> <p>5: --"Handlingsrommet for alle aktører må tydeliggjøres, - og kommunene må få sterkere styring av fastlegene framover"--</p> <p>8: --"Kultur på stedet handler om et sentralt poeng; et samlingspunkt med faglig kompetanse; som gir innsikt i hvordan man får gode effekter hos de man skal behandle" --</p>	
<p>Tilgangsstrukturen</p>	<p>4: Fastelegordningen er et listesystem; det er kjernen -> fastelegereformen i Norge innførte listesystemet.</p> <p>Listesystemet innebærer at hver allmennlege med avtale med kommunen har en liste som innbyggerne kan melde seg på, og som dermed gir legen oversikt over hvilke innbyggere legen har ansvar for å utøve den allmenn medisinske hjelpen.</p> <p>4: Fastlegen kan ikke kreve noe overfor kommuneadministrasjonen. Dette betyr f. eks; Fastlegen vil ikke kunne kreve sykehjemsplass eller annen kommunetjeneste. Dette fører ofte til at hun/han i stedet krever innleggelse i sykehus.</p> <p>4: --- "Kommunene har alle muligheter til å lage konkrete avtaler"---</p> <p>4: -- "Noen mener at staten skal gripe inn i slike situasjoner, men nei, - dette er kommunalt ansvar." ---</p>	<p>3: -- "Hvis du raskt søker en for smal kompetanse er det fare for at vurderingen blir preget av det!" ---</p> <p>3: --- "Det vi utenfor sykehuset har behov for er et ansvarlig kontaktpunkt og en som kan gi riktig svar."---</p>

	<p>I Trondheim kommune er det inngått avtale med alle fastlegene om at de skal følge opp etter henvendelse fra hjemmetjenesten; hjemmebesøk etter 3 dager – hvis ikke skjer avviksrapportering.</p> <p>4:-- ”Noen mener at staten skal gripe inn i slike situasjoner, men nei, -dette er kommunalt ansvar.” --- I Trondheim kommune er det inngått avtale med alle fastlegene om at de skal følge opp etter henvendelse fra hjemmetjenesten; hjemmebesøk etter 3 dager – hvis ikke skjer avviksrapportering.</p> <p>Det som etter hans mening kommunene generelt bør ha et ønske om, - er at fastlegen skal levere allmenntjenester av god kvalitet; - men kommunene har ofte ikke kunnskap om hva dette er.</p> <p>5: --- ”Et totalfenomen som har med spesialisering å gjøre. Du kan jo si at dette er lurt fordi alle etterspør dybde, - du søker på fritt sykehusvalg og ser på der de er flinkest og raskest”---</p> <p>5: Kundespørsmålet har kommet inn; den alminnelige holdningen fra velferdssamfunnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i Norge har vi jo nesten ingen selvkost i behandlingen; da kan du jo si ”jeg skal ha”, - det er litt fritt fram etter lovfestingen ved årtusenskiftet om at du har en rettighet. - en kundifisering <p>5:--”Organisasjonslæringen har det ikke vært system for. Det har vært lite fokus på organisasjonskonsekvensene”--</p> <p>7:--”det skal ikke være slik at alle gjør det de synes er best – vi må la ulike føringer få gjennomslag i systemet”--</p> <p>1: sier at det er allmenn forståelse for at de pasientene som har stor kompleksitet med behov for langvarig behandling utgjør 20 % av pasientene, - og at de forbruker ca 80 % av helsetjenestene.</p> <p>1: I den sammenhengen viser han til eksempler på at -- ”brukere som blir trygge på at tjenestene er der når de trenger det, kanskje de også bruker tjenestene annerledes, - dette kan gi en økonomisk gevinst sammenliknet med brukere som er utrygge i sin livssituasjon og på om det er hjelp å få ved behov”.--</p> <p>--- ”trygghet, tillit; du vet hvor du skal henvende deg; koordinatoren har nok innsikt til at brukeren får den behandlingen som er riktig til enhver tid” ---</p>	<p>2: ”Elektronisk samhandling”; - det blir fort slik at alle samarbeidspartnere har hvert sitt system som ikke er kompatibelt med andre. Dette er uforståelig for brukerne.</p> <p>6: --”Helsenett vil hjelpe oss. De teknologiske mulighetene gir oss en ny verden for samarbeid og kommunikasjon.”---</p>
--	--	--

	KULTUR; Garbage can – tilnærming	
Problemer	<p>3: Pasienten har rett til medvirkning</p> <p>3: Vi har et kompetanshierarki</p> <p>--- ”Til grunn for samhandlingen må ligge en enighet om oppgave- og ansvarsfordeling. – og som finansierungsordningene støtter, og som det foreligger kapasitet og ressurser for å møte.” --</p> <p>2: Det svikter alle plasser hvor det kan gå galt; - intern i organisasjonene, i sykehus og i kommunen, og mellom 1-2 linjetjenesten. Hun har tatt utgangspunkt i dette; – alle bruddene.</p> <p>5: ”- Det er ikke bare fastlegene, - men alle aktørene strever med å holde trådene sammen”--</p> <p>5: Han svarer at hvis ikke fastlegen kan løse det selv – skal fastlegen ta initiativ til individuell plan. Det er kravet.</p> <p>9: I avtalen er det ikke lagt vekt på utvikling og hva han ”skal og må”. ----”jo mer man binder opp i skal og må, så kan det bli vanskelig å gjennomføre.”—</p>	<p>9: ---” Når man har jobbet en stund får man jo en ganske stor gruppe med kroniske sykdommer som han har mer med å gjøre enn andre.”--</p> <p>Han sier at det er tidkrevende å følge opp de der det er mange etater inne i bildet. Han tror legene tidligere ikke har vært så flinke til dette, - men at de nå er kommet mer inn.</p> <p>--”Det tverrfaglige samarbeidet er nyttig rundt denne gruppa.”--</p>
Løsningene	<p>9: --- ”så må fastlegen prøve å prioritere etter skjønn.”-- --”Da snakker jeg om det totale medisinske, – det samfunnsmessige og lover og regler.”-- ---ikke bare hva jeg har lyst”--</p> <p>4: Fastlegen vil ikke kunne kreve sykehjems plass eller annen kommunetjeneste. Dette fører ofte til at hun/han i stedet krever innleggelse i sykehus.</p> <p>5: viser til at helseovgivningen opererer med begrepet ”forsvarlighet”; - et nyttig begrep fordi det ikke er statisk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - det skjer stadig utvikling, - vi kan ikke endre forvarlighetsprosedyrer hele tiden i tråd med forskning. → ”god praksis” endrer seg hele tiden ut fra forsvarlighet; det innebærer det ansvaret at du er orientert om hva som er forsvarlig ut fra fleres hensyn, – ikke bare ditt eget. - Legen er delaktør som ikke alltid opptrer forsvarlig, - men særlig, ut fra sine egne forutsetninger. 	<p>3: ”Individuell plan er en ganske svær greie som dreier seg om mer enn den medisinske koordineringen”</p> <p>Legeforeningen har gått tungt inn i å få etablert mulighet for at fastlegene skal kunne beslutte innleggelse i utredningsavdeling i kommunale institusjoner.</p> <p>9: om pasientansvarlig lege Han kjenner til at det har kommet en slik ordning.</p>

	<p>8:--- ”Flokken har beveget seg og gått i riktig retning”-- Han forteller at dette gjelder for eksempel sårbehandling, rus og i noen grad psykisk helsevern. -- ” en mer integrert tjeneste, - og der er fastlegene en del av det”--</p> <p>8: --”pasientrettighetsloven er delvis en kodifisering av praksis”--</p> <p>9: ---” Jo mer faglige retningslinjer jeg får for prøvetaking, måling osv, - jo mindre tid får jeg til samtalen som på ett vis jo er det viktigste; – der er jeg kjetterisk – særlig Nav krever mye av dette med dokumentasjon.”---</p>	<p>---” Vet ikke om jeg merker det, - det er så hektisk på sykehusene – det er vanskelig for pasientene å få helt klarhet i hva som har skjedd, - de kommer ofte hit og spør.”---</p> <p>Jeg spør om erfaringene med de som har kronisk sykdom; Disse mener han at blir fulgt opp av en lege, slik at de er bedre stilt enn de som bare kommer inn akutt.</p> <p>--”den gruppen har vi merket forskjell på”--</p>
<p>Anledninger;</p> <p>hvem har tilgang til å bestemme.</p>	<p>1: Nøkkelen er i stor grad å foredle brukermedvirkningen, - i språket har vi hatt begrepet der siden tidlig på 1990-tallet:, - og mange fagtradisjoner har hatt lang erfaring før det også i å høre brukerens behov og fange opp meninger.</p> <p>3: Han sier at det er bra å skaffe møteplasser, – men at det ikke fordeler makt og myndighet, og gjentar at det rådende verdensbildet er at allmennlegetjenesten trenger veiledning.</p> <p>3: --- ”Ellers flyter oppgavene dit det er kapasitet” --- 3:påpeker at veldig mye av samhandlingen er preget av det.</p> <p>5: få saker som går galt fordi ”det var så vanskelig”; dvs faglig avansert eller en teknisk vanskelig operasjon.</p> <p>7:--”Sykehus. litt generelt sagt, er fremdeles av noen betraktet som en fysisk overbygning for legenes privatpraksis.”--</p> <p>9:Han sier at legene gjerne har en ordening som gjør at vi har en halv eller 1 dag hvor du har tid til administrativt arbeid. Han forteller at denne dagen også brukes til møter.</p> <p>1: legger vekt på at brukeren skal være til stede og gjøre gode valg for eget liv! Fagfolkene skal derfor være rådgiver slik at gode valg blir gjort. Å myndiggjøre brukerne med god kunnskapsformidling er en viktig oppgave for helsepersonell.</p>	<p>3: Fastlegen er ikke portvakt – men portner</p> <p>9: Mennesker er forskjellige – noen er mer aktive på sine veier og tar initiativ, noen er passive. Han setter pris på begge typer, - men sier at det kan bli kollisjon hvis man ikke godtar forklaringer</p> <p>--”det hender jo at det blir kollisjoner og at forklaringer som gis ikke godtas, -og at vi ikke kommer videre. Det er jo et av de store problemene – hvis du tenker deg en type kronikere hvor vi ikke har så veldig klare diagnoser – det er et utfordrende problem hvor ikke medisinske forklaringsprinsipper helt kan gjøre at man forstår symptomene”---</p>

	<p>9: Han sier det er blitt noe bedre; - det er etablert forum for samarbeid med sykehuset, og du har dette med praksiskonsulent og møter høst og vår med sykehuset. Han tror at det er mye å hente for å få til den gode behandlingsrekka – også slik at det ikke blir mye unødvendig arbeid og prøvetaking som vi kunne samarbeide bedre om.</p> <p>6: har lagt til grunn i kommunene at det må være så rene linjer som mulig, og deretter skal det arbeides med holdningene i kommunene, - vel vitende om at det skal skje koordinering.</p> <p>--"Hovedsakelig virker styringen gjennom kultur."---</p>	<p>Han referer til sammensatte situasjoner hvor det er lite å bidra med ved medisinske behandling</p> <p>--"Når det ikke er klare diagnoser – og medisinske forklaringsprinsipper gjør at vi ikke forstår symptomene, eks i sammensatte lidelser hvor det er lite å finne."--</p> <p>--"Må sørge for at du gjør undersøkelser som avklarer om det er sykdommer som kan behandles; - har du ikke noe å tilby – da må jeg henvise."--</p>
<p>Deltakere</p>	<p>3: Vurderinger skal gjøres sammen med pasienten; en sentral del av det å være allmennlege er at valg gjøres sammen med pasienten</p> <p>--"Ideen om pasientansvarlig lege er en veldig god ide, - men den passer kanskje dårligst for de som trenger det mest"--</p> <p>8:--" Det er også et kunstig skille mellom helse- og sosialetaten. I vår bykommune har vi felles ledelse, men lovverket er forskjellig, virkemidlene er forskjellige, - og vi har forskjellige kulturer."--</p> <p>10: Hun forteller at det ikke er "ytre tegn" på hjelpebehovet hos folk"; --" de mest ressurssterke, tilsynelatende, kan være ute av stand til å skrive brev sjøl" --</p> <p>10: --" men vi ser jo på resultatene vi får når vi henvender oss i helsetjenesten, at det i større grad henvises til hverandre, - så jeg skjønner hvis forklaringen skulle være at det er mer spesialisert helsetjeneste nå enn før " –</p> <p>10: Hun forteller at noen pasienter får kopi av brev og henvisning: --"De pasientene som får brev og som holdes orientert, - er nok mer fornøyd enn de som ikke får."--</p> <p>10: --- "Når individuell plan mangler – da får ikke pasienten kommet fram med egne mål og ressurser."-- --"det er ikke en del av vanlige behandlingsplaner, - men i den individuelle planen, der skal det fram"---</p>	

	<p>10:-- ”Vi ser en dobling av saker i 09 hvor ikke pasienter har medvirket eller det ikke er innhentet samtykke. Det tror jeg er et utslag av at ting kan gå for fort, - kanskje i beste mening, - men pasienten sitter igjen og er frustrert”--</p> <p>-- ”Det er behov for koordinering også internt i spesialisttjenesten. Vi kan ikke hele tiden vise videre til andre.” --</p> <p>6:--”Lovene er viktig, men også holdingsendringer hos legestanden”—</p> <p>--”Kanskje gir lovverket åpning for mer styring; men kommuneorganisasjonen har ikke ressurser til en slik snuoperasjon ” ---</p> <p>--”Vi er prisgitt av at noen går foran, - som tenker helhet og folkehelse”---</p>	
	<p>KULTUR</p>	
<p>Verdier</p>	<p>10: at ordet PASIENT tilsier at pasienter er tålmodige. (Eng ”patient” = tålmodig)</p> <p>9:- - ”I dag er vi mer opptatt av problemene enn å finne løsninger” --</p> <p>8: --”Fastlegens virksomhet er lagt opp til effektivitet”—</p> <p>--”Vi skal være handlende, - det er et kraftig yrkesetos hos legene”--</p> <p>8: --”leger har 2 grupper de er mye advokater for, - akademikere og de som er like seg selv, - og ”de som er verdig trengende ”, - de hjelper de også. Derimot de svake uten appell”; de mangler advokater, - og der får de mer portvaktrolle.”--</p> <p>3: Takstsystemet burde ha intensivstruktur slik at vi får mer legetjenester vi trenger, - og mindre av de vi ikke trenger. Det utelukker bl.a. forebyggende innsats på flere felter</p> <p>5: Næringsliberalismen står relativt høyt: Alle har en tendens til å søke nyttemaksimering.</p> <p>5: --”Samfunnskontrakten i legenes bevissthet er svak”--</p> <p>5: Han sier at vær velferdsstatsmodell skal tildele ”likt” – en slags tilgangslighet – så må vi passe på at ingen stikker av fra det som er kollektivt.</p>	<p>3:Fastlegen har en portner - rolle</p> <p>1: om fastlegen rollen: Han svarer at han tenker at det er mest tradisjonsstyrt;</p> <p>-- ”Mester – svenn – relasjoner”.--</p> <p>Mange har sterke idealer om hvordan de best kan støtte og hjelpe sin pasient.</p> <p>9: Han tror nok at han er like god overfor pasienter som lukter vondt og oppfører seg dårlig; - men overfor f eks rusbrukere må det settes grenser – og han har også opplevd å bli lurt. --”da blir jeg skeptisk, - og den skepsisen sitter nok i overfor gitte grupper”--</p> <p>Han er klar på at hvis det er medisinske problemer som må behandles – tar han det på alvor.</p>

	<p>8: Han starter med å kommentere legeutdanningen; - en tyskorientert utdanning med fokus på individ, organ og diagnose; - en sterk tradisjon, mens de 3 - årige helse- og sosialutdannelsene arbeidet med helhet tidlig. Han presiserer at legene har en helt annen bakgrunn enn de andre helsearbeiderne.</p> <p>10: --"Det er slik fastlegen får sine penger, - det synes ikke hvis de går inn i store samarbeidsstrukturer og tar det ansvaret og er den koordinerende personen som en fastlege burde være. I slike sammenhenger gir det ikke uttelling; - heller ikke å evaluere ting man har gjort."--</p> <p>7:om pasientansvarlig lege; Dette har ikke vært prioritert , og han sier at det kanskje ligger i kulturen her at "det blir bare et ork".</p> <p>1: om Alaska : Alle forbedringer som skal gjøres i helsevesenet skal involvere brukere.</p> <p>-> Alle grener av helsevesenet skal ha minst 10 forskjellige virkemidler for brukermedvirkninger.</p> <p>--- "Dette har ført til at brukerne tror at de gjennom møtet med helsevesenet kan gjøre forandringer i eget liv". --</p>	<p>9: om kronikergruppen: ---" Når man har jobbet en stund får man jo en ganske stor gruppe med kroniske sykdommer som han har mer med å gjøre enn andre."--</p> <p>Han sier at det er tidkrevende å følge opp de der det er mange etater inne i bildet. Han tror legene tidligere ikke har vært så flinke til dette, - men at de nå er kommet mer inn.</p> <p>--"Det tverrfaglige samarbeidet er nyttig rundt denne gruppa."--</p>
<p>Belønning</p>	<p>3: Fastlege har ikke takst for annet enn deltakelse i møter</p> <p>Slik han har fått det referert fra tidligere sentrale forhandlinger er det Legeforeningen som har ivret for at takstsystemet skal belønne godt legearbeid.</p> <p>8:Kompetanse og kultur; leger og sykepleier, sosialarbeidere og hjelpepleiere – der det er god kultur er det en orientering mot god faglig utvikling.</p> <p>--"Det å bygge opp strukturer kan ikke alltid ivareta det samme; Det faglige utvikler seg organisk, ... man kan ikke vedta en god kultur" --</p> <p>8: Han snakker om paternalisme: Legen skal ta avgjørende og være handlende på vegne av pasienten. Det er god mestringsfølelse i legejobben.</p> <p>7:Han sier for det tredje at dette forsterkes av finansieringssystemet for sykehuset.</p> <p>Han forteller at noe av ortopedien ved sykehuset som ved en faglig vurdering ikke ville være høyt prioritert – subsidierer annen drift i sykehuset. Virksomheten er etterspurt og godt organisert og gir penger til å drive med det som ikke er tilvarende finansiert.</p>	<p>3: --- "Til grunn for samhandlingen må ligge en enighet om oppgave- og ansvarsfordeling. – og som finansieringsordningene støtter, og som det foreligger kapasitet og ressurser for å møte." –</p> <p>8: --"alle faggrupper har en yrkesmessig glede av å oppnå økt kompetanse; mye identitet er knyttet til fag og jobb. " --</p>

	<p>7: --"Det skulle ikke være slik at det som ikke er prioritert – lønner seg"--</p> <p>7:Sykehuset har vunnet noen priser på noen områder, og han viser til Kysthospitalet som et godt eksempel bruk av pasientforløp som utviklingsmetodikk; Der et dette ledelsesverktøyet, og de har brukt mye tid med kommunene og brukerorganisasjonene for å finne de gode behandlingslinjene.</p>	
Sanksjoner	<p>5: tror at de som ikke deltar på sikt kan vente seg reaksjon for eksempel ved at avtalene blir endret.</p> <p>5:Statens helsetilsyn har hatt "et dogme på" – eller i hvert fall som et utgangspunkt, at enkeltpraksiser ikke er systemrevisjonsegnet: - samtidig er det slik at tilsynet er metoden</p> <p>5: Sykehusene under krysspress på økonomi osv; - det er jo mye snakk om de siste 2 millionene og lite snakk om de milliardene som brukes.</p> <p>8: Han mener at slik styring er undervurdert av økonomer, jurister og politikere: --"rapporteringsrutiner gir fokus til det som man kan rapportere på."--</p> <p>10:Hun etterlyser tilsynsmyndighetens engasjement i totalopplevelsen, og spør --"Skal vi være fornøyd når loven er overholdt" - jfr lovteksten "forsvarlig og omsorgsfullt" i helsepersonellovens § 4? Eller kan man forvente noe mer – for eksempel hva som ansees som god praksis?"--</p> <p>10: --"De som er opptatt av økonomiske rammer, skulle være like opptatt av de juridiske rammene" – --" man forklarer alle avvik fra budsjettet, - men forklarer ikke avvik fra lov og forskrifter"-- -- "jeg er overrasket over at det på dette samfunnsområdet ikke er større oppmerksomhet på lovbrudd."--</p> <p>10:-- " Det er ofte en dyr og pinlig sak å melde ofte fra at det er lovbrudd, - hvis en mellomleder stadig melder at vi bryter loven hos oss, - er det da egentlig en god mellomleder – tenker sjefen da?" ---</p>	<p>5:---"Det er alltid farlig med en bestemmelse som ikke lar seg følge, - den blir neglisjert og setter andre bestemmelser i vanry" --</p> <p>10: -- det står på lovforståelsen og det står på overholdelsen og konsekvenser for ikke å overholde" --</p>
	PROSESS	
Be-slutnings-prosesser	<p>3: Brukeren velger sin fastlege – og kan velge om igjen</p> <p>Avtalen med fastlegene er framforhandlet sentralt: Det kan legges inn mer i avtalene lokalt</p>	<p>3: Fastlegeordningen er en suksess; kanskje fordi den er finansiert sentralt</p>

	<p>5:--"Vi forsøker å sikre dette ved lovgivning og individuell plan."--</p> <p>8: mener at faglig interessert spørrende styring bringer organisasjonen videre.</p> <p>7:--"Nå skal lederen bevege seg i "grensesnittet mellom menneskene"; lede prosessene og menneskene i prosessene. Det vil også si å lede faglig utvikling av det vi vil med virksomheten."--</p> <p>7: --"det forventes at lederne går inn i drøfting av faglige kontekstene hvor det brynes og brytes"--</p> <p>Mye av ledelsen dreier seg om å tilrettelegge strukturelle vilkår; arealer, utstyr, bemanning, samhandling på tvers, pasientforløp osv.</p> <p>7: --"Det utfordrer og snur en del maktstrukturer når de inviterer mange grupper til drøftingen. Forløpet skal vise sammenhengen fra før du blir sjuk, under behandling, før du er lagt inn i sykehuset, mens du var her, rehabiliteringsperioden og etterpå"--</p> <p>1: om Alaska: I denne strukturen har de "case-manager-roller" i team sammen med legen.</p>	<p>3: ---" det vi blir enige om må forplikte sterkere"---</p> <p>10: ---"I de verste tilfellene, når alt har havarert, har vi hatt god erfaring med at folk faktisk møtes, - kanskje det burde være treffpunkt før det blir veldig ille" –</p>
<p>Kommunikasjonsprosesser</p>	<p>2: --- " alle må snakke sammen i hele behandlingsrekka - Dette gir mange synergier. - Det blir lettere å ta kontakt på tvers av alle barrierer." --</p> <p>2: --- "Det er vesentlig å bli kjent og betrakte hverandre som kollegaer."--</p> <p>3: Det kan oppstå gnisninger mellom pasient og lege hvis ikke pasienten har tillit til fastlegen Kompetanseutvikling skjer ofte med utgangspunkt i at spesialistlegene skal veilede allmennlegen</p> <p>Legen er avhengig av tillit, derfor kan det skje i en gitt situasjon at når fastlegen mener at det ikke kommer noe ut av henvisningen pasienten spør om - velger han kanskje å henvise for å opprettholde tilliten fra pasienten.</p> <p>3: --"Det er koordinering av det medisinske fastlegen bør ha. Det øvrige er det nok mest hensiktsmessig at en annen i kommunen har."--</p> <p>4: I praksis fører dette ofte til at fastlegen er navet i samhandlingen mot spesialisthelsetjenesten eller annen terapeut</p> <p>5: De aller fleste klagesakene handler om samhandling; - det å få til ting sammen med andre mennesker, om kommunikasjon med tydelige beskjeder og med tydelig avklaring om hvem som har ansvaret og hva som skal gjøres.</p>	<p>3: Det praktiske koordineringsarbeidet bør nok ikke ligge hos fastlegen</p> <p>3: om pasientansvarlig lege: Han gjengir at det som blir sagt er at ordingen ikke passer i sykehuset; - pasientansvaret kan derfor ikke festes til en og bare en lege.</p> <p>7: Legitimiteten for direktøren og andre ledere i systemet den handler om dialogen og kommunikasjonen med de tunge fagmiljøene.</p> <p>--"og ikke minst om respekten for kompetansen og de rollene man over hundrevis av år har etablert i dette systemet"--</p>

	<p>8: --" Allmennlegen er viktig ut fra sin funksjon som diagnostiserer, er portvakt og som har en definisjonsmakt overfor en del av de andre tjenestene i kommunen "--</p> <p>10: --"Tilby kopier av henvisninger og epikriser; å bli holdt orientert i sin egen sak er helt vanlig på andre samfunnsområder."--</p> <p>10: -" I helsevesenet er det slik at en lege kan sende en henvisning uten at pasienten vet det, - og spesialisttjenesten kan avslå også uten at pasienten vet det"--</p> <p>7: Samarbeidet skjer teknisk ved henvisning og epikrise. Sykehuset har snart nå epikrisen ute hos fastlege og pasienten slik forskriften sier. Stein sier --- "dette har bare med kultur å gjøre"--.</p> <p>7: sier at utviklingen de seinere årene nok for noen er en trussel mot den tradisjonelle mester - svenn – tenkingen.</p> <p>Han forteller et eksempel: Det er en enorm pågang på lab – rekvisisjoner; de yngre legene sender prøver i saker hvor erfarne overleger bruker sitt kliniske skjønn. Assistentlegenes største kritikk mot arbeidslivsordning er knyttet til mangel på tilgang mot overlegene. - "i mange sammenhenger ville mester - svenn vært ønskelig; --</p> <p>1: henviser til Norge hvor vi gjennom de 11 siste år har hatt utvikling av nasjonale kvalitetssystemer gjennom 2 nasjonale strategier for kvalitetsforbedring.</p> <p>Han peker på at standarder gir forutsigbarhet og kvalitet; -" men standardene overleveres gjennom relasjoner og det er behov for å akseptere naturlige variasjoner med utgangspunkt i individer." --</p> <p>--"Vi har satt vår lit til system, men snakket lite om relasjoner. Det er alltid relasjonell overlevering". --</p>	<p>9: --"Dialogen og kommunikasjonen må være slik at vi finner bølgelengden for det som pasienten kjenner og det som jeg som lege kan gjøre – og det vi kan ha som mål." --</p> <p>--" jeg må møte pasienten der de er – få avklart hva hun har tenkt – og så bruke det medisinske skjønn og ha dialog som gir felles forståelse."--</p>
<p>Mål - settings-prosesser</p>	<p>3: Allmennlegeforeningen er opptatt av kvalitetsarbeidet Slik han har fått det referert fra tidligere sentrale forhandlinger er det Legeforeningen som har ivret for at takstsystemet skal belønne godt legearbeid.</p> <p>4: I forskriften om individuell plan skal helsepersonell – også fastleger bidra til å initiere et arbeid med en individuell plan hvis fastlegen ser at det er behov for dette.</p>	<p>8:--- "Faglig utvikling er undervurdert som styringssignal, og formell styring er overvurdert. Det foregår hele tiden en faglig geriljavirksomhet som underminerer den formelle styringa og som endrer retningen på hva det formelle endelig ender opp med.</p>

	<p>5: --- ”Det har fått meg til å tenke at det vanskelige er relativt lett, og at det som har med kommunikasjon og samhandling er lang vanskeligere å få til” - -</p> <p>7: Han legger vekt på at møteplasser etablerer faglige praksiser, og at det i tiden framover vil bli arbeidet mye med implementering av sentrale faglige standarder og behandlingslinjer. Ved siden av dette er det et sentralt kvalitetsutvalg og klinikkvise kvalitetsutvalg og i helseforetaket. Her arbeides det med mye med faglige utfordringer og prioriteringer, i tillegg til oppfølging av kvalitetstyringssystemene.</p> <p>7: forteller at helsetilsynet i vår påpekte at det skal være samme fokus i styringen på kvalitet som på økonomi.</p> <p>--”Det samme systemet skal også utvikles på kvalitet.”--</p> <ul style="list-style-type: none"> - legge vekt på konsekvenser for pasientbehandlingen - sikre helsepersonelles muligheter til å utøve tjenesten innenfor lovpålagte krav - sikre at systematisk kunnskap blir brukt i rapportering og utvikling av tjenestetilbudet. <p>7:--”I bunnen er det erkjennelse av mulige målkonflikter ut fra hvilken posisjon du har; --</p> <p>Han er sikker på at løsningen ligger i aksepteringen av standardisering.</p>	<p>Det må vi se mye mer, - og ta hånd om, - og dyrke mye mer.”--</p> <p>8: --”Det som er, - har forrang foran det som kan bli” –</p> <p>2: ----”Pasienten skal vite hvem de skal kontakte når de lurert på noe, – slik bør det være.” ---</p> <p>Hun forteller at det er en utfordring når sykehuset har vaktssystemer 24 timer. Hun forteller at sykehuset blir stadig mer seksjonert, – og at dette fører til at overlegen har god oversikt.</p>
<p>Energiflyt</p>	<p>4: sier at over tid oppnås det et tillitsforhold; - og den grunnleggende tillitsdimensjonen gjør at legen opplever å ha myndighet.</p> <p>4:--- ”Hele forutsetningen for reformen var at det skulle være lokal dynamikk knyttet til fastlegeordningen”; Det opprettes lister, - og det skal bli flere lister når behovet øker i kommunen. Pasienten skal kunne bytte; - det forutsetter at det er ledige plasser på lister / kapasitet På den måten er alltid pasienten sikret muligheten for second opinion.</p> <p>4: helsepersonelloven sier § 4 at legen skal ta initiativ og ansvar, - og skal agere på lik linje med andre etter Individuell plan- forskriften.</p> <p>5: Han viser samtidig til en amerikansk artikkel som viser at det går 17 år før vi implementerer praksis ut fra ny kunnskap på sykepleieområdet..</p>	<p>6: --”Spesialisttjenesten er et stort tog som ikke kan stoppes med handamakt; - tungt å endre – og de har sine egne driftsproblemer; - mye av fokuset internt er knyttet til egne strukturelle problemer; - da blir det lite energi til utforming av helheten.”---</p>

	<p>1: om Alaska --- "Det ble tidligere brukt masse penger og pasientene opplevde at de ikke ble hørt og sett, så dermed kom de igjen og igjen med samme plage". -- --- "Endret fokus; bort fra sykdom inn til helse og åndelig velferd. I South Central Foundations primærhelsetjeneste er det naturlig at healeren og primærlegen har kontor ved siden av hverandre". -- ---"Det er i SCF også sterkt fokus på forpliktende relasjoner og systematisk forbedringsarbeid" --</p>	
--	--	--

Her er det satt inn et inndelingsskift for å kunne ha "funntabellen" liggende.

4.2.2 Intervjufortellingene er i vedlegg unntatt offentlighet

Etter hvert intervju har jeg skrevet ned en intervjufortelling. Etter noe e-postveksling er så det enkelte intervju godkjent av respondenten.

I gjennomføringen av intervjuene har jeg nok brukt mitt sosialarbeider- og lederskjønn, men jeg har også tatt utgangspunkt i Kvales beskrivelser i boka ” Det kvalitative forskningsintervju”. (2006)

Etter å ha lest den, og vurdert hans påminning om å vurdere konsekvensene av offentliggjøring av rapporten for respondentene og grunnholdningen at *”forskningen skal produsere kunnskap som er fordelaktig for mennesket og minimisere skadelige konsekvenser”*, har jeg besluttet å unnta dette vedlegget fra offentlighet.

Intervjuobjektene har framskutte posisjoner, og samtalene våre har stått i en kontekst med utgangspunkt i min oppgave. Framstillingen av resonnementer med et muntlig preg og enkelte spissformuleringer vil slik jeg ser det nå ikke egne seg for allmennheten eller media. En av de intervjuede har også bedt om å få gjennomgå fortellingen en gang til hvis det blir aktuelt å offentliggjøre intervjuforetellingen fra vår samtale. Jeg vurderer i den sammenhengen at det i så fall kan være fare for en forflating av meninger,

Når jeg har gitt vedlegget status som arbeidsdokument unntatt offentlighet er det bare tilgjengelig for meg og oppgavens sensorer.

4.3 Innføring til analyse og drøfting

Kvale kaller det arbeidet som skal gjøres nå, for en intervjuanalyse, hvor jeg strukturerer de meningene som kommer fram og litt generelt sagt skaper en ny fortelling ut fra de fortellingene som er gjengitt. Det betyr at jeg ”finner historiene” samtidig som jeg skaper en ny.

I oversikten som er gjengitt ovenfor, har jeg gjengitt kommentarer og utsagn som jeg etter beste skjønn har tematisert ut fra områder eller parametere hentet fra organisasjons- og ledelseslitteraturen slik den er gjengitt i kapittel 2.

Mitt første hovedfunn om at det er mange involvert, kommer uavhengig av litteraturen, om det har jeg brukt mitt skjønn.

Mitt andre hovedfunn om informasjonen kommer som et resultat av historiene jeg har fått sammen med min forståelse av teoriens vurdering av informasjonstilgang.

4.4 Vurdering med utgangspunkt i oppgavens problemstilling

Jeg gjentar problemstillingen:

Hvordan organiseres og ledes behandling og oppfølging av mennesker med behov for langvarig og sammensatt oppfølging?

Jeg vil altså undersøke organisering og ledelse knyttet til spesifikke tjenester.

4.4.1 Kommentarer til organisering og struktur.

Det jeg har kalt mitt hovedfunn ovenfor vil jeg kommentere med utgangspunkt i organisasjon og struktur.

Alle respondentene har på forskjellige måter kommentert at det skal være sammenheng i tjenestene, samtidig som det er reelle brudd i styringslinjene.

Samhandlingssjefen i sykehuset illustrerer dette godt:

Hun har tatt utgangspunkt i dette; – alle bruddene.

--- ” alle må snakke sammen i hele behandlingsrekka - Dette gir mange synergier. Det blir lettere å ta kontakt på tvers av alle barrierene.” –

--- ”Det er vesentlig å bli kjent og betrakte hverandre som kollegaer.”--

Hun sier som et av svarene på spørsmålet om hvilke krav som må stilles til lederne at de må kunne se ting i sammenheng --- ” Jeg er del av større sammenheng.”.

Mange andre utsagn gjengitt ovenfor under tema formålsstruktur, beslutningsstruktur og tilgangstruktur viser til at det er mangler ved strukturen.

Fylkeslegen sier det kanskje sterkest;

”Handlingsrommet for alle aktører må tydeliggjøres, - og kommunene må få sterkere styring av fastlegen framover”

Jeg har under teorigjennomgangen framhevet at vi finner mange styringsformer representert i helsevirksomheten. Lovgiver gir sine føringer, men jeg vil hevde at alle de forskjellige organiseringene i første rekke åpner for kulturstyring, og at garbage can-tilnærmingen som fremhever ”timing” og ”anledninger” er lett å ta fram som grunnlag for organiseringen.

Hvis vi ønsker oss sterk styring, og sterkere fokus på standarder og innføring av det som sykehusdirektøren kaller ”pasientforløp”, vil jeg hevde at organiseringen av virksomhetene må legges inn i en struktur hvor enten forpliktelsene på standarden er så sterke at kulturstyringen er tilstrekkelig mellom de forskjellige tjenesteleverandørene, eller at det etableres en styringslinje.

Jeg forstår det også slik at når det gjelder løsningen av en spesiell oppgave, f. eks gjennomføring av en operasjon, så vil vi finne en linjestyring, og kanskje operasjonsstua er organisert i en reell linjeorganisasjon eller kanskje logistikken best kan forstås ved hjelp av en matrise?

Intervjuet av fylkeslegen skjedde sammenfallende i tid med at en del fastleger argumenterte mot vaksineringsen mot pandemi. Han uttrykte

--"Samfunnskontrakten i legenes bevissthet er svak"--

Med utgangspunkt i en slik situasjon ville nok linjestyring være en løsning, men jeg vurderer med utgangspunkt i den forskjellighet vi har blant pasientene, at kulturstyring er å foretrekke.

Opgavens problemstilling tar utgangspunkt i **brukerens situasjon**, og at det er behov for langvarig og sammensatt hjelp.

Pasientombudet og seksjonssjefen i Kunnskapssenteret er de som peker tydeligst på at det er stor forskjell på brukerne og hva vi kan vente oss av dem, og slik jeg forstår det, at det også er avgjørende for pasientens rolle hvordan de blir møtt.

Seksjonssjefen uttrykker sin overbevisning om at brukeren skal være styrende i eget liv: Det betyr at de må gis den kunnskap som skal til for å gjøre gode valg som medfører best mulig helse. ... "Overlever sak og sikre tillit; Være tydelig overfor pasienten om at ansvaret overleveres til et individ".

Pasientombudet sier "de mest ressurssterke, tilsynelatende, kan være ute av stand til å skrive brev sjøl".

Min helhetlige vurdering er at det i stor grad er opp til pasienten selv hvilken rolle han tar i organiseringen av tjenesten, med utgangspunkt i situasjon, og selvfølgelig som et resultat av tett samspill med sine nærmeste, fastlegen og medarbeiderne i tjenesteapparatet.

Slik jeg vurderer innholdet i politiske føringer og lovverk, er vi her i utakt med både intensjonene og lovverket, hvor utvikling av pasientrollen er beskrevet som et hovedgrep i samhandlingsreformen og som grunnlag for ordningen individuell plan.

Dette punktet er stort, og jeg avrunder i denne omgang med fylkeslegens utsagn:

-- "Det er ikke bare tjenestene som har endret natur, -etterspørrerne har også endret natur. Kundene etterspør noe som de synes må være lett å ordne – og oftest er det, men når det glipper gjør det det på sammenheng"---

Ordningen individuell plan

Jeg har utfordret alle respondentene med spørsmål om praktiseringen av denne ordningen. Først vil jeg peke på at det slik jeg har funnet det, ikke er statistisk materiale på bruken av ordningen. Dette synes jeg i seg selv er oppsiktsvekkende.

Dernest vil jeg peke på det faktum at den juridiske retten som pasienten har til slik plan når forutsetningene ligger til rette for det, ikke gir noen konkret plikt til å ta dette opp med pasienten.

Formannen i allmennlegeforeningen uttrykker konsekvensen ganske presist når han i denne sammenhengen sier at ”ansvar som flere har er det ofte ingen som tar”.

Jeg vurderer dette funnet som svært alvorlig, og mener at lovverk og forskrift er for svakt formulert sett i forhold til slik jeg forstår de politiske intensjonene.

Samtidig ser jeg det slik at de mange motstandsfaktorene som respondentene beskriver, har sin årsak i at den enkelte aktør handler ut fra sitt mandat knyttet til en konkret oppgave.

Jeg tar i denne sammenhengen inn kommentarene fra avdelingsdirektøren i Helse- og omsorgsdepartementet:

Han sier at den (fastlegeforskriften) pålegger fastlegen å prioritere nødvendig medisinsk hjelp til innbyggerne på sin liste, - og i merknaden til § 7 er det synliggjort at dette også omfatter et ansvar for koordinering av medisinsk oppfølging.

I praksis fører dette ofte til at fastlegen er navet i samhandlingen mot spesialisthelsetjenesten eller annen terapeut.

Han presiserer at dette ikke er regulert eksplisitt i forskriften. I forskriften om individuell plan skal helsepersonell – også fastleger bidra til å initiere et arbeid med en individuell plan hvis fastlegen ser at det er behov for dette.

Han sier at han uttrykte da ordningen Individuell plan ble innført; ”det vil ta lang tid før dette blir virksomt i helsetjenesten. Det er for uklart ansvar”.

Jeg vurderer at det både er holdningmessige, strukturelle og formelle årsaker til de funnene som foreligger. Jeg kommenterer dette videre under omtalen av brukermedvirkning nedenfor.

Jeg forstår det slik at respondentene er relativt samstemte i at de som trenger kontinuitet i behandlingen, slik som mennesker med kronisk sykdom, hovedsakelig får det både i kommunene og i spesialisthelsetjenestene.

Samhandlingssjefen sier --- ”Vi ser pasienter med for eksempel kroniske sykdommer som går ut og inn av sykehuset, - og som skal det, - da er en individuell plan viktig” –

Bruken av ordningen pasientansvarlig lege

Fastlegens kommentar knyttet til ordningen pasientansvarlig lege:

Disse (mennesker med kronisk sykdom) mener han at blir fulgt opp av en lege, slik at de er bedre stilt enn de som bare kommer inn akutt. --”den gruppen har vi merket forskjell på”--

Jeg vurderer det slik at denne ordningen er i spill mellom instansene ut fra det respondentene sier:

Lederen av allmennlegeforeningen

gjengir at det som blir sagt er at ordningen ikke passer i sykehuset; - pasientansvaret kan derfor ikke festes til en og bare en lege.

Han sier at det kan være en god tanke med "pasientansvarlig team", men ---" at det er litt snålt hvilken skjebne denne bestemmelsen har fått". ... "Det vi utenfor sykehuset har behov er et ansvarlig kontaktpunkt og en som kan gi riktig svar." ... "Det er behov for tydelig kontaktpunkt" --

Sykehusdirektøren sier

at dette går an å praktisere i de områdene hvor det er lengre forløp

Han forteller at de ikke har fått det til (i dette sykehuset)

---" Det er plundrete; - så mange forhold som går i hverandre"—

Det er 6-700 pasienter som er innom pr dag. Den gjennomsnittlige liggetid er under 4 døgn, og de fleste drar hjem samme dag.

I tillegg fører tjenesteplaner osv til at dette er praktisk grusomt tungvint for volumpasientene, og kanskje " i strid med sykehusets egenart".

Dette har ikke vært prioritert, og han sier at det kanskje ligger i kulturen her at "det blir bare et ork".

Fylkeslegens kommentar

om forskrift om pasientansvarlig lege; han referer til at han er kjent med at dette har mange praktiske utfordringer; --" det spørs om ordningen er forenlig med dagens spesialiseringsstruktur?"---

Jeg vurderer respondentens informasjon om denne ordningen som et resultat av en noe ambivalent og noe unnvikende holdning; Det virker som det er enighet om at det er behov for et kontaktpunkt utad, og at pasienten trenger en lege å forholde seg til. Samtidig forstår jeg det slik at de som uttaler seg aksepterer at dette er vanskelig å få til pga den korte tiden pasienten er innlagt i sykehuset, og med bakgrunn i sykehusenes organisering.

Jeg hører også at ordningen er tatt i bruk med hell overfor "de mer langsomme pasientforløpene". Dette gjør at jeg vil forsøke meg med en kritisk røst og hevde at dette i stor grad dreier seg om legens holdning til pasienten; Er grunnholdningen at vi ønsker brukermidvirkning og forpliktene dialog med pasienten, vurderer jeg det som en naturlig konsekvens at en vedtatt ordning som pasientansvarlig lege skal prøves ut inntil man finner en annen organisering med samme formål som er bedre for alle parter. Det er mitt råd til ledelsen at en slik holdning legges til grunn.

Samordning internt i kommunene og mellom kommunene

Jeg har ikke i studien lagt vekt på kvantitet, men antar at målt i mengde så er helsevirksomheten i kommunene mht antall brukere mange ganger større enn spesialisthelsetjenesten.

Litt enkelt sagt vil det da være slik at hvordan kommunen organiserer sine forebyggende tiltak, sine kurative tiltak, og hvordan samordning og samhandling med andre helse- og sosialtjenester er fundert, får store konsekvenser for et stort antall borgere.

Kommunene er styrt av gjeldende lover og forskrifter og velger selv sin organisering. Min studie gir ikke svar på spørsmål knyttet til hensiktsmessig organisering i enkeltkommuner.

Internt i kommunene

Fastlegene er organisert som kontraktører i de fleste kommuner, utgangspunktet er den nasjonale avtalen mellom Kommunens Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske legeförening.

Avdelingsdirektøren i Helse- og omsorgsdepartementet sier at

-- Kommunene kan avtale "hva som helst" med legene"--- , - og at dette selyfølgelig forutsetter enighet. .. Han sier at det ble overlatt til kommunalt nivå, - og at det jo alltid har ligget som forutsetning at det medisinske skjønn skal ligge hos den enkelte lege.

Kommunelegen forteller hvordan han forstår

kommunens medisinske tjeneste med brutt linje mot legene: den kliniske allmennlegetjenesten er pasientrettet, individual- og vitenskapelig rettet; men ofte preget av kortsiktighet bortsett fra medikaliseringen.

--" Allmennlegen er viktig ut fra sin funksjon som diagnostiserer, er portvakt og som har en definisjonsmakt overfor en del av de andre tjenestene i kommunen "--

-- " Langsiktig perspektiv for medisinerer. – men kortsiktig og teknisk mht helheten... uten at det er en sammenhengende plan "--

Han sier at dette forsterkes av måten allmennlegene organiserer sin tjeneste på; - korte individualtimer, - liten deltakelse i samordnede tiltak, – og en ting av gangen.

Kommunelegen poengterer at helse- og sosialsjefen har styringslinje til alle de øvrige helse – og sosialmedarbeiderne i kommunen, og at disse også i sin utdanning har stor grad av helhetstenking og prosess som utgangspunkt for sitt faglige virke.

Flere av respondentene peker på muligheten som ligger i at kommunen kan legge inn klarere forventninger til fastlegene gjennom avtalen.

Leder av allmennlegeforeningen og fastlegen er begge klare på at fastlegen som selvstendig næringsdrivende må ivareta forretningsmessige prinsipper i driften.

Jeg forstår det slik at det for noen formål kan være kryssende interesser mellom fastlegens behov for sunn næring og kommunens ønske spesielle tjenester.

Samtidig kan jeg ikke unnlate også på dette punktet å reise en kritisk røst knyttet til muligheten kommunen har til å benytte avtaleinstituttet. Rådmannen, helse- og sosialsjefen og kommunelegen har ansvar for tjenesteutformingen ut fra lov og forskrifter, og er bundet av føringene nasjonale myndigheter gir.

Fagutviklingen skal styres, standarder og prosedyrer skal forankres, samhandling skal oppnås, og resultater skal kunne avleses på individnivå både hos helsepersonell og pasient. Med dette utgangspunktet anbefaler jeg at det både i arbeidet med den nasjonale avtalen og i arbeidet lokalt i større grad enn det jeg har sett i studien, startes drøftinger om hvordan avtalen også kan brukes til å oppnå mål det er enighet om.

Jeg drister meg også til å anbefale at avtalene også kan brukes til å initiere nye modellforsøk av den typen som vi ser rundt praksiskonsulentene.

Dette gjør jeg på tross av at rådmannen forteller om begrensninger i kommuneorganisasjonen;
--"Kanskje gir lovverket åpning for mer styring; men kommuneorganisasjonen har ikke ressurser til en slik snuoperasjon" ---

Ut fra det respondentene forteller, og særlig ut fra beskrivelsene seksjonssjefen i Kunnskapssenteret gir om sine modellforsøk, ser det ut til at samhandlingen mellom fastlegen og det kommunale tjenesteapparatet finner sin form lokalt. Rådmannen viser til en ny samarbeidsform mellom fastlegene og Nav

Dette har ført til en tettere kontakt mellom kommunens virksomhet og fastlegene: Gir en ny kontaktflate.

--"Lovene er viktig, men også holdingsendringer hos legestanden"---

Både fra det respondentene forteller, og ut fra egen erfaring i samarbeidsrelasjoner, mener jeg det er belegg for å si at ingen agerer ut fra vrang vilje. Derfor trekker jeg slutningen at når det allikevel oppstår motsetninger, har dette hovedsakelig sin årsak i manglende kunnskap om alternative tilnærminger.

Jeg anbefaler at det etableres system for å spre beskrivelser av gode modeller for felles oppgaveløsning innen den kommunale helsevirksomheten, slik at de tilflyter fagmiljøene, og videre finner sin plass i de respektive utdanningene.

Mellom kommunene

Helseforetakene samarbeider med fastleger og virksomheter i flere kommuner, og noen fastleger har listepasienter bosatt i flere kommuner. Enkelte kommuner er så små at det er naturlig å organisere helsevirksomhetene i samarbeid.

Samhandlingssjefen

er også opptatt av beslutningsprosessene;

Ønsker seg et slagferdig organ; -> en møteplass som kan ta opp de store sakene med store konsekvenser for økonomi og standardisering.

Fra det aktuelle fylket refererte hun til pågående prosesser som gjør at alle kommunestyrene behandler samme sak som forplikter alle på samme prinsipper for samhandling, og vedtar ordninger for utvikling av strukturer i tråd med de nasjonale føringene.

Flere respondenter kommenterer løsninger som kan føre til "helhetlige pasientforløp", og særlig legger sykehusdirektøren vekt på

det som kan kalles "hjem – til hjem- forløp":

--" Mye av konsentrasjonen i våre miljøer har vært mot beskrivelser på et avgrenset område for det arbeidet som gjøres innenfor egen avdeling. Nå skal vi utvikle et større perspektiv sammen med primærhelsetjenesten og brukerne. "--

Flere av respondentene henviser til gode erfaringer med praksiskonsulentordningen som gir konkrete prosedyrer og gode samhandlingserfaringer som kan brukes av alle.

Min vurdering er at det er mulig å få til forpliktende samarbeid mellom kommune på en slik måte at det er reelle alternativer for å skape prosedyrer for pasientforløp fra hjemmet og tilbake til hjemmet.

Når jeg kobler på mitt gamle sosialarbeiderinstinkt, vil jeg også hevde at dette også på sikt i stor grad kan involvere den enkelte pasient sitt nettverk og det Fløystad kaller "individets sammenhenger" med bruk av de nettverksstrategiene Live Fyrand m. fl har beskrevet.

En helt annen tilnærming

Under denne overskriften har jeg tatt inn kortvarianten av historien til en fornøyd pasient som er kunde hos Vertikal Helseassistanse, som igjen er samarbeidspartner med et britisk forsikringsselskap. Opplevelsen til pasienten er at han får rask og godt koordinert hjelp. Dette er, slik jeg forstår det, et resultat av arbeidet en helsefaglig koordinator i selskapet gir ham fordi hans arbeidsgiver betaler en fast sum til selskapet.

Det er i seg selv et funn at det på denne måten er mulig å koordinere de tilgjengelige tjenestene rundt en pasient, og jeg forstår det slik at dette godt kunne vært oppfølging av en pasient som i et gitt tilfelle får kronisk sykdom med behov for langvarig og sammensatt behandling.

Ingen av respondentene har pekt på noe alternativ til at en av de behandlerne som er involvert i oppfølgingen av pasienten skal være koordinator ut fra bestemmelsene i forskriften om Individuell plan.

En mulig slutning av "en helt annen tilnærming" kan være at det blir opprettet funksjoner i helsevirksomhetene som spesialiserer seg på koordinering av tjenester. Jeg vurderer dette som en god løsning både for primærhelsetjenesten og for spesialisthelsetjenesten. En slik løsning vil måtte bygge inn i seg riktig myndighetsfordeling, slik at linjelederen og koordinatoren er klar på det rådmannen sier når han

minner om det prinsipielle psykologiske fenomenet; gir du en koordinator myndighet, vil den som ikke har myndighet føle redusert ansvar.

4.4.2 Kommentarer til prosesser og ledelse

Mitt andre hovedfunn ovenfor gjelder **kommunikasjon og informasjon**.

Ingen av respondentene har pekt på andre løsninger enn ordningen "henvisning og epikrise". Flere har fortalt om forbedringsmuligheter på dette området; om bruk av elektroniske medier, bruk av tidsfrister og gode prosedyrer og standarder for informasjonsinnhenting og innfylling i gjenkjennelige formularer for henvisning, og det samme for epikrise.

Samhandlingssjefen ved sykehuset sier

”Kommunikasjonen er kritisk; -virkemidlene er henvisning inn og epikrise ut.” ...

”I utgangspunktet er det slik at henvisningen skal reflektere det fastlegen og pasienten er enig om.”

Ut fra det jeg har fått presentert, har jeg i denne omgang ingen andre forslag til formelle løsninger enn det utprøvede systemet som er basert på henvisning og epikrise mellom fag- og forvaltningsnivåer.

Men med utgangspunkt i tankene om myndiggjøring og pasientombudets sammenligning med andre samfunnsområder, mener jeg det vil være riktig å iverksette studier av effekten av at pasienten blir involvert også i den formelle prosessen, f. eks som kopimottaker gjennom minhelse.no eller via andre kanaler.

Den andre siden jeg vil ta opp vedrørende kommunikasjon og informasjonstilgang er den konsekvensen Galbrait behandler når han tar opp spørsmålet om behovet for informasjon og at den informasjonen du mangler i organisasjonen generer usikkerhet. Han peker på 2 alternative eller utfyllende tilnærminger, enten at du reduserer behovet for informasjon som skal til for å løse oppgaven, eller vurderer hva som kan gjøres for å kunne bearbeide og håndtere mer informasjon.

Vi står, slik jeg forstår det, overfor konkrete ledelsesutfordringer med dette utgangspunktet, og jeg antar at spørsmål om tilstrekkelig informasjon i sin konsekvens også påvirker forsvarlighetsspørsmål i pasientbehandlingen.

Respondentene peker på planlagte forbedringer ved bruk av felles ikt-systemer slik at oversendelser er mulige, bruk av online -systemer, frister for oversendelser og prosedyrer for informasjonsutveksling som er forankret i fagorganisasjonen og i forvaltningsnivåene.

Slik jeg forstår intensjonene i disse forbedringene, vurderer jeg det som viktige skritt i retning av at aktørene skal ha felles bilde av fakta og alternativer, men kanskje ikke som tilstrekkelig ut fra Galbrait sin utfordring.

Jeg har begrenset tro på ”mer rapportering” som beslutningsstøtte, men vil i denne sammenhengen anbefale at det utvikles og utprøves systemer for rapportering av kvalitetsparametere og parametere for faktisk brukermedvirkning og samhandling. Dette er i tråd med Galbraits tanke om å gi informasjon fra der det skjer til beslutningsnivået.

En annen anbefaling fra Galbrait vil jeg også ta fram. Han sier at organisasjonen blir i stand til å håndtere mer informasjon når flere medarbeidere får anledning til å bevege seg mer på tvers i organisasjonen.

Jeg vurderer det slik at praksiskonsulentordningen har en slik funksjon mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. For pasienten som har behov for flere spesialiteter vurderer jeg det som nyttig om det blir tatt i bruk samme type teknikker mellom klinikker og seksjoner i sykehusene, og mellom de helserelevante virksomhetene i kommunen.

Brukermedvirkning er en uttalt føring, og samhandlingsreformen ber om en klarere brukerrolle.

Pasient- og brukerombudet forteller

at hun ikke har fått saker der pasienter forteller at de ikke har fått medvirke slik de har rett til jfr. pasientrettighetsloven §3-1, men de forteller at det skjer ting over hodet og bak ryggen på dem; - "jeg er ikke orientert og ikke forespurt, - og vet ikke hva som har skjedd eller kommer til å skje". ... --"da er det brudd på pasienters rett til medvirkning"--

Toffler har omtalt "the prosumer", og vi ser kanskje et eksempel på dette når pasienten selv måler sitt blodsukker og setter riktig dose insulin og på den måten bidrar til et godt liv med diabetes. Et annet eksempel kan være trening i mestingsstrategier gjennom kurs hvor helsepersonell og mennesker med kronisk sykdom lærer sammen. Jeg vurderer dette som en god utvikling av ansvarsfordeling mellom bruker og tjenesteapparat; "det jeg kan bidra med selv på en god og riktig måte, skal jeg gjøre!"

"Den myndige brukeren" kommer ikke av seg selv, slik jeg vurderer det. Dette er min egen erfaring, og jeg støtter meg til seksjonslederen i Kunnskapscenteret når han referer til erfaringene fra en helsevirksomhet i Alaska

De har snudd rollene – brukerne var tidligere svært stigmatisert i "det gamle helsevesenet";

Grunntanke: Alle forbedringer som skal gjøres i helsevesenet skal involvere brukere.

-> Alle grener av helsevesenet skal ha minst 10 forskjellige virkemidler for brukermedvirkninger.

Jeg vil anbefale at det føres inn som kvalitetskrav at det skal være 2-5 helt konkrete virkemidler for brukermedvirkning i seksjonens verktøykasse og det samme for fastlegen.

New public management overførte kundebegrepet også til den offentlige virksomheten. I arbeidet med oppgaven møtte jeg også begrepet "ordreserven" om ventelistene. Det har ført meg til tanken om hva "forbrukermakt" kan være i forholdet mellom den kronisk syke og helsetjenesten. Ingun Stang sier i sin bok at det må et paradigmeskifte til for å oppnå reell brukermedvirkning, og slik jeg forstår henne, legger hun også delansvar på helsepersonellet til "å bemyndige" pasienten. I den sammenhengen vil jeg anbefale at det for alle pasienter som har langvarig og sammensatt tjeneste fra helsevesenet blir gjort forsøk som kan føre til en varig "tilbakemeldingskultur". Dette kunne skje gjennom individuell henvendelse eller invitasjon til deltakelse i såkalte "forbedringsgrupper".

Kompetanse og kompetanseoverføring

Etter min mening er helsevesenet i sin grunnstruktur bygget på personalets kompetanse i sammenheng med den tillit brukerne til enhver tid har til denne kompetansen.

Respondentene har omtalt kompetanse og kompetanseoverføring:

Rådmannen

---"Det etiske spørsmålet som leder har; Har vi funnet den riktige balansen i det vi har som system for kontroll og utvikling, -og det som skal til for å yte tjenesten?"---

Sykehusdirektøren

Kompetanse og kultur; leger og sykepleier, sosialarbeidere og hjelpepleiere – der det er god kultur er det en orientering mot god faglig utvikling.

--"Det å bygge opp strukturer kan ikke alltid ivareta det samme; Det faglige utvikler seg organisk, ... man kan ikke vedta en god kultur" --

Sykehusdirektøren spør i en annen sammenheng

--"Er kompetanse pest og plage – eller er det ressurs?" ----

--"det er mye sterk vilje, sterk kompetanse, sterkt engasjement..."---

Han fremhever igjen at forpliktelsen skal være etter de overordnede nasjonale føringene.

Jeg synes respondentene her tar opp sammenhengene mellom struktur, kompetanse, kultur og energi på en måte som tar fram de dilemmaene lederne fronter i kompetansebaserte organisasjoner. For meg fremheves da kulturstyringen framfor linjestyringen som hovedtrekk.

Flere av respondentene berørte den kompetanseoverføringsformen som benevnes "mester og svenn".

Seksjonslederen i Kunnskapssenteret svarer at han tenker at det er mest tradisjonsstyrt;

" -- "Mester – svenn – relasjoner" --

Mange har sterke idealer om hvordan de best kan støtte og hjelpe sin pasient."

Sykehusdirektøren sier at

utviklingen de seinere årene nok for noen er en trussel mot den tradisjonelle mester - svenn – tenkingen. Han forteller et eksempel:

Det er en enorm pågang på lab – rekvisisjoner; de yngre legene sender prøver i saker hvor erfarne overleger bruker sitt kliniske skjønn. Assistentlegenes største kritikk mot arbeidslivsordning er knyttet til mangel på tilgang mot overlegene.

- "i mange sammenhenger ville mester -svenn vært ønskelig" --

Denne formen for læring skjer i møtet mellom den erfarne og den mindre erfarne yrkesutøveren.

Lovverket peker også på sammenhengen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved å gi spesialistene veiledningsplikt overfor allmennlegene:

Lederen av allmennlegeforeningen

kommenterer kompetanseutvikling, - og sier at det er gamle oppfatninger om et kompetansehierarki med en merkompetent spesialisthelsetjeneste og en mindrekompetent allmennlegetjeneste;

--"Dette kommer mest tydelig fram ved at spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt veiledningsplikt;

- allmennlegetjenesten er ikke pålagt det samme." --

Han sier: --- " det å få lovfestet en gjensidig veiledningsplikt må være fornuftig" -- Det vil i så fall forplikte fastlegen i dialogen med spesialistene.

Her vil jeg være forsiktig med min kommentar, idet dette, slik jeg ser, det tar opp et ”bredde – dybde” -perspektiv som går utenfor det denne oppgaven har mulighet til å forfølge.

Min generelle holdning er at bredde og dybdetilnæringer alltid må lete etter gode måter å utfylle hverandre på. Med støtte i kommunikasjonsteorien vil jeg hevde at den kongruente kommunikasjonen har sin basis i likeverdighet og når du er nysgjerrig på samtalepartnerens bidrag.

Avslutningsvis under vil jeg igjen ta opp at kompetanse alltid står i sin sammenheng, både på individnivå og i den større sammenheng. Mens jeg henviser til Demings sirkel for kvalitetsarbeid lar jeg sykehusdirektøren få siste ord når han peker på overgangen fra den enkeltes kompetanse til den store sammenheng;

--”Organisasjonslæringen har det ikke vært system for. Det har vært lite fokus på organisasjonskonsekvensene”--

--”Nå henger ledelsestnkningen og kvalitetsstyringen sammen i større grad enn før.”-- Det er også kompetente folk som arbeider med risikostyring og sårbarhetsanalyser slik at det blir systembygging.

Ledelse er et kjerneområde!

I forskningsspørsmålet spør jeg ” **Hvordan organiseres og ledes behandling og oppfølging...**?” Da jeg startet dette arbeidet var jeg nok mest opptatt av selve organiseringsspørsmålet, men opplever at jeg nå har kommet til en kjerne når jeg siterer fylkeslegen

--”Ledelse er kjerneområde”--

Jeg forstår det nå slik at lederrollen er helt avgjørende både for drift og utvikling. I intervju spurte jeg samhandlingssjefen hvilke krav hun mener bør stilles til lederne. Svaret var *de må kunne se ting i sammenheng --- ” Jeg er del av større sammenheng.”*

Jeg har ikke utfordret andre respondenter om dette direkte, men de har på forskjellige måter kommentert ledelse:

Kommunelegen sier

”Faglig utvikling er undervurdert som styringssignal, og formell styring er overvurdert. Det foregår hele tiden en faglig geriljavirksomhet som underminerer den formelle styringa og som endrer retningen på hva det formelle endelig ender opp med. Det må vi se mye mer, - og ta hånd om, - og dyrke mye mer.”--

Rådmannen sier

at store organisasjoner må stykkes opp – med en gang du stykker opp og det er oppgaver som er beslektet kommer behovet for koordinering – og både familien og lovgiver tenker at ”kommunen er kommunen. ”

Han påpeker at hver enhet må ha sine mål og oppgaver;

- - ”du kan organisasjonsmessig tenke at effekten av at du stykker opp og at disse ulempene kan reduseres, - men det koster for mye å fjerne det” --

*Ingen ønsker å bruke penger på å koordinere i alle ledd; margineffekten for brukeren blir også for liten.
Han minner om det prinsipielle psykologiske fenomenet; gir du en koordinator myndighet, vil den som ikke har myndighet føle redusert ansvar. ...
--"Hovedsakelig virker styringen gjennom kultur."---*

Lederen i allmennlegeforeningen om myndighetsforhold;

Han mener at situasjonen er vanskelig; - for pasienten har rettskrav på hjelp, - men hva er nødvendig helsehjelp? De vurderinger som gjøres av fellesskapet i et møte avspeiler dagen, men det skal også gjøres faglige vurderinger løpende.

*Det kan ikke gjøres en demokratisk beslutning vedrørende innsats fra hjemmetjenesten eller legens medikamentvalg i et ansvarsgruppemøte.
---- "det må være sånn at deltakerne har nok myndighet i egen etat" ---*

Etter hans vurdering er ikke myndighetsforholdene tydelige nok.

Sykehusdirektøren snakker generelt om ledelse.

*Han sier at store organisasjoner som sykehus med så mye høy kompetanse; det er organisasjoner som ledes nedenfra.
--" Det er det motsatte av direktørens mandat, som skal lede ovenfra"--
Legitimiteten for direktøren og andre ledere i systemet den handler om dialogen og kommunikasjonen med de tunge fagmiljøene.
--"og ikke minst om respekten for kompetansen og de rollene man over hundrevis av år har etablert i dette systemet"--
--"Sykehus. litt generelt sagt, er fremdeles av noen betraktet som en fysisk overbygning for legenes privatpraksis."--
--"Nå skal lederen bevege seg i "grensesnittet mellom menneskene"; lede prosessene og menneskene i prosessene. Det vil også si å lede faglig utvikling av det vi vil med virksomheten."--*

Fylkeslegen

*legge så mye vekt på at det er ledelse dette gjelder.
--"Ledelse er kjerneområde"--
--"Kommunene må ha muligheten til å styre det de har ansvaret for"--*

Samhandlingssjefen

Hun mener at kommunelegene må stille krav til, og sette grenser for fastlegene.

Sykehusdirektøren

forteller at helsetilsynet i vår påpekte at det skal være samme fokus i styringen på kvalitet som på økonomi.

I gjennomgangen av aktuell teori berørte jeg lederens legitimitet og behovet for å være seg bevisst hvilket rasjonale som legges til grunn for beslutninger. Utsagnene som er gjengitt ovenfor viser etter min mening noe av den kompleksiteten som fastlegene og de utøvende helselederne forholder seg til i det daglige. Derfor vil jeg først i denne sammenhengen uttrykke min respekt for den rollen som er beskrevet og for den måten mange fyller de oppgavene som lederrollen gir!

Dernest vil jeg anbefale at det arbeides systematisk med både fastlegens og helselederens mandat, og med organisasjonens myndighetsmatrise, slik at det blir tydelig hvem som har ansvar for hvilke prosesser og som med et slikt utgangspunkt fatter den riktige beslutningen på rett tidspunkt.

Avslutningsvis vil jeg peke på at flere av respondentene har berørt sammenhengene mellom faglige intensjoner og de reelle intensivene;

Sykehusdirektøren sier

--"Det skulle ikke være slik at det som ikke er prioritert – lønner seg"--

Her vil jeg med henvisning til det jeg har sagt ovenfor om mandat for lederen peke på at det på alle måter må tilstrebes at det må være sammenheng mellom det politiske, faglige og administrative rasjonale når mandatet gis til lederen. Min smertelige erfaring er at når dette ikke er tilfelle, er det stor mulighet for at lederens legitimitet undergraves.

Om praksiskonsulentordningen

I min siste kommentar i denne gjennomgangen vil jeg ta fram et virkemiddel som etter min vurdering framstår som riktig og forbilledlig.

Mange av respondentene kommenterer positivt ordningen praksiskonsulent. Jeg har tidligere brukt dette som et eksempel på en funksjon som på tvers av organisasjonene kan virke positivt med tanke på informasjonstilgang.

Samtidig vurderer jeg denne ordningen og de erfaringene som blir referert som forbilledlig med tanke på likeverdighet og faglig utvikling, samtidig som erfaringer blir systematisert både lokalt og i det nasjonale nettverket.

Det er i den sammenheng hyggelig å kunne henvise til Vanja Risangers masteravhandling i endringsledelse i 2008 hvor hun evaluerer ordningen ved 3 helseforetak. Hennes konklusjon er bl.a. at det gis positiv evaluering med hensyn til økt samhandling.

<http://praksis.sir.no/Dok/Mind%20the%20Gap.pdf> 01.10.10

4.5 Vurdering med utgangspunkt i oppgavens bispørsmål

Som bispørsmål i oppgaven har jeg vært opptatt av

Hva er bakgrunnen for samhandlingen, - hvordan kan den generelt beskrives, - og finnes det modeller for samhandlingen som kan anbefales?

Etter å ha hørt respondentene er jeg ikke i tvil om at her er det mange gode krefter som handler med ett stort felles mål for øyet; Gode helsetjenester for hver enkelt pasient.

Dette anser jeg dyppest sett som bakgrunnen for samhandlingen.

Dette mener jeg har sitt utgangspunkt i politisk vilje til å ta ansvar for oppfølging av mennesker med kronisk sykdom, slik at det over tid er etablert et ressurssterkt helsevesen for å gjøre dette. Helsevesenet og forvaltningen er bemannet med medarbeidere som kollegialt og med engasjement bruker sin kompetanse for å løse oppgavene.

Slik jeg ser det, er det allikevel et stort bakenforliggende spørsmål som jeg vil behandle med denne overskriften:

Om forståelse av, - og tilnærming til oppgavene.

Med utgangspunkt i respondentenes framstilling har jeg stilt meg spørsmålet om vi kan betrakte helsevesenet som en organisasjon, eller om vi bør se på helsevirksomhetene som en måte å organisere mange forskjellige tjenester på.

Slik jeg vurderer informasjonen fra respondentene, er det mye som tyder på at vi har med mange organisasjoner å gjøre, og at disse organisasjonene av flere årsaker holder på sin egenart. Slik jeg ser det, påvirker dette måten de samhandler på, og hvordan de tar imot informasjon og styringssignaler fra andre.

I den sammenhengen refererer jeg kommuneoverlegens betraktning av legeutdanningen ifht de øvrige profesjonene:

Han kommenterer legeutdanningen; - en tyskorientert utdanning med fokus på individ, organ og diagnose; - en sterk tradisjon, mens de 3 - årige helse- og sosialutdannelsene arbeidet med helhet tidlig. Han presiserer at legene har en helt annen bakgrunn enn de andre helsearbeiderne.

--"Legene har ikke gjennom sin utdanning kompetanse til endringsarbeid."--

Fastlegen gir sin betraktning av de spesialiserte tjenestene;

Han ser det som viktig å tenke helhetlig; - og sier at det er viktig å kjenne pasientens bakgrunn. ...I dagens medisin ser han det også som viktig å tenke helhetlig når det andre steder er så høy grad av spesialisering; ----" de behandler mer og mer bare ett organ i kroppen, - og sender det tilbake til fastlegen for å gjøre videre vurdering"--.

Han sier at han opplever veldig at spesialisthelsetjenestene behandler stykkevis og delt; - han følger derfor veldig med i oversendelse av epikriser; ---"de gjør bare det som blir bestilt."--

Rådmannen forteller om bildet som alle har i kommunehelsetjenesten:

--"Spesialisttjenesten er et stort tog som ikke kan stoppes med handamakt; - tungt å endre – og de har sine egne driftsproblemer; - mye av fokuset internt er knyttet til egne strukturelle problemer: - da blir det lite energi til utforming av helheten."---

Sykehusdirektøren

--"det er ikke tvil om at hver eneste helsearbeider vil si at innenfor prioriteringsforskriften er det jeg arbeider med det viktigste.

--"så langt er prioriteringen i vårt helsevesen at vi prøver å gape over alt fremfor å ta noe ut"--

Kommunelegen

--"Psykiatriopptrappingsplanen har ikke styrket samarbeidet med legene; de har fortsatt konsultasjonsmodellen i bunnen; - ikke innrettet på boliger, - nettverk osv; - en fremmed helhet."--

Jeg vurderer dette knippet med uttalelser fra respondentene i retning av at vi både internt i tjenestene og mellom tjenestene har utfordringer knyttet til forståelse av andre og til forståelse av egen rolle og oppgave.

Jeg har tidligere nevnt profesjoner og rom for revir - tenking, og velger å ikke gå videre inn på dette her.

Pasient- og brukerombudet etterlyser

tilsynsmyndighetens engasjement i totalopplevelsen, og spør

--"Skal vi være fornøyd når loven er overholdt " - jfr lovteksten "forsvarlig og omsorgsfullt" i helsepersonellovens § 4? Eller kan man forvente noe mer – for eksempel hva som ansees som god praksis?"--

Lederen i allmennlegeforeningen ba i intervjuet om å få utdype et forhold:

--- "Til grunn for samhandlingen må ligge en enighet om oppgave- og ansvarsfordeling. – og som finansieringsordningene støtter, og som det foreligger kapasitet og ressurser for å møte." --

--- "Ellers flyter oppgavene dit det er kapasitet" ---

Han påpeker at veldig mye av samhandlingen er preget av det.

Rådmannen sier at

tiltakene både i 1. linjen og i 2. linjen blir stadig mer omfattende, - dette fører til større samordningsbehov. --"Flere som må snakke sammen hvor mye er det egentlig mulig å samordne?"-----

Jeg tolker disse 3 siste utsagnene som uttrykk for en reell utfordring for helsepersonellet, og særlig for lederne.

Ja, det er stort, mange er involvert, og oppgavene er komplekse, - og det er riktig at det må skapes enighet om strukturen, ellers flyter oppgavene dit det er kapasitet, slik garbage cantilnærmingen viser.

Fastlegens arbeidsform

Et forhold som jeg vurderer som grunnleggende som bakgrunn for samhandlingen, er måten allmennlegenes praksis er organisert på.

Kommunelegen kommenterer det han kaller "den korte intervensjonen" og

sier at dette forsterkes av måten allmennlegene organiserer sin tjeneste på; - korte individuelltimer, - liten deltakelse i samordnede tiltak, – og en ting av gangen.

Alle respondentene har fremhevet fastlegens posisjon og funksjon, og kommunelegen har altså på et vis problematiserer organiseringen av tjenesten. Jeg har ikke tidligere reflektert over dette, ut over ergrelsen som ligger i unødvendig venting på å kunne få time, og at jeg må huske på å bestille dobbelttime når jeg trenger det.

Seksjonssjefen i Kunnskapssenteret tok fram i intervjuet at en koordinator hadde flyttet et møte angående individuell plan for en pasient til legens kontor i en "bestilt time" for å arrangere fastlegens deltakelse.

Det kan være at det jeg forstår av kommunelegens framstilling som fastlegens "bit-for-bit og time-for-time" - organisering av møtene med pasienter legger et tungt premiss for samhandlingen i helsevesenet generelt.

Makt og avhengighet

En annen tilnærming til bakgrunnen for samhandlingen er den klassiske sammenhengen mellom makt og avhengighet. Jeg vil først hevde at dette i stor grad påvirker sammenhengen mellom brukeren og legen, og mellom brukeren og annet personell. Dette er slik jeg ser det, grunnideen i boka Stang har skrevet om makt og bemyndigelse.

Et annet uttrykk for dette kan speiles med bakgrunn i en vurdering av tilgjengelig kompetanse og fagressurser. Ordet spesialkompetanse beskriver for meg at den er spesiell også i den forstand at det ikke er så mange som har den. Vi er avhengige av å ha den, - og den må være tilgjengelig. Det er personer som bærer denne kompetansen og som fyller fagfunksjonene. Dette kan i sin tur føre til at både stillingen og personen får makt i organisasjonen.

Nå er det ikke slik for meg at makt er et negativt ladet begrep. Jeg vurderer allikevel at den typen makt som ligger i sammenhengen med avhengighet på individnivå skal man forholde seg til med høy etisk standard!

Engasjement, entusiasme og energi

Jeg vil også ta opp det jeg vil kalle "den personlige faktor" som en bakgrunn for samhandlingen.

For meg handler det om den entusiasme som enkelte medarbeider eller clusters av kollegaer legger for dagen både for den enkelte pasient, i samarbeidet med kollegiet, eller for utvikling av en ny forståelse eller metode.

Flere av respondentene snakker om fagutviklingen, og kommunelegen uttrykker dette med sterke ord;

derfor er ofte den faglige utviklingen " i skjul" – og bringes fram på et passende tidspunkt. – "det skjer uavhengig av ledelsesstrukturen"

--"Utviklingen skjer ofte "på tross av". "--

--- "Faglig utvikling er undervurdert som styringssignal, og formell styring er overvurdert. Det foregår hele tiden en faglig geriljavirksomhet som underminerer den formelle styringa og som endrer retningen på hva det formelle endelig ender opp med. Det må vi se mye mer, - og ta hånd om, - og dyrke mye mer."--

Han peker på 2 forhold som også kan være utfyllende med tanke på entusiasme og energi; den langsomme og gode fagutviklingen, - og et faglig engasjement som pågår ”på tross av ledelsen”, eller litt på ”kanten av den rådende tilnærmingen”.

Jeg har selv erfaring for at det å stå i en kampsak gir spesiell energi, men jeg vil også i denne sammenhengen peke på den kraft og synergi som oppstår når flere samtidig opplever å være ”i flytsonen” i det kollegiale arbeidet.

Til slutt vil jeg nevne ”ildsjelen”; - den kollegaen som har energi og pågangsmot og humør som smitter i kollegiet.

Jeg vurderer det slik at energi og entusiasme i mange sammenhenger kan ligge som bakgrunn for samhandling. Dette kan selvfølgelig skape situasjoner hvor energi ikke likt fordelt, men det velger jeg ikke å følge opp videre her.

Utvikling av kompetanse og innføring av nye metoder og samhandlingsformer.

I intervjuet viser fylkeslegen til at det tar 17 år før kunnskap implementeres i helsevesenet.. Fixsen sier at det tar 2-4 år å gjennomføre et implikasjonsarbeid.

Kan det være sånn at ”vi er nok mer konservative enn vi liker å tenke”, og tenker at ”det jeg lært, kan jeg”. Flere av respondentene har vist til ”mester - svenn” som læringsform. Det tar noen år før du blir mester, og det betyr vel at det ikke er å lett å komme som nyutdannet med nye tilnærminger før du har vist hva du kan?

Hvis det er slik, tror jeg at dette kan bidra til å opprettholde tradisjonelle tilnærminger, arbeidsformer og maktmønstre. Slike konstellasjoner kan også, slik jeg ser det, være en del av bakgrunnen for samhandlingen.

Dette fører meg også inn i en annen side av det jeg vil kalle **samhandlingskulturen**;

Hva er lønnsom atferd over tid i dette arbeidsfellesskapet? Min erfaring at det på godt og vondt er at både den enkelte medarbeider og uformelle og formelle ledere ganske lett fornemmer hva som belønnes og hva som sanksjoneres i kollegiet, og kanskje det også er formelle forhold som understøtter dette. Dette er et stort tema, og i første rekke en utfordring for lederen, men jeg vurderer det slik at det også kan være en faktor som påvirker bakgrunnen for samhandlingen.

Jeg har tatt opp ”**tid**” **som en faktor** i seg selv for mennesker med kronisk sykdom. Slik jeg ser det, bygges tillit over tid, og i så måte tenker jeg at nettopp kontakt og samhandling over tid mellom kollegaer og med brukere vil være en del av bakgrunnen for kulturen og utvikling av de forventninger vi har til hverandre.

Min undertittel for oppgaven er ”Salus egroti suprema lex”, ”pasientens velferd, min høyeste lov”. Jeg vil avslutningsvis hevde at den enkelte **medarbeiders menneskesyn** sammen med synet på egen kompetanse og rolle er med på å legge premisser for den enkeltes deltakelse i samhandlingen i kollegiet og rundt pasienten med behov for langvarig og sammensatte tjenester.

Mitt bispørsmål i oppgaven har vært knyttet til bakgrunnen for samhandlingen med ønske å kunne beskrive den og å peke på gode modeller.

Slik jeg forstår det som er presentert, er det også mye som fungerer i samhandlingen. Det er kanskje særlig for mennesker med kronisk sykdom som har individuell plan og har fått sin pasientansvarlige lege i sykehus, fordi det er så sterkt behov for samhandling nettopp for denne pasienten? Og kanskje også fordi kjennskap og tillit opparbeides parallelt med bruk av kompetanse som går både i bredden og i dybden, samtidig med at pasienten gradvis blir klar over sin situasjon og kjent med sine muligheter?

På bakgrunn den forståelsen jeg har fått, presenterer jeg nedenfor en modell for samhandling som en del av avslutningen av oppgaven.

5. Avslutning

5.1 Egne begrensninger - metodevalg

Jeg har i innledningen begrunnet mitt engasjement for temaet, og jeg har i metodekapitlet redegjort for min tilnærming.

Det er fortsatt min mening at det var riktig å velge informanter blant helseledere, og ikke blant brukere. Jeg har kommentert at jeg har ”forsket blant mine egne”, og at dette kan være en begrensning. Slik situasjonen min er, ville det samme kunne sies hvis jeg hadde intervjuet brukere og representanter for brukerorganisasjonene.

Jeg har intervjuet informantene på en måte som gjør at jeg i ettertid ser at jeg har fått referert få av ”de gode historiene”, - de som alle vet at er der! Jeg vil kommentere dette med å si at i jakten på forbedringer er det riktig at vi peker på utfordringene. Jeg vil på tross av det si at det nok er en begrensning i materialet. Det så jeg særlig når jeg så gjerne ville bruke respondentenes kommentarer og utsagn for å vise en modell.

En annen begrensning som jeg nå ser i materialet, er jeg ”har villet så mye”, i den betydning at jeg har gått inn i svært mange såkalte tangerende temaer til min problemstilling. Jeg ser at dette har ført til mange avsnitt og krevende resonnementer, men velger å legge det fram på denne måten.

Jeg mener å ha vist at det i mange tilfeller er søplekasse-modellen med noen grad av tilfeldighet og ”timing” som er avgjørende for hvilke løpende valg og beslutninger som gjøres i helsevesenet. Det er allikevel ikke slik at ”tilfældigheter rammer blindt”: Jeg har ikke fulgt opp vurderingene av klassetilhørighet og status hos pasientene, men spør om det kan være slik at de som fra før har lite, også i denne sammenhengen får mindre av koordinerte og sammensatte tjenester?

Til slutt vil jeg peke på en begrensning som nok har med mitt eget mot eller begrensning i min forestillingsverden å gjøre:

Fordi jeg er så vant til å tenke på forvaltningsnivåene med kommune og stat og privat og offentlig sektor, er det ikke før nå i oppgaven jeg drister meg til å peke på at det kan være et alternativ å legge hele helsevesenet til ett forvaltningsnivå med en tydelig styringslinje med ansvar for drift, utvikling og forvaltning av avtaler med alle aktører. Nå har jeg nevnt det, men finner det ikke riktig å følge dette opp med en drøfting her.

Jeg har forsket i et område som er kompleks, men jeg har også ”gjort det vanskelig for meg selv” som forsker ved at jeg har spurt så mange med forskjellige ståsted om å beskrive omstendighetene rundt pasienten med sammensatte behov, og som møter behandlingsapparatet over tid. Samtidig vurderer jeg det som en styrke. Jeg vil hevde at på den måten har jeg synliggjort kompleksiteten med utgangspunkt nettopp i mange forskjellige tilnærminger til den samme oppgaven; behandling og oppfølging av mennesker med behov for langvarlig og sammensatt behandling.

5.2 ”En modell”

Jeg har hatt som utgangspunkt for mine drøftinger av samhandlingen at alle involverte handler i god tro og med den beste vilje, både i øyeblikket og langsiktig ut fra de mandat som foreligger med de mål som er satt, og ut fra erkjente muligheter.

I en slik kompleks situasjon vil jeg gjerne bidra med en modell eller gi et godt bilde av organisering og samhandling med utgangspunkt i pasientens behov.

Jeg har i dette arbeidet skissert mange figurer med tidslinjer horisontalt og aktører vertikal, og med verdier og andre parametere plassert på egnede steder. Disse skissene er forkastet, og jeg legger fram en modell i form av et grafisk bilde.

5.2.1 Elementene i modellen

Pasienten er et menneske som ”bærer en bør” med muligheter, plager, diagnoser, sorg, tap, forvirring og erfaring fra et levd liv.

Tiden kommer og tiden går, - ”vi beveger oss langs tidsaksen”; Livsveien

Helsetjenesten organiserer sine virksomheter; - jeg vil at dette skal inn i en felles styrt virksomhet som er skapt for å møte mennesker med kronisk sykdom, og som har langvarige hjelpebehov. Jeg kaller den nye virksomheten for ”*Kronisk forbedring*”.

Kronisk forbedring har bare en inngangsdør som også fungerer som utgangsdør. Du går ut og inn etter behov.

Internt i *Kronisk forbedring* er alle kompetente for sin oppgave, og kollegiet er forpliktet på hverandre. Det er ingen vakanser i kollegiet.

Kronisk forbedring lager konkret avtale med brukeren, og forplikter på den måten hele organisasjonen.

Internt i *Kronisk forbedring* deles informasjonen hensiktsmessig etter godt funderte rutiner mellom deltakerne, og pasienten er kopimottaker og forespørres løpende.

Pasienten og pårørende opplever at de er deltakere i beslutninger, planlegging og aktivitet, og har en konkret tilgjengelig kontaktperson å ha drøftinger med. Brukermedvirkningen er reell.

Resultatet av samarbeidet mellom pasienten og *Kronisk forbedring* er at sykdom blir behandlet, og at ”det er ryddet i pasientens bør” slik at den er håndterlig i hverdagen. Pasienten opplever seg kompetent og mestrende.

Når nye utfordringer kommer som er utenfor det pasienten mestrer, er det en stående avtale om hvordan det forpliktende samarbeidet mellom pasienten og *Kronisk forbedring* skal videreføres.

I *Kronisk forbedring* er det alltid forpliktende dialog ført i et språk som alle forstår.

I *Kronisk forbedring* er tilbakemeldingskulturen systematisert slik at alle arbeider med egne forbedringer.

5.2.2 Modell for samhandling



Du får sømløs hjelp av et forpliktet tjenesteapparat.

Resultatet er at du kommer ut med en håndterlig bør og med ny kunnskap.

Jeg reklamerer gjerne for ordningen ”*Kronisk forbedring*”!

6. Litteraturliste og referanser

- Andersen, E.S., Grude, K.V., Haug, T. (2002) *Målrettet prosjektstyring*. NKI-forlaget
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*
København, Hans Reitzels forlag
- Brante Thomas (1987) artikkel *Sociologiska forestellningar om proffessioner*,
kompendium Aalborg Universitet 1997, Den sociale Kandidatuddannelse
- Bråten, I. (2002) *Vygotsky i pedagogikken*. Cappelen Akedemisk forlag.
- Christie. H.J. (2008) Foredrag om resiliense www.r-bup.no 05.09.10
- Eriksen, E. O. (1993) *Den offentlige dimensjon* Tano forlag
- Eriksen, E. O. (1999) *Kommunikativ ledelse* Fagbokforlaget
- Fixsens, D. Foiler fra foredrag for Atferdssenteret i Oslo 15.09.10.
Gjort tilgjengelig av en deltaker
- Fløistad, G. (1988) Utfordringer 1 artikkelen *Det ensomme masse menneske. Om menneskets behov for å leve i sammenhenger*” Institutt for idéhistorie. Universitetet i Oslo
- Freire, P. (1999) *De undertryktes pedagogikk* Ad Notam Forlag
- Fyrand, L. red. (1992) *Perspektiver på sosialt nettverk* Universitetsforlaget
- Galbraith, J. (1973) *Designing complexe organisasitons* Addison-Wesley Publishing Company
- Habermas, J. (1990) *Kommunikativt handlende* Göteborg. Bokforlaget Daidalos
- Halkier, B. (2008) *Fokusgrupper* Frederiksberg. Forlaget Samfundslitteratur
- Holter, H. og Kalleberg, R. (2007) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*
Universitetsforlagets Metodebibliotek
- Høgskolen i Hedmark (2008) Oppdragsrapport nr 5. *Evaluering av KS’ ulike ledelsesutviklingstilbud for kommunesektoren*
- Johnsen, H.C.G. (2005) *Fra forvaltning til dialog: strategi for å bedre tjenestekvalitet i offentlige virksomheter gjennom brukervedvikning og dialog*.
Kristiansand. Høyskoleforlaget
- Klemsgård, L. (2008) *Den intuitive organisasjonen* Gyldendal Norsk Forlag
- Kommunenes sentralforbund (2008) *Etikkhåndboka*
- Kvale, S. (2006) *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Norsk Forlag

- Lai, L. (2006) *Strategisk kompetansestyring* Fagbokforlaget
- Lindblom (1959) *The science of mudling through* Public Administration Review, 19, 79-88.
- Lundquist, L. (2009) *Demokratins vaktare* Lund. Studentlitteratur
- March, J.G. og Olsen, J.P. (1994) *Ambiguity and choice in organizations*
Oslo. Scandinavian University Press
- Nygren, P. (2004) *Handlingskompetanse. Om profesjonelle personer* Gyldendal Norsk Forlag
- Ramsdal, H. og Skorstad E.J. *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering* Fagbokforlaget
- Skau, G.M. (2005) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker.*
J. W. Cappelens forlag
- Skjervheim, H. (1996), Deltakar og tilskodar i *Deltakar og tilskodar og andre essays.*
Aschehoug forlag
- Stang, I. (2001) *Makt og bemyndigelse* Gyldendal norsk forlag
- Torjesen, D.O. (2007) *Foretak, management og medikrati* dr.polit-avhandling, Universitetet i Bergen
- Toffler, A *The third wave* Pan Books
- Cato Wadel (1991) *Feltarbeid i egen kultur* SEEK A/S
- Aadland, E. (1998) *Etikk for helse- og sosialarbeidere* Samlaget

Internett-oppslag

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fad/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-19-2008-2009-/6.html?id=552898> lesedato 01.10.10 "Forvaltningsmeldinga"

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/grunnstrukturen-i-helsetjenesten.html?id=227440> lesedato 01.10.10 Helse- og omsorgsdept. "Grunnstrukturen i helsetjenesten"

www.helsedialog.no lesedato 24.08.10. Samarbeidsprogrammets hjemmeside

www.minhelse.no, min henvisning til et verktøy for kommunikasjon.

(www.snl.no 110910) Resiliens

(www.snl.no 190910) etikk

(www.snl.no 030910) *khronos*, 'tid' kronisk

www.kunnskapssenteret.com lesedato 25.09.10
innhenting av figur <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2510/1/Hva-er-et-forskningsdesign/Hva-er-et-forskningsdesign.html>

<http://www.ressursklinikken.no/pasientrettigheter/pasientrettigheter.htm> lesedato 01.10.10
pasientrettigheter

www.pko.no lesedato 01.10.10 prioriteringsveileder, Nasjonal praksiskonsulentkonferanse juni 09
(www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Rettigheter-helsetjenester/#taushet)
lesedato 01.10.10

www.vha.no lesedato 17.09.10 Vertikal helseassistanse kundeavis:
<http://www.vha.no/publisher/publisher.asp?id=76&tekstid=463>

Vanja Risanger; Masteravhandling i endringsledelse, Universitetet i Stavanger 2008,
Evaluering av praksiskonsulentordningen: <http://praksis.sir.no/Dok/Mind%20the%20Gap.pdf>

Offentlige dokumenter, utredninger

Helse Sør RHF (2004) *Mestring, tilgjengelighet, forutsigbarhet. En tiltaksplan for mennesker med kroniske tilstander*

Sosial og helsedirektoratet (2005) Kunnskapsoversikt ”*Sosiale ulikheter i Norge*”

Sosial og helsedirektoratet (2009) *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse*” (Whitehead og Dahlgren)

Moderniseringsdept (2005) *Etiske retningslinjer for statstjenesten*

Lov- og regelverk

LOV 1980-08-01: Lov om utdanning og offentlig godkjenning av sykepleiere

LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

LOV-1967-02-10: Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven).

FOR 2004-12-23 nr 1837: Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal.

FOR 2000-12-01 nr 1218: Forskrift om pasientansvarleg lege m.m.

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene.

FOR 2000-04-14 nr 328: Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven).

FOR 2003-06-27 nr 792: Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

LOV 2001-06-15 nr 93: Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Stortingsproposisjoner

St.prp.nr. 1 (2009-2010) Statsbudsjettet

Stortingsmeldinger

St meld. nr. 23 (1996-97): Trygghet og ansvarlighet. Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen.

St. meld. nr. 34 (1996-1997 Resultater og erfaringer fra regjeringens handlingsplaner for funksjonshemmede og veien videre

St meld nr 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste

St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta

St.meld. nr. 28 (1999-00) Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene Omsorg 2000

St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer

St.meld. nr 19 (2008-2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap

St.meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid

NOU-er

NOU 2004: 18: Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester

NOU 2005: 3: Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste

NOU 2009: 22: Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge.

7. Vedlegg

Vedlegg 1) De 10 intervjuene, unntatt offentlighet

Vedlegget foreligger i eget hefte og er gitt sensorene.

Vedlegg 2) Politiske føringer og aktuelle lover og forskrifter.

Vedlegg 2)

Politiske føringer og aktuelle lover og forskrifter

Dette vedlegget er ment å gi en oversikt over politiske føringer som vedrører behandling og oppfølging av mennesker med behov for langvarig og sammensatt behandling.

I oppgaven har jeg også viet saksbehandlingen og forvaltningen oppmerksomhet, og i den sammenhengen tatt inn mye fra ”**Forvaltningsmeldinga**” St. meld. 19. (2008-2009), og henvist til forvaltningsloven, LOV-1967-02-10.

Dette vedlegget behandler helsepolitikken, med vekt på pasientens rettigheter, helsepersonellens plikter, oppfølging av pasienten som har behov for sammensatte og langvarige tjenester, og samordning av og samhandling i helsetjenesten.

Det var lenge varslet at forslagene til politisk behandling etter framlegget av ”**Samhandlingsreformen**, rett behandling – på rett sted – til rett tid ” St. meld. nr. 47 (2008-2009), skulle legges fram 1. oktober i år. Dette skjedde ikke, så stortingsmeldingen er ”siste nytt” enn så lenge.

Meldingen er skrevet med både pasientperspektiv og samfunnsperspektiv, og konkluderer med at mye fungerer bra i dag, men at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder framover.

Det beskrives 3 utfordringer:

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

Det beskrives forslag til 5 hovedgrep:

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

Andre strategiske tiltak er også behandlet; utvikling av Ikt-systemer, utvikling av forsknings- og utdanningspolitikken og personalpolitikken, og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

I desember 2009 kom NOU 22. 2009 fra et utvalg oppnevnt av Barne- og likestillingsdepartementet med tittel ”**Det du gjør, gjør det helt**. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge”. Utgangspunktet for utvalgsarbeidet var ønsket om ”en dør inn til tjenesteapparatet” for foreldre og for barn og unge. Dette gjelder barnevernet, helse- og omsorgstjenester, barnehager og skoler, justissektoren og øvrige tjenesteområder som NAV-kontorene, utekontakter, familievernkontorer, m.m. Det fremmes flere forslag, men med tanke på min oppgave trekker jeg fram forslag knyttet til samordning av tjenestene:

- Bestemmelse om individuell plan forankres i opplæringsloven og barnehageloven.
- Alle mottakere av individuell plan skal ha rett til å få oppnevnt en personlig koordinator.

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste* foreslo innføring av praksiskonsulentordningen, og jeg tar inn et klipp fra en masteravhandling om dette temaet

Praksiskonsulentordningen

For å øke kjennskap til, kunnskap om og samhandling mellom 1.- og 2. linjetjenesten i helsevesenet, ble PKO opprettet i 1999. Før det hadde den vært i drift som et prosjekt i ca ett år. Den norske modellen er inspirert av en lignende dansk modell og har fram til i dag fått sin utbredelse over hele landet. Stadig utvides ordningen til å gjelde flere HF, mens på noen få steder har ordningen blitt lagt om. Det har vært vanskelig å måle effekten av samhandling i kjølvannet av opprettelsen av PKO, men NOU 2005:3 peker på at man har gode erfaringer fra Danmark og Sverige med ordningen og at den bidrar til «[...] bedre samhandling både på system og individnivå» (2005:3:86).

Allmennlegeforeningen definerer PKO slik:

PKO er et nettverk av allmennpraktiserende leger som skal medvirke til å styrke samarbeidet mellom sykehusenes avdelinger, deres leger, andre ansatte, de allmennpraktiserende leger og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, til gagn for den enkelte pasient. I sin funksjon skal PKO medvirke til å sikre helheten og kvaliteten i pasientforløpet, et pasientforløp som involverer både første og andrelinjetjenesten [1].

Klipp fra Vanja Risangers masteroppgave <http://praksis.sir.no/Dok/Mind%20the%20Gap.pdf>
Praksiskonsulentordningen <http://www.pko.no/>

De følgende oppføringene er hentet fra 12-kommunesamarbeidet 12-K i Vestfold sin utredning "FRA DELT TIL HELT", hvor jeg har fått tilsendt bakgrunnsutredningen av lovgrunnlaget fra prosjektleder Jan Ove Nesse. Utredningen forelå sommeren 2009. Det er avtalt at jeg kan bruke klipp fra utredningen. Klippene er markert i ramme.

Politiske føringer og nasjonale strategier

RELEVANTE OFFENTLIGE STYRINGS-DOKUMENTER

Stortingsmeldinger

En gjennomgang av sentrale stortingsmeldinger i perioden 1996-2006 på helse- og sosialområdet for å se nærmere på hvordan samhandlingstematikken er belyst, viser at denne blir eksplisitt og tydelig fokusert i rehabiliteringsmeldingen (St.meld.nr. 21 (1998-99)). Den er også et sentralt område i omsorgsmeldingen (St.meld.nr. 25 (2005-2006)).

På begge områdene er kvaliteten på samhandlingen og samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og internt mellom sektorer/avdelinger avgjørende for om det ytes på måte som sikrer helhet og smidighet i tilbudet.

Stikkord til gjennomgang av følgende St.meld:

St meld nr 23 (1996-97) Trygghet og ansvarlighet Om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen

- Utgangspunktet er presiseringen av hvor viktig det er med en godt fungerende legetjeneste i kommunene, blant annet ved at legene i å skulle ha et helhetsperspektiv på pasientene og å kunne være en veileder for pasienten i møte med spesialisthelsetjenesten
- Erfaringene med prøveordning med valg av fastlege i fire kommuner i perioden 1993-1996 oppsummeres
- Forslaget om etablering av fastlegeordningen fremmes her
- Det legges inn et par sentrale prinsipper i ordningen; at fastlegen skal ha henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten og at pasienten skal henvises til fastlege etter utskriving.

St meld nr 24(1996-97) Tilgjengelighet og faglighet Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste

- Meldingen tar utgangspunkt i Hellandsutvalgets innstilling om eierskap i sykehusene, organisering og finansiering og Haffnerutvalgets innstilling om legespesialistutdanningen i kirurgi og indremedisin
- Ulike virkemidler for framtidig styring og eierskap av spesialisthelsetjenesten, med hovedvekt på sykehusstrukturen blir diskutert
- Det foreslås en sterkere regional samordning av spesialisthelsetjenesten, men ikke omfattende organisatoriske endringer

St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk

- Rehabiliteringsmeldingen tar utgangspunktet i behovet for god koordinering av tjenester mellom forvaltningsnivåer og på tvers av sektorer. Bestemmelsene om individuell plan løftes fram som et viktig virkemiddel for tjenestene og tjenestemottakerne til å sikre en bred forankring av tjenestene og involvering og deltakelse fra brukernes side i utarbeidelse og gjennomføring av planen
- For hvert av forvaltningsnivåene kommune, fylkeskommune og stat skisseres forslag til tiltak som ønskes etablert

St.meld. nr. 26 (1999-2000) Om verdier for den norske helsetenesta

- Meldingen ser på hvilke verdier som ligger til grunn for norsk helsetjeneste og hvordan disse vil kunne bli utfordret gjennom framtidige endringer i blant annet pasientpopulasjonen. Dette stiller store og endrede krav til blant annet innhold og kvalitet i tjenestene og til rollen som helsearbeider og følgelig til hva som er mest egnet virkemiddelbruk

St.meld. nr. 28 (1999-00) Innhald og kvalitet i omsorgstenestene Omsorg 2000

- Tjenestenes verdigrunnlag og innholdet i tjenestene er fokus for meldingen
- Begrep blir drøftet og framtidige utfordringer på området og konsekvenser i forhold til blant annet organisasjon og ledelse og personellsituasjonen diskuteres
- Situasjonen for enkelte grupper av tjenestemottakere fokuseres

St.meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene

- Utgangspunktet for meldingen er også her behovet for nå å fokusere på kvaliteten i tjenestene. Det er fortsatt en del forbedringspotensialet som ligger i styrking av rutiner, saksbehandling og dekning av psykososiale behov, i tillegg til medisinsk diagnostisering og oppfølging.
- Det pekes på at behovet for pleie- og omsorgstjenester må ses i nær sammenheng med utviklingen i sykehussektoren og spesialisthelsetjenestene
- Det annonseres i melding at regjeringen vil komme tilbake i et eget utredningsarbeid med en kartlegging av oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene. Denne skal danne grunnlag for vurdering av tiltak for å styrke samarbeidet mellom nivåene.
- Generelt legges det vekt på tiltak som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom sosialtjenesten og den kommunale helsetjenesten. Dette ligger til grunn for arbeidet med en samordning av den kommunale helse- og sosiallovgivningen og utarbeidelsen av en felles kvalitetsforskrift og internkontroll på det kommunale helse- og sosialområdet. Samordningen av regelverket skal blant annet legge til grunn av samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal styrkes
- Det vises også til regjeringens forslag om innføring av rett til individuell plan for brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter sosialtjenesteloven.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening Framtidas omsorgsutfordringer

- Behovet for bedre samhandling og medisinsk oppfølging for brukere som trenger bistand fra flere nivåer over tid pekes på som en stor utfordring framover og at det er nødvendig med en langsiktig strategi for å sette samhandlingen i system.
- For den kommunale omsorgstjenesten vil det være behov for omfattende støtte fra spesialisthelsetjenesten på områder som utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat og kompetansebase for veiledning og opplæring av lokalt helse- og sosialpersonell. Det vil være en målsetting å bygge ut spesialisthelsetjenestens støttefunksjoner til omsorgstjenestens pasienter.

Evaluering av sykehusreformen

Sykehusreformen ble evaluert gjennom tre hovedprosjekter i perioden 2004-2007. Blant hovedfunnene i evalueringen var at ”behovet for bedre samhandling og systematisk samarbeid mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten ble framhevet som avgjørende”.

Ett av delprosjektene hadde særlig fokus på samarbeid og koordinering mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester med bakgrunn i pasienters liggetider i sykehus.

kommunale sosial- og helsetjenester (Bernt-utvalget)

- Bakgrunn for etablering av lovutvalget som skulle vurdere harmonisering av de kommunale sosial- og helsetjenestene var at de tradisjonelle skillene med institusjonstjenester og hjemmetjenester ikke lenger er så tydelige som tidligere og at kommunene i stor utstrekning har valgt å integrere institusjons- og hjemmetjenestene i én organisatorisk enhet. I tillegg er tjenestene blitt mer differensierte og individualiserte, samtidig som tjenestene kan oppleves fragmenterte og lite individuelt tilpassede.
- En del av mandatet omfattet forslag til tiltak som kan bidra til å styrke samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten med tanke på å få til sammenhengende kjede av behandlingstiltak for pasientene.
- Utvalget foreslo etablering av en felles lov for kommunal helse- og sosialtjeneste og at det i loven blir tatt med et eget punkt om bestemmelser om samhandling.

Oppfølging: Helse og omsorgsdepartementet arbeider med oppfølging av innstilling fra Bernt-utvalget og de problemstillinger som må utredes nærmere.

NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt En sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget)

- Utvalgets mandat var å utrede samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og vurdere endringer i rammebetingelser for å bedre samhandlingen.
- Utvalgets fokusområder var til en viss grad sammenfallende med Bernt-utvalgets mandat om å se på samarbeidet mellom forvaltningsnivåene på helseområdet. Bernt-utvalget tok ikke sikte på å være uttømmende på samhandlingen mellom forvaltningsnivåene. Det var en forutsetning for begge utvalgene at de gjorde seg kjent med hverandres arbeider.
- Forutsetning for arbeidet at dagens struktur og hovedsystemer i tjenesten skulle opprettholdes.
- Forslag til tiltak innenfor tre hovedområder;
 - *Tiltak for å styrke pasientperspektivet; Manglende fokus på helheten et hovedproblem*
 - Krav om brukermedvirkning også inn i kommunehelsetjenesteloven
 - Målrettet informasjonsarbeid om individuell plan
 - Kommunen ansvarlig for plikten til å utarbeide individuell plan
 - Privatpraktiserende helsepersonell må også ha plikt til å delta i arbeidet med individuell plan
 - Ordningen med pasientansvarlig lege begrenses til å gjelde kun pasienter med komplekse og/eller langvarige behov for spesialisthelsetjenester
 - Rett til pasientopplæring forankres som rett i pasientrettighetsloven
 - Mer robust finansiering av lærings- og mestringskompetansen
 - Avsetning av utviklingsmidler som kan stimulere til økt innsats i kommunehelsetjenesten
 - Helsetjenesten og brukerorganisasjonene styrker informasjonen til pasientgrupper som ikke selv aktivt søker informasjon
 - Pasientombudsordningen utvides til å gjelde også tjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven
 - *Tiltak som støtter samhandlingen mellom tjenesteyterne*
 - Mer vekt på det offentlige legearbeidet ved blant annet å utnytte de 7,5

timene fastlegene kan tilpliktes til f.eks samfunnsmedisinsk arbeid, kunne kombinere løsninger som deltids fastlegepraksis og offentlig legearbeid og at kommunene skal kunne fastsette ulike lengder på fastlegenes lister

- Større oppmerksomhet på kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegetjenesten og at dette tas inn i fastlegeforskriften
- Mer dreining i retning av mer uttelling på basistilskuddet og mindre på takster og egenandeler
- Klare funksjons- og kvalitetskrav inn i rammeavtalene for privatpraktiserende helsepersonell
- Gjensidig forpliktelse for kommuner og foretak å inngå samarbeidsavtaler på overordnet nivå
- Samarbeid mellom kommuner og foretak for å få felles kriterier for planlegging og bruk av rehabiliteringstilbudene
- Kommuner og foretak pålegges å opprette én klar adresse som kan veilede og hjelpe ved samhandlingsbehov mellom tjenesteyterne
- Sterk ledelsesforankring med bevisstgjøring om samarbeidskultur og praktisk tilrettelegging innad i den enkelte tjeneste
- Tas mer hensyn til samhandlingsbehovet i balansen mellom personvern hensyn og hensyn til god informasjonsflyt
- Mer forskning på metoder for samhandling.
- Samhandling som tema en del av grunnutdanningen og videre- og etterutdanningen for alle grupper helsepersonell
- Styrking av praksiskonsulentordningen og utvider den til å omfatte flere yrkesgrupper.
- Veiledningsplikten må bli tydeligere og virksomheten ansvarliggjøres
- Veiledningsplikten må gjøres gjensidig med likelydende bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven
- *Tiltak rettet mot helsesektorens rammebetingelser*
 - Åpne for interkommunale virksomheter som og gis myndighet til å tildele tjenester til innbyggerne i alle deltakende kommuner
 - Etablering av forsøk hvor ansvaret for alle helsetjenester samles, enten for alle pasienter eller avgrenset til noen behandlingsområder
 - Etablering av forsøk med utførerenheter i felles eie som yter både første- og andrelinjetjenester
 - Organisert samordning i et avtalesystem mellom KS og HOD
 - Mer samhandling med lokalt tilpassede finansieringsordninger
 - Utrede større omlegging av finansieringsordningene for kommunale helsetjenester som sterkere understøtter kommunen som bestiller av tjenester og kommunen som ansvarlig for å sørge for at befolkningen har et godt samlet helsetjenestetilbud
 - Gjennomgang av takstsystemet
 - Etablering av mer kostnadsnøytrale ordninger for dyr medikamentell behandling
 - Etablering av ordning med statlig finansiering i form av refusjoner for tilstedevaktene i interkommunale legevakter
 - Avtaler mellom kommune og foretak må understøttes av økonomiske insentiv; øremerket tilskudd til samhandling for å få i gang nye aktiviteter og videreutvikle eksisterende.

NASJONALE STRATEGIER

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten

Strategien er et uttrykk for nasjonale myndigheters forventninger til hvordan kvalitetsarbeidet i tjenestene skal innrettes, i tillegg til forsvarlighetskravet som følger av lovverket.

I strategien er kvalitetsbegrepet et konkret innhold ved å vise til fem indikasjoner på god kvalitet i sosial- og helsetjenesten:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Tilgjengelige og rettferdig fordelt

På området god samordning og kontinuitet heter det følgende:

Brukernes kontakt med tjenestene skal utgjøre en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak. En forutsetning for dette er tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling på langs i en tiltakskjede og på tvers av tjenestetypene og nivåer. Brukeren kan også påvirke samordning av tjenestetilbud gjennom brukerutvalg hvor de har en formalisert kanal til de ansvarlige ledernivåene i virksomheten (foretaket/fylkeskommunen/kommune). Samordning og kontinuitet forutsetter videre at yrkesgrupper på ulike nivåer samarbeider, viser fleksibilitet og søker å se behovet til brukeren med deres øyne.

Kvalitetsstrategiens innsatsområder og tilnærming til de fem kvalitetsområdene har vært:

- Styrke brukeren
- Styrke utøveren
- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- Følge med og evaluere tjenestene

For hvert av områdene ble det nedsatt arbeidsgrupper. Anbefalingene fra arbeidsgruppene framgår av veileder IS-1502. Dette er praksisfeltets anbefalinger "til seg selv" og er tenkt å skulle fungere som en slags veiviser for kvalitetsarbeidet som gjennomføres lokalt i tjenestene.

Kvalitetsstrategien er forankret i de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan (2007-2010).

Nasjonal helseplan (2007-2010)

Helseplanens seks bærebjelker som skal prege alle typer helsetjenester er:

- Helhet og samhandling
- Demokrati og legitimitet
- Nærhet og trygghet
- Sterkere brukerrolle
- Faglighet og kvalitet
- Arbeid og helse

Et utgangspunkt for valg av strategier og tiltak på området helhet og samhandling, er en oppfatning om at helsetjenesten i for liten utstrekning har sin oppmerksomhet rettet mot dette på en systematisk måte. Endringer i rammebetingelser og i pasientpopulasjonen gjør at mål om større helhet og bedre samhandling i tjenestene krever et sterkere fokus på forbedringstiltak.

Det presiseres at "gråsoner" i tjenesteapparatet i større grad må håndteres som et felles anliggende mellom kommuner og helseforetak. Og det legges vekt på at tjenesteytingen skal

legge til grunn at det er behandlingsnettverket og forløpene til den enkelte pasient som skal være det ”strukturerende element” i utformingen av tjenestene.

Gjennomgang av aktuelle lover og forskrifter

Kommunehelsetjenesteloven, med forskrifter

Kommunene har gjennom kommunehelsetjenesteloven en plikt til å samarbeid med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat for å bidra til best mulig helhet i helsetjenesten. Der det er tjenlig kan kommunen også samarbeide med privat organisasjon:

§ 1-4. (Planlegging, informasjon og samordning)

Kommunen kan samarbeide med privat organisasjon o.l. hvor det er egnet til å fremme helsetjenestens formål. Kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best mulig kan virke som en enhet.

Utover kravene til individuell plan, taushetsplikt, samarbeidet med sosialtjenesten og fastlegeordningen er det ingen særskilte momenter relatert til pasientforløp og samhandling.

§ 6-2a. (Individuell plan) - Kommunehelsetjenesten skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Kommunehelsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

§ 6-6. (Taushetsplikt) - Enhver som utfører tjeneste eller arbeid i kommunens helsetjeneste, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e. Overtrjedelse straffes etter straffeloven § 121.

§ 6-6a. (Samarbeid med sosialtjenesten) - Helsepersonell som arbeider innenfor rammen av denne lov skal samarbeide med sosialtjenesten i klientsaker. De skal i sitt arbeid være oppmerksomme på forhold som bør føre til tiltak fra sosialtjenestens side, og de skal av eget tiltak gi sosialtjenesten opplysninger om slike forhold. Av eget tiltak kan opplysninger bare gis etter samtykke fra klienten, eller så langt opplysningene ellers kan gis uten hinder av taushetsplikt.

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen er regulert i egen forskrift til kommunehelsetjenesteloven. Ordningen gir alle rett til å stå på en liste hos en allmennlege og den skal gi bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.

Ved innleggelse i institusjon er det institusjonen som overtar ansvaret for pasienten. Fastlegen vil ha ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet etter utskrivning. Kommunikasjonen mellom skal da som et minimum omfattes av den epikrise som fastlegen skal motta etter utskrivning.

FOR § 8. *Ansvar for personer som er tilknyttet en fastleges liste når de oppholder seg i institusjon - Blir person som står på fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret etter § 7 til institusjonen. Vedkommende blir likevel stående på fastlegens liste, og fastlegen har ansvaret for tilrettelegging av allmennlegetilbudet til denne ved utskrivning. Ved behov for slik tilrettelegging plikter institusjonen å orientere fastlegen på forhånd.*

Institusjonen skal gi fastlegen epikrise ved utskrivning etter reglene i legeloven § 45.

Lovbestemt sykepleietjeneste

Det er en egen forskrift til kommunehelsetjenesteloven som gjelder sykepleietjenesten i kommunene. Her presiseres kravet om internt og eksternt samarbeid med øvrig helsepersonell.

§ 1. Oppgaver. *Tilsatte i sykepleietjenesten må arbeide i nær kontakt med det øvrige helsepersonell i kommunen. Det må videre være nært samarbeid med kommunal sosialtjeneste, offentlig tannhelsetjeneste og helseinstitusjoner.*

Habilitering og rehabilitering

Kommunene har en sentral rolle i utforming av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Det legges stor vekt på å ivareta helheten i tjenesteytingen og se de ulike tjenesteyterne i sammenheng. Et av virkemidlene er kravet om etablering av koordinerende enheter.

§ 8. Planlegging, organisering og samarbeid

Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, jf. lov om helsetjenester i kommunen § 1-3 nr. 3.

Det skal finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere.

Kommunehelsetjenesten skal ved behov samarbeide med sosialtjenesten og andre samarbeidende etater.

I merknaden til bestemmelsen om koordinerende enhet presiseres det nærmere hvilken rolle og funksjon denne skal ha. Den skal være et viktig kontaktpunkt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste slik at pasienten opplever større grad av kontinuitet og helhet.

Merknad til § 8

Annet ledd slår fast et krav om en koordinerende enhet for re-/habiliteringsvirksomheten i kommunen. Kravet innebærer at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta i mot henvendelser om behov for re-/habilitering. Det innebærer at kommunen vil ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten, og at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet.

Den koordinerende enhet bør samarbeide med etater utenfor helsetjenesten.

Det er ikke krav om en egen organisasjonsenhet for å ta seg av koordineringsoppgavene, men at virksomheten av hensyn til tilgjengelighet for brukerne synliggjøres i forhold til de øvrige pålagte oppgaver i kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd.

Med samarbeidende etater menes her bl.a. Arbeids- og velferdsetaten, skole/barnehageetat, barnevern, kultur- og teknisk sektor m.m.

Sosialtjenesten står i en særstilling når det gjelder samarbeid. Ett av hovedmålene med sosialtjenesteloven er rehabilitering, noe som bl.a. fremgår gjennom lovens formålsbestemmelse, jf. § 1-1 litra b). Sosialtjenesten har etter sosialtjenestelovens § 3-2 et selvstendig ansvar for å samarbeide med andre deler av forvaltningen og har gjennom § 3-2 annet ledd også et initiativansvar ved mangelfullt tjenestetilbud fra andre deler av forvaltningen.

Denne plikten til samarbeid bør nyttes aktivt i forbindelse med planlegging og organisering av kommunens re-/habiliteringsvirksomhet.

Vedrørende samarbeid med spesialisthelsetjenesten så vil dette kunne være et samarbeid med den aktuelle avdelingen for medisinsk rehabilitering i foretakene eller annen relevant fagavdeling, hørselssentral, ulike ambulante tjenester, re-/habiliteringsteam, ungdomspsykiatrisk team og områdepediatri m.m., fagavdeling med regionsykehusfunksjon o.a.

Spesialisthelsetjenesteloven, med forskrifter

Allerede i lovens formål presiseres lovens intensjon. Den skal bidra til at pasientene får det tilbudet de trenger og at dette skjer på en mest ressurseffektiv måte; kvaliteten skal sikres, tilbudet skal være likeverdig, ressurser skal utnyttes best mulig, tilbudet skal være tilpasset pasientenes behov og være tilgjengelig.

sphlsl § 1-1. *Lovens formål* - Lovens formål er særlig å:

1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming,
2. bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet,
3. bidra til et likeverdig tjenestetilbud,
4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig,
5. bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og
6. bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Individuell plan

Bestemmelsene knyttet til individuell plan som finnes både for spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og sosialtjeneste, er tenkt å være et sentralt virkemiddel både for tjenesteytere og tjenestemottakere med tanke på å få til en god samhandling om tjenestene og sikre helhet og sammenheng. Forskriften til individuell plan avklarer nærmere hva man ønsker å oppnå med bestemmelsen og hvilke krav til stilles til planen blant annet til konkret innhold og ansvarsfordeling.

Et av formålene med individuell plan er (FOR §2-c): *å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.*

sphlsl. § 2-5. *Individuell plan* - Helseforetaket skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.

Journal og epikrise

En annen sentral bestemmelse som har betydning for samhandlingen i tjenesten gjelder forskriften knyttet til journal- og informasjonssystemene. Her synliggjøres kravene til systemene i forhold til blant annet opprettelse, innhold, ansvar, innsyn og endring/sletting av innhold.

FOR sphlsl. § 3-2. *Journal- og informasjonssystemer* - Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.

Epikrisen skal være en sentral kilde til informasjon til tjenesteytere om hva som er nødvendig for å gi pasienten forsvarlig bistand framover. For epikriser er det en egen bestemmelse i forskriften. Den angir formålet med epikrisene, hvem som skal være mottakere av dem og tidspunkt for når epikrisene skal sendes.

FOR sphlsl. §9. (Epikrise) - Ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise (sammenfatning av journalopplysninger) sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Tilsvarende gjelder ved poliklinisk behandling eller behandling hos spesialist. Pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til. Dersom annet ikke opplyses eller fremgår, sendes epikrise til innleggende/henvisende helsepersonell og pasientens faste lege. Epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet.

Taushetsplikt

Bestemmelsene om taushetsplikt for helsepersonell er et viktig element i personvernet og skal bidra til trygghet for pasienten om forsvarlig håndtering og oppbevaring av opplysninger om alle personlige forhold. Dette innebærer i utgangspunktet at helsepersonell ikke har anledning til å gi opplysninger videre til andre profesjonsutøvere, etater eller andre personer. Det er også unntaksbestemmelser i tilfeller som for eksempel når pasienten gir sitt samtykke til at taushetsplikten kan oppheves eller når andre tungveiende private eller offentlige interesser skulle tilsi det.

sphlsl. § 6-1. *Taushetsplikt* - Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for helseinstitusjon som omfattes av denne loven, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e.

Pasientansvarlig lege

Forskriften om pasientansvarlig lege er en annen bestemmelse som tar sikte på å få til kontinuitet i møtet mellom pasient og helsetjenesten ved å styrke samordnet behandling og kommunikasjon mellom lege og pasient. Det stilles krav om at hver pasient skal ha en lege med særlig ansvar for denne ved innlegging i somatisk institusjon og i institusjoner i psykisk helsevern og ved mottak av polikliniske tjenester.

I tillegg til å være det faste punktet mellom pasienten og helsetjenesten i behandlingen, skal pasientansvarlig lege også være en kontaktperson mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Forskriften omhandler også forholdet mellom pasientansvarlig lege og de som skal være ansvarlige for å gi pasienten informasjon og som har overordnet ansvar for pasientjournalen. For at ansvaret ikke skal bli for fragmentert og hemme kontinuitet, koordinering og kommunikasjon, anmodes det i forskriften om at ansvaret for dette samles på en hånd.

I merknaden presiseres en viktig funksjon for pasientansvarlig lege, nemlig det å skulle være en kontaktperson mellom tjenestenivåene.

FOR sphls § 4 (Pasientansvarlig lege). Ansvarsinnholdet.
Pasientansvarleg lege skal ha ein samordningsfunksjon for behandling av pasienten, og skal vere det faste medisinskfaglege kontaktpunktet for pasienten under opphaldet. Pasientansvarleg lege skal helst vere den same under heile opphaldet, med mindre omsynet til pasienten og ei fagleg forsvarleg oppfølging av han talar for at ein annan blir peikt ut som pasientansvarleg lege.

Merknad til § 4.

Pasientansvarleg lege skal også fungere som ein kontaktperson mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Råd og veiledning

En annen bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven gjelder ansvaret 2 linjetjenesten har for å gi råd og veiledning til kommunene og samarbeide med dem både generelt og spesielt i forhold til enkeltpasienter. Spesialisthelsetjenesten har også en plikt til å samarbeide med andre etater ved behov både når det gjelder utredning, tilrettelegging og gjennomføring av

tilbud til enkeltpasienter. I egen merknad angis nærmere hvilke etater det er snakk om.

sphlsl § 16. *Særlig om råd, veiledning og samarbeid*

Det regionale helseforetaket skal sørge for

1. råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere,
2. samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og utarbeiding av individuelle planer,
3. generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen, og
4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til enkelte.

Merknad til § 16

Kommunen har hovedansvaret for å yte et habiliterings- og rehabiliteringstilbud, jf. forskriften § 7.

Forskriften § 16 uttaler i nr. 1 at det regionale helseforetaket skal sørge for at det gis råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere. Det er en forutsetning at dette skjer i gjensidig dialog mellom kommunen og det regionale helseforetaket. Råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten vil være nødvendig i saker der kommunehelsetjenesten mangler kompetanse eller etterspør kompetanse. Råd og veiledning kan også være nødvendig når spesialisthelsetjenesten har utredet hva som bør gjøres når kommunehelsetjenesten tar over ansvaret for brukeren, eller når det er faglig nødvendig å bygge videre på det som er oppnådd i spesialisthelsetjenesten.

Det følger av forskriften § 16 nr. 2 at det regionale helseforetaket skal sørge for samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og om utarbeiding av individuelle planer. Samarbeidskravet gjelder i forhold til brukere som har behov for tjenester både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidskravet gjelder både i forhold til brukere som har rett til individuell plan etter gjeldende lov- og forskriftsverk, og i forhold til andre brukere.

Det følger av forskriften § 16 nr. 3 at det regionale helseforetaket skal sørge for generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. Bestemmelsen framhever det regionale helseforetakets ansvar for å sørge for generell kompetansestyrking av ansatte i kommunen i forbindelse med re-/habilitering. Eksempler på dette er råd og veiledning om re-/habilitering av personer med spesielle sykdommer, veiledning om særlige metoder (f.eks. individuelle planer) eller veiledning om hvordan en skal sette i gang og drive ansvarsgrupper på en god måte.

Det følger av forskriften § 16 nr. 4 at det regionale helseforetaket skal sørge for samarbeid med andre tjenesteytere når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. Andre etater henspiller både på etater og instanser på nasjonalt nivå og på regionalt nivå, f.eks. landsdekkende/nasjonale sentra og Arbeids- og velferdsetaten og på private aktører som opptrenings- og spesielle helseinstitusjoner.

Det er også en egen lovbestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gjelder habilitering og rehabilitering og som pålegger tjenesten å ha en koordinerende enhet på området. Forventninger til enheten er presisert nærmere i egen merknad.

FOR sphls § 13. *Organisering*

Det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

Merknad til § 13

Annet punktum fastslår at den koordinerende enheten skal ha oversikt over tjenestetilbudet som foreligger i kommunen. Hensikten med bestemmelsen er at det regionale helseforetaket skal sørge for kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, for på denne måten bygge opp

faste kontaktpunkter for informasjon og samarbeid på begge nivåer, jf. forskriften § 8. Bestemmelsen har særlig betydning for å sikre kontinuitet i det samlede re-/habiliteringstilbudet for den enkelte bruker av tjenesten.

Pasientrettighetsloven, med forskrifter

Med pasient i lovens forstand menes en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (pasrl.§1.3).

Retten til individuell plan framgår også av pasientrettighetsloven:

pasrl § 2-5. Rett til individuell plan - Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

For øvrig er det ingen momenter som henspeiler direkte på utfordringer knyttet til samhandling og pasientforløp. Loven skisseres hvilke rettigheter pasienten har på ulike områder innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsepersonelloven, med forskrifter

Loven skal bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten og tillitt til helsepersonell og helsetjenesten.

Et av kravene til ”forsvarlig” helsehjelp, innebærer at helsepersonell skal samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det. Dette gjelder uavhengig av hvilket forvaltningsnivå tjenestene ytes på, gitt begrensningene i annet lovverk.

hlspl § 4. Forsvarlighet -Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Et annet forhold som har relevans for samhandling i helsetjenesten, er bestemmelsen om at tjenestene skal organiseres på en måte som gjør det mulig for helsepersonellet å utføre lovpålagte oppgaver.

hlspl § 16. Organisering av virksomhet som yter helsehjelp og internkontroll - ... Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Dersom særskilte behov tilsier det, har helsepersonell en opplysningsplikt overfor både sosialtjenesten og barneverntjenesten (§§32, 33).

Sosialtjenesteloven, med forskrifter

Loven regulerer kommunenes plikter på sosialområdet. Det framgår av loven hvilke tjenesteområder på sosialfeltet som er kommunenes ansvar og hvilke målgrupper som

kommunene har et særskilt ansvar.

Med unntak av bestemmelsen om retten til individuell plan, er det ikke her et særskilt fokus på samhandlingen mellom forvaltningsnivåene.

***SOS § 4-3a.** Rett til individuell plan - Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8-4. Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.*

I forskriften som omhandler kvalitet i pleie- og omsorgstjeneste legges det vekt på helhet og sammenheng i tjenestene. Det stilles krav til kommunene om at de skal ha nødvendige prosedyrene slik at kvalitetskravene på de ulike områdene kan oppfylles.

***FOR § 3.** Oppgaver og innhold i tjenestene Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten*

HELSEFORETAKENE

Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)

Loven som regulerer helseforetakene virksomhet trådte i kraft 1.1.2002.

De regionale helseforetakenes ansvar for å planlegge og organisere spesialisthelsetjenestene og legge til rette for forskning og undervisning, - og organisere de regionale helseforetakenes sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak, er forankret i helseforetaksloven.

Bestemmelser knyttet til eierstyring og foretakenes rammer for styring og drift er forankret i dette lovverket.

Jeg har i oppgaven vært opptatt av brukerens rettigheter, og spesielt pekt på ordningene Individuell plan og Pasientansvarlig lege som er omtalt i forskriftene ovenfor.

Jeg vil avslutningsvis vise til enkelte bestemmelser som også er del av bakteppet for min oppgave:

Forvaltningsloven angir en ”forvaltningsskikk”.

Klagebehandling kan skje også etter pasientrettighetsloven §7 mht frister.

Kapittel 3 omhandler veiledningsplikten, gir frister for saksbehandlingstid, og påpeker at saken skal være opplyst.

Lov om pasientrettigheter

Forarbeider Ot. prop. nr. 12 (1998-1999)

Stikkord fra innholdet er;

Respekt for menneskeverdet, lovfester pasientens rettslige stilling mht rett til vurdering, rett til fornyet vurdering og rett til valg av sykehus, rett til medvirkning og informasjon og til rett til å samtykke til helsehjelp, rett til innsyn i journal, særlige rettigheter for barn, og pasientombudsordningen.

Dette er en generell lov, og det foreligger særlover som gir bestemmelser i tillegg.

Prioriteringsforskriften

Jeg tar fram § 2 ;

Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:

- 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

Ventelistegarantien

Forskrift av 25.juli 1990 Ventelisteregister og prioritering av pasienter og Rundskrift i 25/92

Jeg tar inn 4.1.3 Ventetidsgarantien

Sosialdepartementet fastsatte 25. juli 1990 forskrift om ventelisteregistre og prioritering av pasienter, med hjemmel i sykehusloven § 12. Den 27. juni 1997 fastsatte departementet ny forskrift om ventetidsgaranti som trådte i kraft 1. juli 1997. I forskriften fremgår nye prioriteringskriterier, hvor hensikten er at de alvorligst syke skal få behandling innen tre måneder fra henvisning er mottatt på sykehuset. Videre innføres en vurderingsgaranti på 30 virkedager som trådte i kraft 1. januar 1998. Det er ikke klagerett over avgjørelser etter forskriften, og det er antatt at pasientene ikke kan gå til domstolene for å få dom for at de skal ha et tjenestetilbud. Dersom pasienten ikke tilbys behandling innen tre måneder, har imidlertid fylkeskommunen ansvar for å skaffe behandling ved annen institusjon innen fylket, eventuelt i annet fylke, fortrinnsvis innen regionen. Også pasienten kan, eventuelt med bistand av dennes primærlege, skaffe behandling ved annen offentlig helseinstitusjon i Norge.

Fritt sykehusvalg

På dette punktet vil jeg henvise både til holdning og ordning:

Holdningen som ligger til grunn er at du selv kan velge å bli behandlet på det sykehuset du ønsker under forutsetning av at det er den del av gjeldende ”helseplan”. I praksis vil det si virksomheter som underlagt eller har avtaler med de regionale helseforetakene.

Ordningen er enkel, slik jeg ser det: Du kan henvende deg til ”pasientrådgivertelefonen” eller gjøre oppslag på www.frittsykehusvalg.no

Brukermedvirkning og samtykke

Brukermedvirkning er et stort tema i oppgaven. Her tar jeg inn bestemmelsen fra pasientrettighetsloven:

§ 3-1. Pasientens rett til medvirkning

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

og omtalen av samtykke;

§ 4-1. Hovedregel om samtykke

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. Trekker pasienten samtykket tilbake, skal den som yter helsehjelp gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.