

MASTEROPPGAVE

Tittel: *"Hva hemmer og fremmer en helhetlig og koordinert utskriving av pasienter etter endt sykehusopphold?"*

Navn: Mona Martinsen

Dato: 15.12.2016

Studienavn: Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse-og sosialsektoren

Avdelingsnavn: Helse- og sosialfag



Sammendrag

Bakgrunn: Samarbeid mellom spesialist- og kommunale helse og omsorgstjenester for en faglig forsvarlig utskrivelse fra sykehuset har vært en utfordring jeg ønsket å undersøke nærmere med denne studien. Ett av målene med tiltakene i samhandlingsreformen er at denne samhandlingen skal bedres.

Formål: Målet med denne studien er å få økt innsikt i sykepleierens organisatoriske kompetanse og hvorvidt de benytter kommunikasjon bevisst i utskrivingsprosessen for å sikre pasientene et forsvarlig tjenestetilbud etter endt sykehusopphold. Denne masteroppgaven håper jeg kan bidra til at sykepleiere får økt kunnskap om hvordan behandlingsnivåene kan samarbeide om et faglig forsvarlig tjenestetilbud til pasienter etter endt sykehusopphold.

Metode: I denne undersøkelsen er det benyttet en kvalitativ metode med en induktiv tilnærming. Innsamling av data ble gjennomført ved hjelp av individuelle dybdeintervjuer av seks sykepleiere. De seks sykepleierne er representert med henholdsvis fire fra spesialisthelsetjenesten og to pasientkoordinatorer med delegeringsansvar i kommunale helse- og omsorgstjenester. Intervjuene ble gjennomført våren 2016 og datamaterialet er analysert ved å kombinere systematisk tekstkondensering og en temasentrert analyseprosess.

Resultat: Denne studien viser at sykehuset må forbedre måten de kommuniserer og kartlegger pasientenes behov på for å kvalitetssikre overføringen av pasientene. Samtidig kan kompetanseheving og kontinuitet blant de ansatte både i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester fremme samarbeidet og dempe interessekonfliktene. Samhandlingskompetanse er som beskrevet gjennom denne studien en individuell egenskap som krever klinisk blikk, kommunikasjonsferdigheter og handlingsalternativer for å kunne utvikles til en organisatorisk kompetanse. Studiens funn viser at sykepleiere som besitter denne kompetansen kan fremme de forutsetningene som er nødvendig i utskrivingsprosessen. Dette styrker mulighetene for å gi pasientene en helhetlig og koordinert utskrivelse etter endt sykehusopphold.

Abstract

Background: How is the cooperation between the first and second line of health services when patients are discharged from the hospital? How can we be assured that the patient is transferred to the right level of care? This is what I have wanted to research in this paper. One of the goals of the "samhandlingsreformen" is that this cooperation should improve to give the patients better care.

Aim of the study: The aim of this study is to get more insight into what kind of skills the nurses have in regards to organising health care. Whether they use their communication skills towards the first line, in the discharge process to be sure that their patients get the right level of care. With this paper, I hope to give a contribution to how the nurses can collaborate with the first line. How important it is to be aware of each other's position towards the patients and how we can help each other with a more open communication.

Method: In this research a qualitative method was used with an inductive approach. Gathering of data is done through individual depth interviews with six nurses. Four of those works in the second line of health care, two works in the first line. The two working in the first line are responsible for coordination of patients within the municipality. The interviews were done in the spring of 2016. The data was analysed with a combination of systematic word condensation and theme centric analysis.

Result: This study shows that the hospital has to improve how they communicate with their colleagues in the first line. It also shows that the hospital has to improve in how they assess the patients' function, in order to improve the quality of the transfer between health care systems. At the same time improved competence and continuity in the first and second line of health care will improve the quality of the care given. The result will be collaboration instead of just cooperation and hopefully fewer conflicts will arise. Collaboration as a quality is as described in this study an individual quality, which demands a good clinical eye. As well as good communication skills and a range of possible opportunities as to how to act. This together will improve the organization of health care between the first and second line. This study shows that the nurses that have all these skills and qualities will improve the patients' health care. It will assure that the patients get the right kind of health care on the right level in the municipality.

Forord

Så var endelig denne faglige reisen ved sin ende etter fem lange år. Det har vært mange opp og nedturer, og jeg håper og tror jeg gjennom denne studien har tilegnet meg kunnskap som vil påvirke meg positivt i mitt videre arbeid. Gjennom disse årene har jeg lært utrolig mye og blitt kjent med mange mennesker som hver på sin måte har satt preg på og hjulpet meg bevisst og ubevisst gjennom denne prosessen.

Takk til Geriater Astri Eri-Monstma som uten selv å vite fikk sådd en ny spire til inspirasjon gjennom sin genuine interesse for denne pasientgruppen. Hege Fjærå og Anne Undahl som har lest korrektur og vært tilgjengelig gjennom studien for motivasjon og faglig innspill.

Takk til mine barn, svigerbarn og alltid tålmodige Jørn som har motivert og pushet meg til å fullføre denne studien alle de gangene jeg har hatt lyst til å gi opp.

Sist, men ikke minst må jeg få takke min veileder Lasse Johnsen som har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger og motivert meg underveis gjennom studien.

Mona Martinsen Fredrikstad 15.12.16

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	3
Forord	4
1.0 Innledning	7
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	7
1.2 <i>Studiens avgrensinger</i>	9
1.3 <i>Studiens oppbygging</i>	10
1.4 <i>Forskningstatus</i>	10
1.4.1 <i>Tidligere forskning</i>	11
2.0 Teori	12
2.1 <i>Hvorfor er samarbeid mellom behandlingsnivåene så viktig?</i>	12
2.2 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	13
2.2.1 <i>Suksesskriterier og hindringer for samarbeid</i>	15
2.2.2 <i>Koordinering av tjenester</i>	19
2.3 <i>Kommunikasjon</i>	20
2.4 <i>Organisatorisk kompetanse</i>	21
2.4.1 <i>Kulturelt perspektiv</i>	21
2.4.2 <i>Strukturelt perspektiv</i>	22
2.4.3 <i>Prosessuelt perspektiv</i>	22
2.5 <i>Hemmende og fremmende determinanter</i>	23
3.0 Metode og design	27
3.1 <i>Metodevalg</i>	27
3.2 <i>Design</i>	29
3.3 <i>Utvalg og rekruttering</i>	30
3.4 <i>Intervjueguide</i>	31
3.5 <i>Gjennomføring</i>	32
3.6 <i>Transkribering</i>	33
3.7 <i>Studiens etiske vurderinger</i>	34
3.7.1 <i>Konfidensielt ansvar</i>	34
3.7.2 <i>Informert samtykke</i>	34
3.8 <i>Studiens troverdighet</i>	35
3.8.1 <i>Reliabilitet</i>	35
3.8.2 <i>Validitet</i>	35
3.9 <i>Analyseprosessen</i>	36
4.0 Presentasjon av funn i kommunehelsetjenesten	39
4.1 <i>Faktorer for samarbeid på relasjonelt nivå</i>	39
4.1.1 <i>Tillitt og respekt</i>	39
4.1.2 <i>Kompetanse</i>	40
4.1.3 <i>Kommunikasjon og elektroniske meldinger</i>	40
4.1.4 <i>Organisatorisk kompetanse</i>	43

4.2. <i>Faktorer for samarbeid på organisatorisk nivå</i>	44
4.2.1 Faglig forsvarlig	44
4.2.2 Kontinuitet og Ressurser	45
4.2.3 Plassmangel og økonomi	46
5.0 Presentasjon av funn i Spesialisthelsetjenesten	48
5.1 <i>Faktorer for samarbeid på relasjonelt nivå</i>	48
5.1.1 Tillitt og respekt	48
5.1.2 Kompetanse	49
5.1.3 Kommunikasjon og elektroniske meldinger	50
5.1.4 Organisatorisk kompetanse	52
5.2. <i>Faktorer for samarbeid på organisatorisk nivå</i>	53
5.2.1. Faglig forsvarlig	53
5.2.2. Ressurser og kontinuitet	54
5.2.3 Plassmangel og Økonomi	55
6.0 Drøfting av funn fra begge behandlingsnivåer	57
6.1 <i>Faktorer for samarbeid på relasjonelt nivå</i>	57
6.1.1 Tillitt og respekt	57
6.1.2 Kompetanse	59
6.1.3 Kommunikasjon og elektroniske meldinger	61
6.1.4 Organisatorisk kompetanse	62
6.2. <i>Faktorer for samarbeid på organisatorisk nivå</i>	65
6.2.1 Faglig Forsvarlig	65
6.2.2 Ressurser og kontinuitet	66
6.2.3 Plassmangel og økonomi	68
7.0 Oppsummering	71
LITTERATURLISTE	73
Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	77
Vedlegg 2 Intervjuguide	79
Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD	80

Antall ord: 19689

1.0 Innledning

I studiens første del vil bakgrunn for valg av tema, problemstilling og forskningsspørsmål bli presentert. Videre vil begrepsavklaring og avgrensninger samt forskningstatus for studiens tema presenteres.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for denne studien er samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester om forutsetninger som må være tilstede for å tilfredsstille kravene til en helhetlig og faglig forsvarlig utskrivelse etter endt sykehusopphold.

Utskrivningsklare pasienter er i dag preget av en stor andel eldre pasienter med sammensatte medisinske problemstillinger (Meld. St. 47(2008-2009), 2009, s.14). Dette fører til at de ofte har behov for økt omsorgsnivå i form av et korttidsopphold etter utskrivelsen. At sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har kompetanse til å kommunisere behovet for nødvendig omsorgsnivå etter utskrivelsen vil være en betydningsfull faktor for ivaretagelse av pasientsikkerheten i disse overgangene.

I følge samarbeidsavtalen mellom behandlingsnivåene skal spesialisthelsetjenesten allerede ved innleggelsen forespeile kommunene en tentativ utskrivingsdato og et forventet behov for omsorgsnivå etter utskrivelsen. Dersom behovene til pasientene endres under innleggelsen skal sykehuset sende fortløpende oppdateringer om dette underveis i forløpet (Meld. St. 47(2008.2009), 2009, s. 26). Denne meldingsutvekslingen foretas på bakgrunn av skjønn hos tilfeldige sykepleiere og ikke ved hjelp av standardiserte retningslinjer når de skal avklare videre behandlingsnivå. Erfaringsmessig er ikke dette den samme sykepleieren som til sist koordinerer den endelige utskrivelsen når behandlingsansvarlig lege definerer pasienten som utskrivningsklar. Disse ulike faktorene vil kunne påvirke både kommunikasjonen og informasjonen som sendes fra sykehuset samt tjenestetilbudet til pasientene. I henhold til samhandlingsreformen kan brudd i tjenestene være en konsekvens dersom informasjonsutvekslingen fører til at omsorgsnivået ikke ivaretar pasientens rett til forsvarlig tjenestetilbud (Meld. St.47 (2008–2009), 2009, s. 48).

Kommunale helse-og omsorgstjenestene har etter innføring av samhandlingsreformen fått endret sin kommunerolle og fått en økonomisk betalingsplikt for pasienter som er utskrivningsklare. Dette innebærer at de må betale en avtalefestet døgnset for overliggere i sykehuset. I motsetning til spesialisthelsetjenesten har kommunene løst dette på organisasjonsnivå ved å ansatte sykepleiere i pasientkoordinator stillinger. Disse har et delegert ansvar for tildeling av forsvarlig helsetjenester. Basert på den informasjonen de mottar fra sykehuset skal dette bidra til å sikre pasientene like forutsetninger ved utskrivelse. Informasjonen de mottar benytter de som supplement til de medisinske opplysningene og aktiviteter i dagliglivet (ADL) til å underbygge det kliniske blikket. Denne forskjellen i organiseringen kan gi ulike forutsetninger for tilknytning mellom behandlingsnivåene. Dette da den formelle makten kan oppleves skjevfordelt hvor mangel på fellesforståelse skaper hindringer for samarbeidet.

Erfaringen er at utskrivingsprosessen er en kilde til uenigheter på tvers av behandlingsnivåene. Mangelen på koordinering kan føre til fragmenterte tjenester hvor konsekvensen kan svekke både kvaliteten og forvarligheten av tilbudet som gis (Helsetilsynet, 2016, s. 48, Orvik, 2015, 169). Når sykehuset anbefaler korttidsopphold er dette basert på pasientens behov på det aktuelle tidspunktet og basert på en vurdering der flere profesjoner har vært involvert. Samtidig har flere av pasientene hatt hyppige innleggelse som forsterker behovet for økt omsorgsnivå og er lagt inn i vurderingen hos utskrivende lege. Erfaringen er at kommunale helse-og omsorgstjenester ikke alltid er enige i denne vurderingen og sykepleiere i sykehus kan oppleve at dette i realiteten handler om kapasitet på kommunale plasser.

Årsaken til denne fragmenteringen i tjenestene kan også være at helsepersonell i de ulike behandlingsnivåene ikke nødvendigvis har samme tilnærming og perspektiv på nødvendig tjenestetilbud, eller kunnskap om hverandres tjenester ved utskrivelsen. Dette får støtte av Tønnessen, Lind, Kassah & Tingvoll (2016) som i sine funn beskriver pasientoverganger som kilde til maktforskjeller mellom behandlingsnivåene og reduserer forståelsen for hverandres arbeidsområder og hensikten med samarbeidet.

Samarbeidsreformens formål er at behandlingsnivåene i større grad skal samarbeide om å videreutvikle en pasientfokusert, og mer kostnadseffektivt helse og omsorgstjeneste. Stortingsmeldingen beskriver dette slik:

«Samhandling er uttrykk for helse-og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre studiene på en rasjonell og koordinert måte» (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s.13).

Orvik (2015) mener grensene mellom klinisk arbeid og organisering av tjenestene må ”gå hånd i hånd”. Dette organiseringsarbeidet defineres som sykepleiernes organisatorisk kompetanse og vil bli nærmere belyst i studiens teoridel.

Formålet med denne studien er å få økt innsikt i sykepleierens organisatoriske kompetanse og hvorvidt de benytter kommunikasjon bevisst i utskrivingsprosessen for å sikre pasientene et forsvarlig tjenestetilbud etter endt sykehusopphold.

På bakgrunn av de betraktninger som er blitt presentert ovenfor har jeg kommet frem til følgende problemstilling som danner videre grunnlag i denne studien:

”Hva hemmer og fremmer en helhetlig og koordinert utskrivning av pasienter etter sykehusopphold?”

Videre valgte jeg å avgrense studien med tre forskningsspørsmål som best kunne besvare problemstillingen etter de funn som kom frem under intervjuene:

1. Hvordan påvirker kommunikasjon pasientsikkerheten?
2. I hvilken grad påvirker samhandlingskompetansen pasientens tjenestenivå ved utskrivelse?
3. I hvilken grad har økonomi og / eller manglende korttidsplasser påvirkning på de tjenestene som gis?

1.2 Studiens avgrensinger

Denne studien er avgrenset til å gjelde sykepleiere med arbeid i klinikken i spesialisthelsetjenesten og pasientkoordinatorer i kommunale helse og omsorgstjenester. Videre er studien avgrenset til å omhandle somatiske pasienter. Da respondentene kan legge ulik betydning i begrepet faglig forsvarlighet har jeg bevisst ikke forsøkt å definere denne juridiske standarden i studien.

1.3 Studiens oppbygging

I kapittel to vil jeg belyse relevant teori og forskning for å gi en forståelse av hva som hemmer og fremmer samarbeidet i pasientoverføringen mellom behandlingsnivåene. Videre vil del tre beskrive den kvalitative metoden og analyseprosessen som er benyttet. I del fire og fem presenteres funn fra henholdsvis kommunale helse – og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Drøfting av studiens funn er beskrevet i kapitel 6 og studien avrundes med en oppsummering i siste del.

1.4 Forskningstatus

Kommunikasjon som en viktig faktor for å skape trygge pasientoverføringer blir det forsket mye på nasjonalt og internasjonalt. Kommunikasjon og sykepleiernes organisatorisk kompetanse som barrierer for dette samarbeid mellom behandlingsnivåer viser seg stadig å være en utfordring. Flere forskningsartikler viser til disse utfordringer i overganger mellom tjenestenivåene både når det gjelder de systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinantene (Suter et al., 2009, s. 41-51, San Martin- Rodriguez, Beaulieu, D`Amour & Ferrada-Videla 2005, s.132-147, Boeckxstaens, & De Graaf, 2011, s.369-389). Også organisasjonsteori i form av sykepleierens behov av dobbelkompetanse (Orvik, 2015, s.19) vil ligge til grunn i min studie da man i dagens helsevesen må se de overnevnte determinantene som sammensatte og ikke som deler uten påvirkning av hverandre.

Nasjonalt forskes det mye og variert på reformens konsekvenser og dens utfordringer i overføringene mellom tjenestenivåene som vil bli belyst i studiens teoridel (Tønnesen et al., 2016, s.14-23, Brattheim, Hellesø & Melby, 2016, s. 26-33). Helsedirektoratet kom nylig med konklusjon etter et landsomfattende tilsyn om utfordringer i pasientovergangen mellom spesialisthelsetjenesten til kommunale helse-og omsorgstjenester. Tilsynet avdekket svikt i samhandlingen spesielt knyttet til tilstrekkelig kommunikasjon ved utskrivelsen fra sykehus til kommunalt tilbud. Utfordringene bestod blant annet av mangelfull, for sen og sviktende informasjon og dokumentasjon om de utskrivningsklare pasientene (Helsetilsynet 2016, s.10-23).

1.4.1 Tidligere forskning

Internasjonal forskning på tverrfaglig samarbeid og betydningen av kommunikasjon og organisatorisk kompetanse i overgangen mellom behandlingsnivåene er omtalt i forskning både i USA og Canada (Suter, et al.,2009, 41-51, Bender, Coennelly, & Brown 2013, s.165-174, D`Amour, Ferrada-Videla, San Martin-Rodriguez & Beaulieu 2005, s. 116-131). Dette er forskningsfunn som vil være med å danne det teoretiske grunnlaget i min studie.

2.0. Teori

2.1 Hvorfor er samarbeid mellom behandlingsnivåene så viktig?

Med økende avanserte og teknologiske behandlingsmuligheter består inneliggende pasienter i dag av en stor andel syke eldre som er i behov av koordinerte tjenester etter endt sykehusopphold. Helse og omsorgs departement har på bakgrunn av dette lagt føringer gjennom samhandlingsreformen (heretter kalt reformen) som skal bidra til å styrke samarbeidet mellom behandlingsnivåene. Målet er å spesialisere og å utnytte de samlede samfunnsressurser på en hensiktsmessig måte for å ivareta dagens og fremtidens helsevesen. Utfordringene det pekes spesielt på er mangelen på koordinerte tjenester i overgangene mellom forvaltningsnivåene (Meld. St. 47(2008-2009), 2009, s.13). Pasienter som per definisjon er utskrivningsklare er ofte i behov av korttidsopphold etter utskrivelse og en kilde til uenigheter mellom behandlingsnivåene. Hva som kan være årsaken til dette vil jeg forsøke å belyse videre nedenfor.

Behandlingsnivåene har ulike finansieringssystemer som belønner produktivitet som kan måles innenfor egen organisasjon. De ulike behandlingsnivåene er videre inndelt i ulike enheter med separate budsjett som kan være en hemmer for koordineringen av pasientene. Reformen vektlegger også ulik forståelse av målet for behandlingen av pasientene der spesialisthelsetjenesten tenker helbredelse av medisinske tilstander. Kommunale helse- og omsorgstjenester har derimot et større fokus på mestringssevne og pasientens funksjonsnivå. Disse ulike tilnærmingene fører til manglende forståelse samtidig som ulike dokumentasjonssystemer begrenser de forutsetningene som ivaretar helheten på tjenestene som tildeles (Jacobsen, 2004, s. 87). Dette kan videre føre til økte re-innleggelse av pasientene på bakgrunn av variert kompetanse som en konsekvens av ulik tilnærming og forståelse. Samarbeidet mellom begge behandlingsnivåer har til nå vært driftet på tilfeldigheter, silotenking og uten felles mål for pasientene, i motsetning til en helhetlig tilnærming. På bakgrunn av dette er målet at partene koordinerer tjenestene sine til å gi et helhetlig helsetilbud for pasientene. Regjeringen har dermed besluttet at partene er forpliktet til å utarbeide en samarbeidsavtale mellom kommunen og helseforetakene. Punktene i samarbeidsavtalen defineres i fellesskap gjennom et administrativt samarbeidsutvalg. Denne avtalen skal bidra til å sikre samarbeid og skape gjensidig forpliktelser gjennom

tydeliggjøring av ansvarsområder og koordineringsansvar (Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s.13-38).

Definisjon på utskrivningsklare pasienter er ifølge reformens: «*pasienter som er diagnostisert, nødvendig behandling er påbegynt og pasienten er i bedring*» Meld St.47 (2008-2009), 2009.s 59). Spesialisthelsetjenestens hovedoppgave er å tilby helsetjenester til befolkningen som krever en spesialistvurdering for å kunne diagnostisere, behandle og å følge opp pasienter med akutte, kroniske og alvorlige lidelser (Spesialisthelsetjenesten, 1999).

Når pasientene så skal overføres til kommunale helse- og omsorgstjenester skal de tilbys opphold i sykehjem eller heldøgnsopphold, dersom det forespeiles etter en faglig vurdering gitt av spesialisthelsetjenesten, er det nødvendige behovet som kan sikre pasienten forsvarlige helsetjenester (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011).

Helsepersonells pålagte krav til å yte helsehjelp ut fra en faglig standard er definert i helsepersonelloven § 4 som: ” *Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig*». Med dette menes at hjelpen som ytes må inneholde en viss standard, regulert i de ulike organisasjoner- og profesjoners lovverk (Helsepersonelloven 1999, Spesialisthelsetjenesteloven 1999, & Helse-og omsorgstjenesteloven 2011).

Profesjonelle virksomheter er organisert etter de lovverk og økonomiske rammer som er gitt i politiske føringer. Hvordan organiseringen av tjenestene, organisasjonsstrukturen, ledere og ressurser (profesjoner) utnyttes er avgjørende for det tverrfaglige samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse-og omsorgstjenester.

2.2 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en variant av teamarbeid hvor målet er at ulike tjenester og tjenesteutøvere utfyller hverandre for å sikre en mest mulig helhetlig tilnærming. Tverrfaglig, tverrprofesjonelt og tverretatlig samarbeid er begreper som benyttes synonymt i litteraturen, og tverrfaglig samarbeid vil i denne studien samlet dekke alle disse tre nivåene. I den engelske litteraturen benyttes interprofessional eller interdisciplinary collaboration (Willumsen, 2012, s.20). Målet med tverrfaglig samarbeid er å koordinere profesjonene i

spesialist- og primærhelsetjeneste til å gi en optimal ressursutnyttelse av velferden (Knutsen 2004, s. 33).

Definisjonen til Payne (Willumsen 2012, s.23) på tverrfaglig samarbeid vil være relevant å benytte i denne studien: *”The professional and multiprofessional teams and the network of people we link with in the community and team working and networking together as an integrated form of practice”*

Årsaken til å velge Paynes definisjon er muligheten den gir for å samarbeide på tvers av profesjon, organisasjon og system for en felles måloppnåelse. Payne mener tverrfaglig samarbeid er hensiktsmessig og samtidig være en inspirasjon til å skape nye evidensbaserte behandlingsalternativer. Dette forutsetter at man på organisasjonsnivå er i stand til å støtte og å motivere medlemmene. En ulempe ved tverrfaglig samarbeid kan være at det oppstår profesjonskamp mellom aktørene og hvor det kjempes om posisjoner og utvidede arbeidsoppgaver for sin organisasjon. Av den grunn er det også personavhengig hvorvidt man lykkes eller ei med samarbeid i organisasjoner (Willumsen, 2012, s. 23).

Samhandlingsutfordringene beskrives i reformen som: *«Samhandlingsutfordringene for store pasientgrupper er store. Vi bruker ressursene på et for høyt nivå, der tilbudet i stedet kunne vært gitt på en bedre og mer kostnadseffektiv måte i kommunen»* (Meld. St. 47 (2008-2009) 2009. s.39). Målet for tverrfaglig samarbeid i denne studien er å koordinere profesjonene i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse-og omsorgstjenester til å gi en optimal ressursutnyttelse til utskrivningsklare pasienter. Dette baseres på utvekslingsperspektivet hvor behandlingsnivåene gjennom forhandlinger forplikter seg til å ”gi ”og ”ta”. Dette kan best oppnås når begge parter ser mulighetene ved gjensidig avhengighet og defineres som delvis overlappende domener (Knutsen 2004, s. 32).

Dette støttes av Reeves, Lewin, Espin & Zwarenstein (2010) som peker på at tverrfaglige team er avhengige av tillitt, koordinering og kommunikasjonsferdigheter som nødvendige faktorer for å oppnå samarbeid mellom profesjoner og mellom de ulike behandlingsnivåene. Dersom samarbeidspartene avtalte prioriteringsområder på tvers av profesjonsgrensener så man at dette bidro til å bryte tidligere barrierer. Felles prosedyrer og opplæring var i tillegg viktige faktorer for samarbeidet. Det er økende støtte nasjonalt og internasjonalt for økt samarbeid i helse og sosialsektoren. Målet er å øke pasientsikkerheten og oppnå høyere kvalitet på helsetjenestene. En annen faktor det pekes på er at det er lite effektivt når alle jobber hver for seg med den samme pasienten. Dette medfører både dobbeltarbeid og pasienten er allikevel

avhengig av koordinerte helsetjenester for å ivaretas helhetlig. Å implementere samarbeid i organisasjoner er derimot en kompleks handling da man har ulike motiver, målsetninger og betalingssystem på organisasjons- og systemnivå. Samtidig forutsetter det støtte hos de individuelle aktørene for å lykkes (Reeves et al., 2010).

2.2.1 Suksesskriterier og hindringer for samarbeid

I følge Galvin og Erdal (2013) er betingelser for tverrfaglig samarbeid avhengig av ni ulike suksessfaktorer og seks forbehold som også vil være relevante å belyse i denne studien. De faktorene som fremmer et tverrfaglig samarbeid er også de motsatte av hva som hemmer. Kriteriene kan gi en viss forståelse over de faktorene og forbeholdene som vil være vesentlige for samarbeidet i denne studien (Galvin & Erdal, 2013, s. 42).

2.2.1.1 Suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid

Forankring

Samarbeidssystemer må forankres i ledelsen og samtidig vedtas administrativt og politisk slik at involverte parter forplikter seg og setter systemene videre i sitt planarbeid. Ved å strukturere samarbeidssystemene er man mindre sårbare for at samarbeidet forsvinner med personene. Dette bidrar til at involverte parter får eierforhold til planene og en tydeligere ansvarsfordeling.

Felles målsetting

Dersom partene enes om felles målsettinger vil det være enklere å finne felles strategier og metoder for å nå målene. Videre bidrar dette til å skape et målrettet og effektivt samarbeid når aktørene er bevisst på hva de ønsker med samarbeidet.

Realistisk syn på samarbeidsmuligheter

Dersom aktørene kjenner hverandres fagfelt er viljen til å endre egen praksis i større grad tilstede. Viljen til selvransakelse og evne til å dra fordel av andre behandlingsnivåers kompetanse må være større enn viljen til å leve i konflikt.

Nytteopplevelse

Å fordele ansvar og oppgaver må av samarbeidende aktører virke stimulerende og meningsfullt for å oppleve det som nyttig. Begge behandlingsnivåer må kunne se at de trenger hverandres kompetanse og hvor gevinsten vil kunne føre til mindre arbeidsmengde for alle involverte aktører.

Nødvendighet

Hensikten med samarbeid er en metode for og nå et felles mål og det må foreligge en felles forståelse av hva som er viktige og prioriterte oppgaver. Dersom felles forståelse ligger til grunn vil aktørene også lettere se nytten av det tverrfaglige samarbeidet.

Respekt

Gjensidig respekt for hverandres faglige ståsted og ulikheter må være tilstede. Uenigheter må derimot baseres på sak og ikke person og er en realitet i ethvert samarbeid. Samtidig må aktørene godta at andre kan ha et annet syn på saken, men man må kunne besvare andres utspill med sin egen forståelse. Samtidig som respekt handler om å ha forståelse og ydmykhet for andres arbeidssituasjon og kompetanse. Det er nødvendig å ta hverandre på alvor.

Kunnskap om hverandres fagfelt

Kunnskaper om hverandres fagfelt er en viktig faktor for et tverrfaglig samarbeid. Hvilke roller og ansvar de enkelte aktørene har er viktig å ha kunnskaper om. Ulikheter bør gjøres tilgjengelig for felleskapet og kan skje gjennom hospitering og kurs fordi likheter ikke kan lære av hverandre.

Kompetanse

Verdigrunnlaget bør være felles og det er nødvendig med både fag -og felleskompetanse for et vellykket tverrfaglig samarbeid. Kompetansebygging kan utvikles gjennom refleksjon og veiledning samtidig som vedlikehold av systemet og felles opplæringsplaner er en forutsetning.

Tillit

Et samarbeid basert på gjensidig respekt , åpenhet og redelighet vil dette kunne føre til tillitt mellom samarbeidende aktører. Tillitt skapes ved at man tør å være direkte og samtidig saklig i kommunikasjon mellom behandlingsnivåene. De involverte aktørene må samtidig ha tillitt til at også samarbeidene aktører har relevant fagkunnskap (Glavin & Erdal, 2013, s. 44).

2.2.1.2 Hindringer for tverrfaglig samarbeid

Domenekonflikter

Når behandlingsnivåene føler seg truet og vil beskytte om egne domener kan dette hemme det tverrfaglige samarbeidet. Holdninger til hverandre på tvers av behandlingsnivåene og målet med samarbeidet må tydeliggjøres. I tillegg må man stille seg spørsmål om hva som er hensikten med samarbeid og hvem skal oppnå noe, er det pasientene eller behandlingsnivåene?

Gevinsten er asymmetrisk fordelt

Samarbeidet bør balanseres for å unngå at partene opplever uheldige konsekvenser for sitt behandlingsnivå. At samarbeidet ikke belønnes er èn side av saken, men uheldige konsekvenser er en annen. Man må yte noe og samtidig kunne få noe tilbake slik at samarbeidet oppleves som symmetrisk mellom behandlingsnivåene.

Profesjonsinteresser

Ulik profesjon og kunnskaper om hverandres fagfelt kan resultere i mindre tillitt til de andre profesjoners kompetanse.

Motstridende oppgaver hos etatene

Ulik tilnærming og målsetninger ovenfor pasientgruppen man samarbeider om kan komplisere det samarbeidet. Behandlingsnivåene kan ha ulik tilnærming ovenfor pasientgruppen.

Pålagt samarbeid

Statlige direktiver kan i seg selv være et hinder for samarbeid og føre til motstand mellom aktørene. Det påpekes at pålagt samarbeid i seg selv ikke er et gunstig utgangspunkt. Opplevelsen av at behandlingsnivåene har både medbestemmelse og deltagelse er derimot avgjørende for et vellykket samarbeid.

Manglende ressurser

Ressursmangel er en hemmer for det tverrfaglige samarbeid. Mange arbeidsoppgaver i eget behandlingsnivå kan føre til at samarbeidet i stedet oppleves som et ressurs spørsmål og blir nedprioritert. Endringsarbeid er ressurskrevende og fører med seg planlegging, faglig kompetanse samt tydelig dokumentasjon fra aktørene. Samarbeidet blir dermed muligens nedprioritert fordi aktørene allerede har en hektisk hverdag med press på produktivitet som igjen bidrar til økt stress (Glavin & Erdal, 2013, s. 42).

2.2.2 Koordinering av tjenester

Vangen & Huxham (2009) teori på hvordan samarbeid kan oppnås knyttes i denne studien inn i begrepet koordinering. Når behandlingsnivåene ser nytteverdien av gjensidig samarbeid kan resultater i større grad oppnås for en helhetlig tjeneste til pasienter med sammensatte behov. De ulike tjenestene kan utrette mer sammen enn hva de kunne klart hver for seg. Dette forutsetter en forpliktende gjensidig handling og tilpasning mellom arbeidsoppgaver for å være i stand til å koordinere pasientovergangene (Vangen & Huxman, 2009, s. 67-85). Formaliseringen av dette er vedtatt på systemnivå der partene forpliktes til å samarbeide gjennom felles samarbeidsavtaler på tvers av fag, profesjon og behandlingsnivåer (Olsen, 2004, s.147-186, Meld St. 47 (2008-2009), 2009, s.77).

Ikke uten betydning er dette avhengig av enkeltindivider og ledere i organisasjonen for å kunne lykkes. Samarbeidet må derfor baseres på tillitt, respekt og kommunikasjon mellom profesjoner og behandlingsnivåer. Utgangspunktet for samarbeidet må være målet om at pasientens forsvarlige helsetilbud ivaretas (Orvik, 2015,s.125, Glavin & Erdal, 2013, s.46).

Mitkidis, Sørensen, Nielbo, Andersen & Lienard (2013) fant i sin studie økt tillitt mellom deltagerne der målet med samarbeidet var kjent på forhånd. Dette førte til at deltagerne bidro mer når de visste at de fikk noe tilbake. Dette kan overføres til også å gjelde mellom behandlingsnivåenes der tillitt skaper bedre samarbeidsvilkår når formålet er kjent. I motsatt fall vil dette føre til fragmentering av tjenestene der pasientbehandlingen er oppstykket og der det ikke er iverksatt tiltak som knytter tjenestene sammen. Dette kan være en konsekvens med økt risiko for svikt i både kvalitet og pasientsikkerhet ved desentralisering og spesialisering(Orvik, 2015, s.167, Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s. 21).

2.3 Kommunikasjon

Ulike faguttrykk og terminologi kan skape barrierer for godt samarbeid. De ulike profesjoner, faggrupper og behandlingsnivåer legger ulik betydning i begrepene og misforståelser oppstår lettere. Dette betyr at språkbarrierer kan være en hemmende faktor for et vellykket samarbeid (Hansen, & Fineide, 2000, Dahl, 2013. S.110).

En Canadisk studie ble gjennomført for å kartlegge effekten av samarbeidskompetanse og de faktorene som påvirker pasientsikkerheten og overføringer mellom behandlingsnivåer. Studien fant klare mangler på rammeverk for samarbeidspraksis blant de som var med i undersøkelsen. Denne mangelen skapte utfordringer i blant annet effektive kommunikasjonsferdigheter knyttet til pasientkvaliteten samt å forstå og verdsette profesjonelle roller og ansvar (Suter et al., 2009).

Erfaringsmessig er det tilfeldig hvem som foretar utskrivelser og utskrivelsene bærer mer preg av dette enn av målrettet kommunikasjon om hvilket behandlingsnivå den enkelte pasient er i behov av ved utskrivelsen. Årsaken til disse tilfeldighetene kan være en kombinasjon av erfaring, kontinuitet og kompetanse blant sykepleiere. Erfaringen ligger i hvordan man kommuniserer for å få frem pasientens behov. Kontinuitet blant de ansatte skaper forutsetninger for å bli bedre kjent med pasientene og den enkelte sykepleier bør ikke sette av så mye tid daglig på å oppdatere seg på pasientene. Ved å ha opparbeidet seg et godt klinisk blikk kan man ved hjelp av erfaring ha større forutsetninger til å informere og kommunisere pasientens funksjonsnivå videre i forløpet.

Semiotikk er i motsetning til tradisjonell kommunikasjonsteori en systemorientert kommunikasjonsmetode. Ved å definere kommunikasjon som en systematisk prosess med utgangspunkt i en felles kulturell kunnskap vil dette bidra til at koder får et bestemt meningsinnhold. Semiotikk er ble brukt i medisinsk litteratur fra 1600-tallet og er læren om tegn og fortolkning av tegnene. Tegnene omformuleres til koder og det er denne kodingen som skaper forståelse og mening i samhandling mellom behandlingsnivåene. Ved å snakke samme språk kan man i fellesskap øke pasientsikkerheten i overføringen mellom behandlingsnivåene (Dahl, 2015, s.102-108, Orvik, 2015, s.252-258, Suter et al., 2009, s. 41-51, Bender et al. 2013, s. 165-174). Dette høres banalt og enkelt ut, men det viser seg allikevel i praksis at dette er en utfordring. Denne utfordringen ligger i å kommunisere relevant og nødvendig informasjon fra sykehus til den enkelte kommune- å snakke samme språk.

Semiotikk kan gjennom felles kulturell kommunikasjon gi et godt utgangspunkt for samarbeid mellom ulike organisasjoner, profesjoner og etater (Dahl, 2015, s.102-108, Orvik, 2015, s.252-258).

2.4 Organisatorisk kompetanse

Kliniske organisasjoner har som mål å fremme helse, og forebygge lidelse, men spørsmålet er om overgangen fra en human organisasjon i større grad er blitt erstattet av en resultatbasert bedrift etter prinsipper fra New Public Management (NPM). Bedriftsøkonomiske prinsipper stiller effektivitets- og produksjonskrav høyt, noe som kan være en hemmer for tema i denne studien både på organisasjon - og relasjonsnivå (Repstad 2004, s.11-17). På organisasjonsnivå i form av sanksjoner med dagsbøter for overliggere i sykehuset. Sett i lys av et bedriftsøkonomisk perspektiv vil muligens målet for disse organisasjonene være å redusere kostnadene for overliggere og å inngå faglige kompromiss på bekostning av pasientsikkerheten. Dette kan igjen føre til økte re-innleggelser og utgjøre en ekstra belastning for pasientene. På relasjonelt nivå er det derfor mer enn tidligere økt behov for sykepleiere med organisatorisk kompetanse både i form av klinikere, men også i et samfunnsperspektiv. Organisatorisk kompetanse er en refleksiv og handlingsrettet kompetanse som gjenspeiler verdier og organisasjonsform samtidig som utøveren har evne til å organisere eget arbeid i samarbeid med andre. Organisatorisk kompetanse er en og samme kompetanse, en dobbelt kompetanse med tre ulike perspektiv. Perspektivene inndeles i *kulturelt*, *strukturelt* og *prosessuelt* perspektiv jeg vil komme nærmere tilbake til nedenfor (Orvik 2015, s.15).

2.4.1 Kulturelt perspektiv

Verdibegrepet står sentralt i et kulturelt perspektiv og kjennetegnes av verdier og normer. Verdier har et vidt spenn som strekker seg fra faglige idealer til økonomiske prioriteringer, hvor kvalitet er en verdi om hva som er det ideologisk optimale. Det organisatoriske momentet ved kvalitet, dreier seg om kommunikasjon, koordinering, kontinuitet og samarbeid som viktige faktorer i pasientovergangene. Kompetanse, bemanning og kontinuitet står i det kulturelle perspektivet som viktige indikatorer for kvalitetsegenskaper (Orvik, 2015, s.79). Organisatorisk kvalitet i overgangen mellom behandlingsnivåene er derfor nødvendig for sykepleiere å tilegne seg. Dette vil kunne legge bedre til rette for kontinuitet, kommunikasjon

og samarbeid om de utskrivningsklare pasientene. Samtidig viser aktuell forskning at overgangene med utilstrekkelig informasjon mellom behandlingsnivåene skaper et stressmoment for pasienten hvor pasientsikkerheten kan utgjøre en fare (Tønnessen et al., 2016, s. 14-23, Brattheim et al, 2016, s. 26-33, Havens, et al., 2010). Sett fra et sammensatt perspektiv er tid en kvalitet og et verdibegrep som både handler om pasienttid og profesjonstid, men ikke minst produksjonstid. Å tilpasse tiden man har til rådighet hos hver pasient inn i prioriterte områder, ulike vaktordninger og bemanningsspørsmål kan føre til verdikonflikter hvor man må ta selvstendige beslutninger basert på verdighetsgarantien til fordel for organisasjonens budsjett. Verdighetsgarantien skal sikre eldreomsorgens kvalitet, verdighet og kontinuitet basert på respekt for medbestemmelsen og egenverd (Orvik, 2015, s.71-78, Helsetilsynet, 2016, Verdighetsforskriften, 2010).

Kontinuitet er dermed summen av egenskaper som omfatter systemer, relasjoner og organisatoriske faktorer. Disse faktorene skal bidra til at pasientene opplever en samordnet tjeneste uavhengig av hvilket tjenestenivå de befinner seg på (Orvik,2015, s.167, Meld. St. 47 (2008-2009), 2009, s.100, Helsetilsynet, 2016).

2.4.2 Strukturelt perspektiv

Kliniske foretak er ” *verdibaserte tjenester som foregår i organisasjoner* ” og er hvordan organiseringen av hele og deler av pasientforløp foregår. Filosofien bak kliniske mikrosystemer er at verdiskapingen i helsevesenet finner sted mellom helsepersonell og pasienten. Ideen med kliniske foretak er å støtte opp om pasienter, helsepersonell og pårørende. Begrunnelsen er at helsepersonell selv over tid indentifiserer forbedringsområder. Dette vil kunne bidra til større velvilje og motivasjon hos de pasientansvarlige i motsetning til de endringer som foretas på et høyere organisasjonsnivå. Kvalitetsforbedring og forandringer kan derfor best skje gjennom støttende ledelse og alternativ (omvendt) organisasjon for å oppnå gode resultater både kvalitets-og sikkerhetsmessig. Ulempen er at denne filosofien utfordrer den tradisjonelle hierarkiske tankegangen og kan føre både til motstand og fragmentering (Orvik, 2015, s. 160, Bender, et al, 2013, s. 165-174).

2.4.3 Prosessuelt perspektiv

I det prosessuelle perspektivet står samhandling som uttrykk for kvalitet, pasientsikkerhet og detaljerte faguttrykk. Dette begrepet blir stadig oftere benyttet som en samlebetegnelse på de

kliniske og øvrige utfordringene i dagens helsevesen. Tradisjonelt er samhandling en kombinasjon av begrepene samhandling, samarbeid og samordning hvor formålet er å bidra til integrasjon mellom behandlingsnivåene. Videre inndeles samhandling inn i instrumentelle og ekspressive variabler hvor hensikten med denne inndelingen er å ivareta lovens krav om at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og å bidra til gjensidig tillitt til hverandre (Orvik, 2015, s.168). Instrumentell funksjon er hvordan ulike handlinger fører til at man når et bestemt mål ved å beskrive hvordan sosiale interaksjoner skal løse problemer. Elementer som fokuserer på klima og utvikling av gjensidig tillitt i systemet defineres som ekspressiv funksjon. Dette kan overføres til at man i spesialist og kommunehelsetjenesten må ha tro og tillitt til hverandres faglige kompetanse for at samarbeidet får mulighet til å videreutvikles (Orvik, 2015,s. ,Helsetilsynet 2016). Økt organisatorisk kompetanse hos den individuelle utøver ansees å ha en større betydning enn tidligere antatt for å koordinere tjenester for å tilby en sammenhengende helhetlig tjeneste (Orvik, 2015, s. 17). Samarbeid må bygges på tillitt mellom profesjonene innenfor samme profesjon eller mellom to ulike profesjoner. Dette defineres som tillitskjede, man må ha tro på de andres kompetanse for å unngå dobbeltarbeid , en kompetanse basert tillitskjede (Grimen 2008, s.197-212).

Hvordan dette samarbeidet skal lykkes er avhengig av forhold på system, organisatorisk og relasjonelt nivå. Dette vil jeg forsøke å fremstille etter en modell av San Martin- Rodriguez et al., (2005) på hvilke sammenhenger som fremmer og hemmer dette samarbeidet.

2.5 Hemmende og fremmende determinanter

Jeg har på bakgrunn av funn som kom frem hos respondentene valgt å klassifisere faktorer for samarbeid mellom behandlingsnivåene etter inndelingen av San Martin- Rodriguez et al., (2005) sine determinanter. Determinantene er delt inn i tre hovedgrupper på henholdsvis system, organisasjon og relasjonelt nivå. Disse vil danne en forståelsesramme for de funnene som er gjort i studien. Videre gjør jeg derimot kun rede for organisatoriske og relasjonelle determinanter i studiens presentasjon av funn og drøftingsdel.

I sin artikkel tar San Martin- Rodriguez et al., (2005) for seg tilgjengelig empiri på sammenhenger som påvirker tverrfaglig samarbeid. Etter en gjennomgang av empirien fant

forfatterne tre ulike hovedgrupper som påvirker samarbeidet. Hovedgruppene definerer forfatterne videre som systemiske, organisatoriske og relasjonelle determinanter. Dette er oversatt fra begrepene the systemic determinants, the organizational determinants og the interactional determinants Artikkelen viser at det tidligere har vært en teoretisk tilnærming på hvordan de tre determinantene påvirker tverrfaglig samarbeid og ikke empirisk materiale som utgangspunkt.

Systemiske determinanter

Systemiske determinanter definerer hvilke nasjonale og politiske føringer den enkelte organisasjon må forholde seg til- forhold på utsiden av organisasjonen. Utdanningssystemet og de samfunnsmessige holdningene er eksempler på faktorer som ligger på det systemiske nivå. De samfunnsmessige holdningene, det folket er opptatt av er ofte de som vinner i en fordeling av velferdsressursene som for eksempel økt behandlingsansvar av de utskrivningsklare pasientene over til kommunene-desentralisering. Utdanningssystemet har frem til i dag hatt lite undervisning som støtter opp om tverrfaglig samarbeid og de ulike profesjonene har dermed lært lite om de andre utdanningenes fagfelt. Denne prosessen kjennetegnes av dominering, uavhengighet og kontroll snarere enn samarbeid og tillitt. For å få til samarbeidsånd, må man anerkjenne andre profesjoners faglige styrker, sosialisering og teoretiske perspektiver , de ulike forskjellene mellom profesjonene. Likheter mellom profesjoner skaper gode samarbeidsforhold gjennom å sette sammen kompetanse, erfaring og vurderinger fra et variert team. Ulik sosial status kan derimot være en kilde til maktforskjeller og kan således være en hemmer for samarbeidet mellom profesjonene. Spesielle kulturelle verdier som eksempelvis team som jobber individuelt støtter individualisme og spesialisering og ansees som en hemmer for samarbeid (San Martin- Rodriguez et al., 2005).

Organisatoriske determinanter

En profesjonell virksomhet er organisert etter lovverket og de økonomiske rammer som er gitt i politiske føringer. Hvordan organiseringen av tjenestene, organisasjonsstrukturen, ledere og ressurser utnyttes er avgjørende for samarbeid mellom spesialist – og primærhelsetjenesten og er de organisatoriske determinanter – forhold på innsiden av organisasjonen (San Martin- Rodriguez et al.,2005). Disse faktorer er avhengig av god organisering innad i organisasjonen som konkretiserer og støtter opp om samarbeid i arbeidsmiljøet. Det påpekes videre at

strukturendringer i organisasjonene med en flat eller horisontal struktur er en fremmer for samarbeid da denne strukturen legger til rette for felles beslutningstaking og åpen og direkte kommunikasjon. I motsatt fall legger den nåværende hierarkiske strukturen mindre til rette for forutsetninger som er viktige og nødvendige for et vellykket samarbeid. Organisasjonens verdier og filosofi er elementer som fremmer et samarbeid mellom profesjoner og behandlingsnivåer når disse elementene verdsettes. Å implementere samarbeid mellom fag, profesjon og behandlingsnivåer krever ledere som har evne til å formidle visjonen om samarbeid til sine ansatte. Ledere som har evne til å motivere og å legge til rette for samarbeid vil kunne skape et formålstjenlig arbeidsmiljø. Ledere som har evne til å lansere realistiske målsettinger for sine ansatte har større evne til å lykkes med implementering av samarbeid. Dersom organisasjonen setter av tid og legger forholdene til rette kan dette bidra til mindre konflikt mellom behandlingsnivåene samtidig som ressurser i form av økonomiske konsekvenser er av betydning for om samarbeidet lykkes. Koordinering og kommunikasjon er faktorer som fremmer samarbeid og som kan formaliseres gjennom felles prosedyrer der ledere i tillegg har evne til å formidle politiske planer ut til ansatte i organisasjonen (San Martin- Rodriguez et al., 2005). Samarbeid mellom profesjonene styrkes ved felles standarder, prosedyrer og behandlingslinjer som alle profesjoner må forholde seg til. Kommunikasjonsmekanismer som standardisert og enhetlig dokumentasjon var en fremmer for samarbeid samtidig som man vektla formelle møter og forum som viktige faktorer mellom de ansatte (San Martin- Rodriguez et al 2005).

Relasjonelle determinanter

De ansatte i organisasjonene, de mellommenneskelige forhold er de relasjonelle determinanter etter San Martin- Rodriguez et al., (2005) gjennomgang. Tillitt, respekt og holdninger er en forutsetning for samhandling og påvirkes av kulturen i etatene, lederstil og fagkunnskap. Vilje til samarbeid er derimot individuelt og påvirkes av den enkeltes utdanning, erfaring og holdninger. Tillitt mellom personene påvirkes også av tid, tålmodighet, og tidligere positive erfaringer (San Martin- Rodriguez et al.,2005). Kommunikasjonsevner hos den enkelte trekkes frem som en fremmede faktor og styrkes i de tilfeller hvor helsepersonell innehar dette. Man må ha evne til å forhandle med annet helsepersonell effektivt og konstruktivt samtidig som man må ha respekt, tillitt og kommunikasjonsferdigheter til å dele denne informasjon. Vilje til samarbeid er basert på frivillighet hos den enkelte og styrkes av tilhørighet og felles mål. Fordi det er individuelt er viljen til samarbeid betinget av tidligere

erfaring, personlig og profesjonell modenhet. Ulike profesjoner kan være en hemmer for samarbeidet og føre til profesjonsstrid. Dette kjennetegnes av kontroll, dominering og uavhengighet snarere enn samarbeid. Hinder for vellykket samarbeid mellom behandlingsnivåene vil være ulike målsettinger og begrenset kunnskap om hverandres fagområder og organisasjoner (San Martin- Rodriguez et al., 2005).

3.0 Metode og design

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvilken forskningsmetode og design som er benyttet for gjennomføringen av undersøkelsen.

3.1 Metodevalg

Samfunnsvitenskapelig forskning er en systematisk innsamling, refleksjon og fortolkning av et fenomen som i etterkant kan etterprøves å deles med andre- kunnskapsoverføring, og i beste fall lar seg overføre til også å gjelde i andre sammenhenger (Malterud, 2013, s.17).

Johannesen et al.,(2011) definerer samfunnsvitenskap som en systematisk innsamling av data på hvordan verden faktisk ser ut, en metode for å nå målet. Samfunnsvitenskapelig metode er å samle, analysere og fortolke innsamlet data.

Å velge undersøkelsesmetode til denne studien var metodetriangulering i lang tid ment å benytte. Ved å gjennomføre både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming kunne jeg fått mulighet for å generalisere studiens funn. Etter gjennomgang av både tid, ressurser og studiens tema falt valget på en kvalitativ tilnærming til problemstillingen. Det var opplagt at det var denne metoden som egnet seg best til min problemstilling, dette da jeg ønsket å komme tett på helsepersonells egne erfaringer med tverrfaglig samarbeid om de utskrivningsklare pasientene. I henhold til Jacobsen (2013) er metode en systematisk fremgangsmåte for innsamling av data som kan beskrive virkeligheten som skal undersøkes. Videre mener han at virkeligheten er mer komplisert å beskrive og bør derfor inndeles ytterligere i begrepene virkelighet, sannhet og kunnskap for å få en optimal tilnærming til hvordan verden ser ut. Disse begrepene står sentralt i hermeneutikken hvor det poengteres at det er det individuelle man som forsker søker å finne. I motsetning til hermeneutikk er den positivistiske metoden det som kan studeres objektivt gjennom forskerens forståelse av temaet. I positivismen måles et fenomen ved hjelp av spørreskjema som er utarbeidet av forskeren basert på sin formening om hva som er viktige faktorer for fenomenet. Deretter kan man telle og måle opp fenomenene og kunne kartlegge utbredelse i et objektivt perspektiv (Jacobsen, 2013, s. 34).

Kvalitativ Metode er derimot godt egnet til å undersøke dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Videre vil menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, forventninger, holdninger, motiver og tanker være i en skriftlig form i en kvalitativ forskningsmetode (Malterud, 2013, s. 26). Ikke uvanlig i kvalitative studier er å utvikle en hypotese og å velge denne metoden for å teste hypotesen. I denne studien er det bevisst valgt å ikke utvikle dette da jeg som forsker ønsker å gå inn i undersøkelsen med et åpent sinn til tross for min forforståelse om valgt tema. Dersom jeg hadde benyttet en hypotese i denne studien ville jeg søke de antagelser jeg på forhånd trodde var årsaken til fenomenet og i mindre grad fått frem nye interessante årsakssammenhenger (Jacobsen, 2013, s. 362, Malterud, 2013, s.177).

Bakgrunnen for ikke å velge en kvantitativ undersøkelse er da metoden er mindre egnet til å få frem dybden om tema til denne studiens problemstilling. Metoden baserer seg på at den sosiale virkeligheten telles og måles og hvor man i ettertid kan behandle med statistiske teknikker og diagram (Jacobsen, 2013, s. 235). Det stilles i kvantitative metoder mindre krav til informantenes forforståelse av undersøkelsens tema. Samtidig er fordelene med kvantitative data at forskeren i større grad får muligheten til å generalisere funnene i undersøkelsen da man når ut til en større gruppe informanter. Ulempen ved å benytte en kvantitativ metode er at forskeren i større grad påvirker svaralternativene til å passe inn i sin egen forforståelse av temaet. Forskeren må tilpasse spørsmålene i et spørreskjema for å søke svar på sin valgte problemstilling og det vil derfor gi liten mulighet for svarvariasjoner. Dette fører til at man i mindre grad vil kunne oppdage nye faktorer som årsakssammenhenger. Samtidig er det forskeren som har utarbeidet spørsmålene og man er i større grad avhengig av at de spørsmålene som stilles er tydelige og verdifulle (Jacobsen, 2013, s. 53).

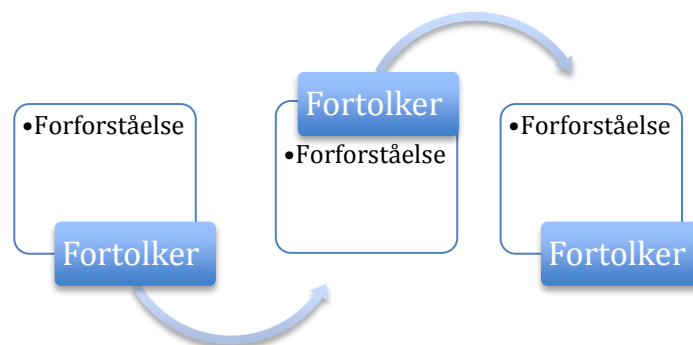
For å besvare valgt problemstilling ble det derfor benyttet en kvalitativ metode med en induktiv tilnærming som beskriver og utforsker menneskers erfaringer og forståelsen av et fenomen. En kvalitativ metode innebærer at forskeren får en nærhet til de som undersøkes og denne metoden baserer seg på tekster gjennom intervjuer, observasjon og - eller skriftlig material fra respondenter. Ved å benytte meg av en kvalitativ metode fikk jeg muligheten til å få frem ulike erfaringer, holdninger, verdier og forventninger hos mine respondenter. Metoden egner seg derfor til å styrke forståelsen av hvorfor mennesket handler som de gjør. En kvalitativ metode skaper derimot en nærhet til intervjuobjektet som kan bidra til å påvirke besvarelsen fra respondenten . Dette defineres som intervju-effekt og som forsker tok jeg hensyn til dette når intervjuene ble transkribert. Metoden egner seg til prosjekter hvor

dynamiske prosesser beskrives så som tverrfaglig samarbeid som er denne studiens tema (Malterud, 2013, s. 175).

Allikevel er jeg innforstått med at en metodetriangulering ville styrket studiens funn og gjort det mulig å kunne generalisert dersom utvalget var representativt. På bakgrunn av tid og ressurser valgte jeg å konsentrere meg om å skaffe kunnskap om helsepersonells erfaringer om et fenomen og kunne etter mine overveielser med fordel ivaretas ved å benytte en kvalitativ metode med en forklarende problemstilling.

3.2 Design

Design i samfunnsvitenskap er hvordan forskeren vurderer ulike alternativer for gjennomførelsen av undersøkelsen. Design har sin opprinnelse fra det latinske designum som betyr kjennetegn. Fra ide til et ferdig produkt- i denne sammenheng fra problemstilling til ferdig forskningsoppgave Hvordan skulle jeg samle inn empiri til studien? Hvilket design vil være naturlig å benytte for å avdekke helsepersonells erfaringer om studiens tema? Dette er relevante spørsmål jeg som forsker måtte ta stilling til før jeg valgte design (Johannessen et al., 2011, s.73). Siden jeg skulle undersøke et fenomen ble en kvalitativ tilnærming med et induktivt tilnærming et naturlig valg. Som forsker ville jeg undersøke respondensenes erfaringer-om hvordan deres «verden» ser ut. Induktivt tilnærming benyttes når jeg skal bygge videre på min egen forforståelse av temaet, og kjennetegnes av et intensivt opplegg der man går i dybden og får nyanser og detaljrikdom av respondentene. I motsetning til en deduktiv metode vil en induktiv tilnærming ha et fortolkningsnivå mindre (Figur 1) og man kommer som forsker nærmere den undersøkte informasjon av data (Jacobsen, 2013, s. 35).



Figur 1

Ved at jeg benyttet meg av intensivt design med få antall respondenter bidro dette til å få flere detaljer og muligheten for å kunne gå i dybden på studiens tema. Målet var å få frem det spesielle og unike i de fenomener som ble undersøkt og som respondentene hadde god innsikt i. Ved å gå i dybden vil jeg kunne få fram så mange nyanser og detaljer som mulig. Dette defineres som «Små-N-studier» (Jacobsen, 2013, s.89)

En hermeneutisk tilnærming i henhold til Gadamer innebærer å beskrive menneskers oppfatning av hvordan verden ser ut gjennom å legge sammen deler til en helhet. Jeg som forsker må derfor ha en forforståelse av det som skal undersøkes for å være i stand til å se denne helheten samtidig som jeg må være åpen for nyanser som ikke stemmer overens med mine egne erfaringer (Jacobsen, 2013, s. 32, Johannessen et al., 2011,s. 364, Thagaard, 2013, s. 41).

3.3 Utvalg og rekruttering

I min studie valgte jeg ut de personene som best kunne forklare og gi utdypende informasjon om studiens tema. Jeg benyttet meg derfor av en formålsoverordnet utvelgelse av respondentene som kunne gi meg spesiell informasjon om temaet. Respondentene ble derfor valgt ut både fordi de hadde informasjon og kunnskap om temaet i studien. I følge Jacobsen (2013) er denne utvelgelsen mindre basert på det representative og brede utvalgskriteriet, men på de som kan gi meg spesiell informasjon omkring et fenomen (Jacobsen, 2013, s.).

Jeg tok utgangspunkt i prosjektets omfang og tid da jeg bestemte meg for antall undersøkelsesenheter jeg kunne konsentrere meg om både fordi datainnsamling og intervjuer er en tidkrevende prosess (Jacobsen, 2013, s. 35). Utvelgelsen ble da totalt 6 respondenter i henholdsvis 2 kommuner og i 3 sengeposter i spesialisthelsetjenesten med arbeid rettet spesielt inn mot denne pasientgruppen. Det ble tatt kontakt med de ulike avdelingenes seksjonsledere i spesialisthelsetjenesten som deretter foretok et valg om hvilke av sine ansatte som kunne delta på dette intervjuet. Videre valgte jeg de medisinske sengepostene da disse utskrivelsene krever mer generell kompetanse og tydeligere kommunikasjon fra helsepersonell for å få pasientene til rett behandlingsnivå. Ved kirurgiske avdelinger er behovet for forsvarlig tjenestetilbud satt mer i et system ved at det er definerte rehabiliteringsplasser i kommunehelsetjenesten spesielt tilpasset denne pasientgruppen.

For å rekruttere respondentene i kommunehelsetjenestens sendte jeg mail til virksomhetsledere i de aktuelle kommunene som videresendte denne til sine pasientkoordinatorer. Respondentene tok videre kontakt på mail og bekreftet ønske om deltagelse i studien. Jeg gikk så videre en tilbakemelding på mail med ønske å om å stille til intervju. Kommunestørrelsen var også et relevant utvalgsriteriet og er i studien representert med en stor og mellomstor kommune for å se om dette har innvirkning på tilbudet som gis. Når alle intervjuobjektene var bekreftet tok jeg personlig kontakt på telefon og avtalte et tidspunkt og dato for gjennomførelsen av intervjuene. En av sengepostene har det som defineres som samhandlingssykepleier og begrunnelsen for dette valget i undersøkelsen var å se om dette kan være en hemmer eller fremmer for det kommunikative samarbeidet.

Undersøkelsen ble derfor gjennomført ved hjelp av respondenter fra ulike nivåer i kommune- og spesialisthelsetjenesten for å få bredden i prosjektet. Respondentene i kommunehelsetjenesten er valgt ut på bakgrunn av den informasjonen de innehar om utskrivningsklare pasienter i sin organisatoriske rolle som pasientkoordinatorer og de mulige organisatoriske utfordringer de eventuelt opplevde med å tilby en helhetlig koordinerende helsetjeneste. Denne utvelgelsen ble foretatt på bakgrunn av min forforståelse om lite fokus på målrettet kommunikasjon i utskrivingsprosessen mellom behandlingsnivåene.

3.4 Intervjueguide

Jeg hadde tidlig i prosessen funnet ut at et semistrukturert individuelt intervju passet best til mitt tema og studiens problemstilling. Før intervjuene startet utarbeidet jeg derfor en intervjueguide på bakgrunn av San Martin- Rodriguez et al., (2005) review-artikkel om faktorer for tverrfaglig samarbeid. Intervjueguide ble benyttet for å holde en viss struktur i intervjuet, samtidig som semistrukturert intervju åpner opp for å stille oppfølgingsspørsmål (Johannessens et al.,2013, s.139). Intervjueguiden fungerte for meg som en huskeliste for å sikre at jeg kom innpå de temaene jeg skulle gjennom i løpet av intervjuet. Jeg var opptatt av å komme nærmere innpå hvilke faktorer respondentene opplevde som fremmer og hemmer mellom behandlingsnivåene om kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid i utskrivingsprosessen. Det har allikevel vært en utfordring å komme frem til spørsmål i intervjueguiden som kunne besvare hvordan kommunikasjon påvirker utskrivingsprosessen da dette i utgangspunktet både er allmennkunnskap samtidig som dette befinner seg på pensum

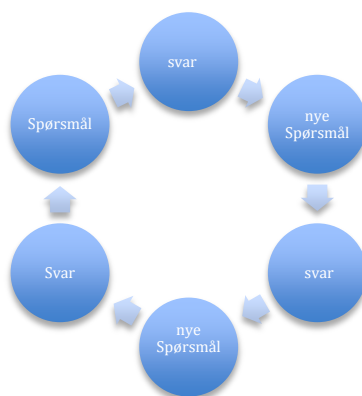
til alle profesjonsstudier. Fordi det er allmennkunnskaper vil det muligens være noe vanskeligere å definere for respondentene da det kan oppfattes som en ”selvfølge” å beherske kommunikasjon. Samtidig er ofte det ”selvfølgelige” i større grad betinget av at man har et bevisst reflektert forhold til hvorfor og i hvilken grad man benytter denne ferdigheten.

3.5 Gjennomføring

Undersøkelsen ble gjennomført over en periode på 5 uker, våren 2016 hvor jeg møtte respondentene på deres arbeidsplass da dette gjorde det enklere for dem å sette av tid til intervjuet. Denne nærheten kan øke muligheten til at man som forsker kan sette seg inn i deres situasjon samtidig som intervjuobjektene er mer avslappet i denne konteksten (Jacobsen, 2013, s. 149). Mitt mål var å sørge for at de ikke fikk ekstrabelastning ved å delta i undersøkelsen og hvert intervju tok ca.1 time som jeg skriftlig hadde informert om ved forespørsel om deltagelse. Før intervjuene startet fortalte jeg kort om meg selv. Videre gjennomgikk jeg informasjonsskrivet de hadde fått på forhånd. Respondentene fra begge behandlingsnivåer var alle engasjerte i temaet tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon på tvers av etatene og jeg følte dette var et tema som opptok alle deltakerne.

I intervjuene benyttet jeg båndopptager for å ha øyekontakt og fokus på respondentene, noe som bidro til en nærhet og fokus i den sosiale interaksjonen. Samtidig fikk jeg muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål da jeg ikke behøvde å fokusere så mye på å ta notater underveis. Fordelen ved å benytte opptaker er samtidig at jeg fikk muligheten til å få direkte sitat til studien, noe som både styrker troverdigheten og meningen bak utsagnet (Jacobsen, 2013, s.162). Ingen av respondentene opplevde å føle seg bundet eller hemmet ved bruk av opptaker som kan være et argument mot å benytte dette. Fordelen var også at jeg er ny i denne forskerrollen og min erfaring med å notere underveis i intervjuene kunne bidratt til at jeg ville utelatt vesentlige poeng. Jeg valgte bevisst å unngå fokusgruppeintervjuer da min erfaring med store undersøkelser er begrenset og jeg var redd det ville utgjøre en stressfaktor for meg som forsker. Av den grunn fant jeg det naturlig å benytte meg av individuelle intervjuer i undersøkelsen. For å få frem respondentenes oppfattelser, tanker og synspunkter omkring studiens tema – et fenomen-ble det benyttet hermeneutisk tilnæringsmetode i tråd med den tyske filosofen Gadamer's hermeneutisk sirkel. Hermeneutisk sirkel forklares i denne studien som respondentens svar som etter fortolkning hos forskeren leder til nye spørsmål som en

fordel når jeg benytter et semistrukturert intervju (figur 2). I følge hermeneutikken må jeg ha en forforståelse av det som skal undersøke for deretter å ha mulighet for å fortolke til en helhetsforståelse. En hermeneutisk tilnærming i henhold til Gadamer innebærer å beskrive menneskers oppfatning av hvordan verden ser ut gjennom, å legge sammen deler til en helhet. Hermeneutikk med holistisk tilnærming ble relevant å benytte i denne studien da jeg må forsøke å forstå og tolke den sosiale interaksjonen mellom helsepersonell i den konteksten de inngår i (Jacobsen, 2015, s. 364).



Figur 2

3.6 Transkribering

All samfunns- og vitenskapsforskning innebærer å samle inn og dokumentere data i form av lydopptak, bilder eller tekst som senere skal analyseres og tolkes. Denne datainnsamlingen blir i vitenskapsteorien omtalt som transkribering (Tjora, 2012, s.143, Jacobsen, 2013, s.189). Transkribering av datamaterialet var en tidkrevende prosess hvor råmaterialet ble fremstilt fra lyd til tekst. Transkriberingen bidro til at jeg opplevde intervjuene som svært reelle igjen og kunne oppleve å se for meg de ulike respondentenes kroppsspråk og uttrykk. Hvert enkelt intervju hadde en varighet på ca.1 time, noe som resulterte i at hvert enkelt intervju tok flere timer å transkribere. Deretter satt jeg igjen med et enormt skriftlig råmateriale som i første omgang synes umulig å analysere. Når råmaterialet var såpass omfattende kunne jeg i det minste være trygg på at jeg ikke hadde oversett viktige momenter som ville ha betydning for studien. Dette råmaterialet forenklet allikevel senere analyseprosessen og kategoriseringen jeg skulle gjøre da jeg hadde mulighet til å skrive stikkord og utheve relevant informasjon i det transkriberte materialet (Tjora, 2012, s.143, Jacobsen, 2013, s.189).

3.7 Studiens etiske vurderinger

Som forsker må man ta hensyn til personer, grupper og institusjoner, hensyn til andre forskere og forskningskvaliteten er viktige momenter som må overveies (Thagaard, 2016, s.24 Jacobsen, 2013, s. 48, NESH, 2016, 27.04). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2016, 27.04) definisjon på personopplysninger er ” *opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en enkeltperson*». I min studie har jeg vært helt avhengig av respondentenes velvilje til å dele sine tanker, meninger og erfaringer med meg. Når jeg så fikk være respondentenes gjest i deres arbeidshverdag var det en forutsetning att forskningen foregikk på en etisk forsvarlig måte og identifiserbare kjennetegn er derfor utelatt i denne studien. Studien er søkt og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i forkant av intervjuene. Dette da jeg i undersøkelsen innhenter personopplysninger som kan identifisere og spores tilbake til enkeltpersoner. NSD vurderer i hver enkelt søknad om hensynet til personvernet og at lov om behandling av personopplysninger er ivaretatt (Thagaard, 2016, s.24, NESH, 2016, 27.04).

3.7.1 Konfidensielt ansvar

Før jeg startet med intervjuene ble respondentene informert om at alt datamaterialet ble konfidensielt oppbevart og at det kun var jeg som hadde tilgang til dette. Underveis i studien har jeg blitt stilt spørsmål av venner og kollegaer om hvilke kommuner eller avdelinger jeg har foretatt undersøkelser i. Dette er spørsmål jeg bevisst ikke har besvart for å ivareta respondentenes anonymitet . Respondentene ble informert om at personopplysninger vil bli anonymisert gjennom studien samt at alt materiale er forsvarlig og fortrolig oppbevart under hele arbeidsprosessen (Thagaard, 2016, s.28, NESH, 2016, 27.04). Videre fikk de informasjon om at alt materiale som kan spores tilbake til dem vil bli slettet og makulert etter sensur av ferdig innlevert studie. Dette er overveielser som ivaretas etter prinsippene i Helsinkdeklarasjonen av 1964 (Malterud, 2013, s. 201).

3.7.2 Informert samtykke

Mine respondenter ble informert om hensikten og formålet med studien både skriftlig og muntlig før intervjuene startet. Videre fikk de informasjon om at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg dersom de ønsket dette. Før selve gjennomføringen av intervjuene fikk respondentene gjentagende muntlig informasjon. Respondentene har gitt frivillig

informert skriftlig samtykke til å delta i studien og er informert om at data vil bli anonymisert og således ikke utgjøre en belastning for dem ved publisering. At samtykket er frivillig innebærer at de ikke er utsatt for ytre press eller begrenset handlefrihet ved deltagelse (Thagaard, 2016, s. 26). Gjennom prosessen med studien har jeg vært bevisst fleksibiliteten kvalitativ forskning gir og dens utfordringer knyttet til min tolkning og analyse av funn. Jeg derfor knyttet dette opp mot frivillig samtykke fra mine respondenter og har ivaretatt deres integritet gjennom hele studiens analysedel og i studiens kapittel der funn presenteres.

3.8 Studienes troverdighet

3.8.1 Reliabilitet

I følge Jacobsen (2013) stilles det krav om at empirien skal være reliabel og vil si at man har en pålitelig og troverdig undersøkelse som er utført av en forsker som går inn i prosjektet med et åpent sinn uten forutinntatte antagelser (Jacobsen, 2013, s. 19). Ved å være forutinntatt som forsker kan dette påvirke funnene i undersøkelsen. Det strides i samfunnsforskning om anvendt forskning og grunnforskningens reliabilitet da flere av dagens forskningsprosjekt blir utført på oppdrag av, og finansiert via en oppdragsgiver (Jacobsen, 2013, s.52). Denne studien er en studentoppgave og av den grunn er dette ikke å anse som et reliabilitetsspørsmål. På den annen side vil min erfaring med utskrivningsklare pasienter kunne være at jeg som forsker har forutinntatte antagelser og erfaringer som utfordrer meg som forsker i denne studien. Dette er kritikken fra positivismen mot samfunnsvitenskapelig metode (Jacobsen, 2013, s. 32). Men ved dybdekunnskap om et fenomen vil den interne gyldigheten kunne bli stor da man har mulighet til å få flere nyanser og detaljer (Thagaard, 2013, s. 202, Jacobsen, 2013, s.19).

3.8.2 Validitet

Validitet er hvordan studiens utvalg og innsamling av data har foregått. Har jeg målt det jeg ønsket å måle? Jeg benyttet meg av en intervjuguide med åpne og utforskende spørsmål for å søke svar på mine temaer. Dette ledet mine respondenter videre inn på de temaene jeg ønsket utdypende informasjon om og sikrer studiens validitet (Jacobsen, 2013, s. 9). Alle respondentene har en nærhet og kunnskap om studiens tema og er således førstehåndskilder.

Jeg har videre vurdert respondentenes motiver til feilinformasjon som lite sannsynlige i denne studien.

3.9 Analyseprosessen

Analyseprosessen av datamaterialet var en tidkrevende prosess hvor råmaterialet skulle fremstilles fra lyd til tekst og hvor jeg satt igjen med en relativ stor mengde med fortettet tekst. Allerede under intervjuene hadde jeg startet å kategorisere temaer, noe som i henhold til Thagaard (2013) ikke er et ukjent fenomen. Analyseprosessen går ut på å kode informasjonen ved å definere begreper. Dette innebærer å sette koder på de ulike fenomenene eller hendelsene. Ved å benytte en kvalitativ metode er forskeren som oftest delaktig i hele prosessen og bearbeiding og tolkning av data vil ofte pågå parallelt med datainnsamlingen (Grønmo, 2012, s. 95). Dette kan være en svakhet ved denne metoden da jeg som forsker langt på vei kan tolke og analysere på bakgrunn av egen forforståelse eller interesse om temaet (Grønmo, 2012, s.92). For å skaffe meg oversikt over datamaterialet valgte jeg å benytte meg av en analyseprosess som ble kombinert av en temasentrert analyse og systematisk tekstkondensering. Ved å kombinere begge analysemetodene fikk jeg mulighet å analysere sammenfallende temaer på tvers av respondentene utsagn og hvor systematisk tekstkondensering er en oversiktlig fremgangsmåte da denne metoden er egnet for å utvikle kunnskap om respondentenes erfaring om hvordan deres ” verden” ser ut. Temasentrert analyse kjennetegnes med en grunnregel om at alle de valgte temaene er representert hos alle respondentene, men der teksten deles opp og løsrives fra sin opprinnelige sammenheng (Thagaard, 2013, s.181, Malterud, 2013, s. 96).

Kritikken mot å benytte en tematisk analyse er nettopp denne løsrivelsen. Dette har jeg tatt høyde for når jeg analyserer temaene og vil i studiens drøftingsdel vise hvordan sammenhengen mellom temaene allikevel kan gi grunnlag for en helhetlig forståelse.

Malterud (2013 s. 98) skriver at analyseprosessen kan sammenlignes med en klesvask:

” Vi kan tenke oss at vi starter med en haug med skitten tøy. De skitne klærne skal vaskes og sorteres, og det rene tøyet skal legges i en kommode. Kommoden er flatpakket og må settes sammen, og skuffene skal justeres slik at de passer best mulig de forskjellige typer rene klær. Hver kommodeskuff skal få en merkelapp som forteller hva som er i skuffen. Denne merkelappen må vi justerer etter hvert som vi ser hva som passer best i hver av skuffene. Til

slutt skal vi bruke det sorterte innholdet i hver skuff til å sy nye klær. De nye klærne skal også få nye navn. Til slutt skal de nye klærne vises frem på en utstilling””

Klesvaskmetaforen vil danne grunnlag for den videre analyseprosessen og graderes inn i 4 ulike trinn etter modell av Giorgis fenomenologiske analyse modifisert av Malterud (2013).

Analysetrinn 1: Helhetsinntrykk

Siden jeg gjennomførte intervjuene selv hadde jeg god anledning til å starte analyseprosessen etter endt transkribering. Jeg leste gjennom alt materialet en gang for deretter å legge det tilside en stund for mental bearbeiding. Deretter tok jeg det frem og leste gjennom ytterligere flere ganger. Dette ga meg tid til å fordøye materialet som synes enormt og hvor panikken kom snikende. Dette er i følge Thora (2012) ikke et ukjent fenomen og panikken skapte spørsmål om jeg faktisk hadde generert interessante data for andre. Dette førte også til at jeg opplevde at jeg satt med mange nye spørsmål med foreløpig få svar.

I henhold til Masteruds (2013) metafor om klesvasken i analysens første trinn startet jeg med en stor haug rene klær og la tilside min egen forforståelse og teoretiske rammeverk for å danne meg et helhetsbilde før jeg startet arbeidet med selve systematiseringen. Jeg sorterte da utsagnene som stikkord inn i en matrise for senere å kunne systematisere og organisere kategoriene under de ulike determinantene. Dette ga meg flere temaer som jeg beskriver videre i neste trinn i analysen.

Analysetrinn 2: Fra temaer til kategorier

I analysens andre trinn sorterte jeg relevant tekst fra det som var irrelevante for så å begynne sorteringen som dannet koder som best kunne belyse min problemstilling. Kodene justerte jeg etter de foreløpige temaene jeg hadde dannet i første trinn. I henhold til Giorgi bearbeidende modell av Malterud (Malterud, 2013, s. 96) tok jeg for meg forskjeller og fellesnevner i temaene og kodene, samtidig som jeg tok vekk irrelevante temaer på bakgrunn av min egen forståelse og mitt teoretiske rammeverk. Jeg har som forsker derfor prøvd å vært åpen for nye mønstre som videre er justert og utviklet i den hensikt å finne nye kategorier som ikke sammenfalt med intervjuguiden.

Trinn 3: Utarbeide kategorier

I følge Giorgis (Malterud, 2013 s. 96) tredje analysetrinn komprimerte jeg de temaene som var sammenfallende og logiske, og dannet felles kategorier. De temaene som jeg ikke fant logiske eller der det var for få utsagn til at kategoriene kunne være selvstendige, ble enten eliminert eller underlagt andre kategorier. Dette førte til at jeg satt igjen med 7 hovedkategorier som ble utgangspunkt for den videre analyseprosessen fjerde trinn.

Analysetrinn 4: Forberedelsen til presentasjon av funn

I trinn fire skal delene settes sammen til en analytisk tekst for hver av kategoriene og danne grunnlag for presentasjon av funn i form av beskrivelser og sitater. Ved å se tilbake til Malteruds (2013) metafor om klesvasken vil jeg nå åpne hver skuff som jeg i foregående trinn sydde sammen. Deretter vil jeg presentere kategoriene i en forbedret utforming i de to påfølgende kapitler med presentasjon av funn hver for seg fra kommune- og spesialisthelsetjenesten.

4.0 Presentasjon av funn i kommunehelsetjenesten

Når alle intervjuene var transkribert kategoriserte jeg videre utsagnene som stikkord inn i en matrise for å kunne systematisere og organisere kategoriene under de ulike determinantene. Ved å fordele utsagnene inn i organisatoriske og relasjonelle determinanter ble det en mer oversiktlig fremstilling av datamateriale. Videre kategoriserte jeg de sitatene som var sammenfallende og dannet felles kategorier som utgangspunkt for den videre analysen.

4.1 Faktorer for samarbeid på relasjonelt nivå

4.1.1 Tillitt og respekt

På spørsmål om hvordan respondentene opplever samarbeidet mellom behandlingsnivåene og hvilke faktorer som var betydningsfulle for dette var de samstemte i at tillitt var en viktig faktor. En av respondentene uttaler følgende:

” Tillitt og respekt for hverandre. Begge parter vil pasientens beste og sykehuset må ikke undermelde pasientens faktiske behov. Like ille som det er overmelde ”

Tillitt og kjennskap til tjenester fra kommunene om at de kan ivareta pasienten etter utskrivelse kommer frem som vesentlig for samarbeidet og utdypes fra en av respondentene med dette utsagnet:

”Ydmyke for hverandre, stole på at kommunene klarer å ivareta pasienten. Det er alltid noen som ramler mellom to stoler. Generelt sett klarer kommunen ganske mye, så tror ikke sykehuset på det. Det eneste som betyr noe er heldøgns omsorg ”

Dette mente respondentene bare førte til alle involverte parter brukte unødvendig tid og ressurser på samarbeidsmøter og dialogmøter og var et hinder for samarbeid. Begge respondenter opplevde et godt samarbeid når de reiste inn til sykehuset å vurderte pasienten i tvilstilfeller og beskriver det slik:

”Synes i de aller fleste tilfeller det er et godt samarbeid, men så er det en hektisk hverdag som gjør at det blir små konflikter , uenigheter ”

Respondentene påpekte også de utførelser de hadde i egen organisasjon som var med på å påvirke samarbeidet til spesialisthelsetjenesten og beskrives med dette utsagnet:

”Konflikt innad i kommunen, at hjemmesykepleien gir sykehuset beskjed om at det fungerer dårlig hjemme, mistillit mellom etater i egen kommune, hjemmesykepleien må opptre mindre splittende og ta faglige vurderinger med egen tildeling”

4.1.2 Kompetanse

Videre opplyser respondentene at med flere eldre pasienter i befolkningen med komplekse problemstillinger fører dette til re-innleggelse i sykehus. De ble spurt om de opplevde at kompetansen var styrket hos sykepleierne i kommunen og en av respondentene beskriver det slik:

”Jeg opplever at de som jobber på helsehuset er dyktige, men om de har nok kompetanse vet jeg ikke. At noen reinnleggelser kan skyldes usikkerhet hos personalet kan sikkert skje, men det tør jeg ikke spekulere i”

Videre begrunner respondenten det med dette utsagnet:

”Det legene (i kommunen) sier, er at den strikken tøyes lenger og lenger, og at sykehuset har forventninger som kommunen ikke kan innfri. Det handler vel om at legene i kommunen ikke er tilstede gjennom hele døgnet, ikke tilstede på helg. Man har jo ikke laboratoriet, røntgen eller de ressurser man har på sykehuset. Man ser at veldig mange pasienter har ganske avansert behandling, men da er vi mer over på det medisinske”

Den andre respondenten uttaler følgende:

”Ambulerende sykepleier er ansatt som bistår hjemmetjenesten og sykehjem, bygd opp kompetansen i kommunen”

4.1.3 Kommunikasjon og elektroniske meldinger

For å få frem betydningen av målrettet kommunikasjon mellom behandlingsnivåene fikk respondentene spørsmål knyttet til kommunikasjonsferdigheter de mener er relevant å beherske som sykepleier. Den ene respondenten uttalte følgende:

”Stor forskjell på ulike avdelinger, spesielt en avdeling utmerker seg som svært dårlig i dialog”

Den andre respondenten sa det på denne måten:

”Må ha en funksjonsbeskrivelse før man kan vurdere omsorgsnivå. Dokumentasjon kommer for sent, lite informasjon i og underveis i oppholdet”

og utdyper videre:

”Alt kan bli bedre fra begge sider, kommunikasjon er hovedgrunn”

Dette får støtte av den andre kommunens respondent med følgende utsagn:

”Helt klart en stor fordel å snakke sammen, ikke minst å møte hverandre”

Den ene kommunen hadde god erfaring med oppsøkende virksomhet inn mot sykehuset og begrunnet det med følgende utsagn:

” Det er en klar fordel å se pasienten for å kunne foreta gode vurderinger og å snakke personlig med den som har ansvaret for pasienten. Det er gull verdt og merker det de periodene man ikke har kapasitet til å reise ut, da kommer korttidsopphold -bestillinger som perler på en snor”

Begge kommuner mener kommunikasjonsferdigheter både skriftlig og muntlig til og fra spesialisthelsetjeneste er relevant å inneha. En av respondentene utdyper dette videre med utsagnet:

”Man er jo veldig avhengig av hverandre og den dialogen og jo mer kompleks pasienten er jo mer helseopplysning er det behov for”

Begge kommuners erfaring er at det formelle tidlig under innleggelsen er innfridd men savner dialog i tidsrommet før utskrivelse. Mange av pasientene blir inneliggende over en lengre periode uten oppdatert informasjon om forventet utskrivingsdato.

En respondent sa følgende om dette:

”Nok opplysninger så er det lettere å treffe på omsorgsnivå, og det kan være en utfordring etter at man fikk elink, før snakket man på telefon og da kunne man stille motspørsmål og ha en mer dialog. Ikke så lett å få den dialogen når man har elinker, så det kan være en utfordring”

Samtidig var informasjon om pasientens funksjonsnivå mangelfull. De hadde derimot god erfaring med å løse dette med dialog eller personlig oppmøte. En av respondentene sa følgende om dette:

”Det kan hende vi er uenige om pasienten er ferdigbehandlet og pasienter er i behov av reinnleggelser, men når de reinnleggelser er det fordi de er medisinsk dårligere, ikke fordi kommunikasjon har vært for dårlig. Gamle komplekse pasienter, kortere liggetid på sykehuset. Det er mye reinnleggelser, det viser statistikken, men vet ikke om det handler om dårlig eller for lite kommunikasjon, de blir medisinsk dårligere og trenger et høyere omsorgsnivå”

Respondentene fikk spørsmål om kommunikasjonen hadde bedret seg etter innføring av elektriske meldinger, hvorpå den en respondenten sa følgende:

”Elinker har lettet min arbeidshverdag betraktelig, når man får meldinger så kan man behandle dem i den rekkefølgen man vil. Før ringte sykehuset og fire, fem tapte ubesvarte anrop, så prøvde man å ringe tilbake så visste ikke avdelingen hvem som hadde ringt. Så var det problemer for sykehuset å nå pasientkoordinator. Synes man nå tross alt er flinkere til å sende meldinger om innlagt pasient og helseopplysninger i løpet av 24 timer og å følge opp med nye opplysninger og sender melding om utskrivningsklare pasienter før kl. 12. Så jeg synes jo ting blir bedre, definitivt”

Respondenten sa videre:

”Jeg er for så vidt opptatt av at sykepleierne på sykehuset ikke skal være nødt til å bruke så veldig lang tid på det, men at det de gir oss skal si oss mest mulig”

Den andre respondenten sa følgende om dette:

”Dokumentasjon er dårlig inntil sykehuset melder pasient ut og utskrivningsrapporten skal sendes når pasienten reiser. Denne er ment til å fylle ut når pasienten reiser, men burde kanskje vært sendt før”

Respondenten følger med dette utsagnet:

” Tillitt til at det som kommer frem av informasjon om pasienten faktisk stemmer”

4.1.4 Organisatorisk kompetanse

Samarbeidsavtalen er den formelle avtalen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og var et sentralt spørsmål i denne undersøkelsen. Hensikten med spørsmålet var hvorvidt denne ble benyttet inn mot sykehuset når pasientene ble definert som utskrivningsklare og der kommunen ikke var enige i dette. En av respondentene svarer følgende på dette spørsmålet:

”Det er jo den avtalen vi har som styrer det samarbeidet mellom oss og i de tilfeller man ikke blir enige, eller hvor jeg savner opplysninger, eller tenker at det er ikke innfridd er det jo den jeg viser til”

Respondenten var samtidig opptatt av og hadde forståelse for at pasientansvarlig sykepleier i sykehus hadde begrensede kunnskaper om innholdet i samarbeidsavtalen.

”De som jobber nær pasienten har lite kjennskap til samarbeidsavtalen, men har forståelse for dette”

Den andre respondenten uttaler følgende:

”Fortsatt en del mangler på epikriser, men hjulpet litt med elink”

De to utvalgte kommunene hadde ulik organisering av sine helsetjenester og det var ingen ensartet modell for organisering av tjenestetilbudet i fylkeskommunen som helhet. Derimot hadde fylkeskommunen årlige treff for de samarbeidende kommunene hvor fagansvarlige, teamansvarlige fra hjemmetjenesten samt representanter fra sykehjem og tildelingskontor var representert. Dette gjennomføres to til tre ganger årlig hvor hensikten er å utveksle erfaringer samt å belyse utfordringer knyttet til elektroniske meldinger. Dette utsagnet fra en av respondentene belyser dette:

”Hver enkelt kommune har bygd opp tjenesten forskjellig, Bo og servicesenter tenker mange er hjemmesykepleie, men det er ikke det her i kommunen. Dette skaper usikkerhet på sykehuset når man ikke kjenner til de ulike tjenestene ”

Respondentene fikk deretter spørsmål om de opplevde at spesialisthelsetjenestens sykepleiere hadde kunnskaper om samarbeidsavtalen og innholdet i denne .

”Det formelle med at det sendes meldinger til rett tid er i orden, men siden de står lenger unna pasienten kan det være en utfordring med å få tidlig nok informasjon om funksjonsnivå”

”Av og til sender sykehuset meldinger som gjør at kommunene ønsker å se pasientene for selv å danne seg et inntrykk av hjelpebehovet”

Begge respondenter mente uenighetene skyldtes at sykehuset ikke var godt nok kjent med kommunenes tjenestetilbud. En av respondentene utdyper det på denne måten:

” Ja, synes det er veldig ofte, men tror det kommer mye på grunn av at kommunen ikke har nok informasjon og så tror jeg ikke sykehuset har den kjennskapen til kommunen som vi har”

4.2. Faktorer for samarbeid på organisatorisk nivå

4.2.1 Faglig forsvarlig

På spørsmål om respondentene opplever at pasientene får et faglig forsvarlig tjenestetilbud ved utskrivelse beskriver en respondent det slik:

”Det mener jeg de får i de aller fleste tilfeller, vi har veldig få overliggere. Så vi mener vi klarer å ivareta dem vi tenker skal ha det omsorgsnivå (døgnplass)”

Videre utdyper den samme respondenten:

”Hvis det ikke er faglig forsvarlig så har vi jo muligheten til å betale for overliggere som vi benytter oss av hvis vi er usikre”

Begge respondenter mente at kommunene innfridde et faglig forsvarlig tjenestetilbud til sine innbyggere noe som beskrives med dette utsagnet:

”Er jeg i tvil om hva som er faglig forsvarlig har jeg lav terskel for å kontakte lege på helsehus hvor deretter legen tar kontakt med sykehuslege for å mellom dem avklare videre plan”

Begge respondenter opplever at kortere liggetid med komplekse pasienter i sykehus skaper tvil i kommunehelsetjenesten om pasientene skrives ut for raskt og uttaler følgende:

”Stiller spørsmålstegn ved om pasientene faktisk er utskrivningsklare og om det foretas for kjappe vurderinger i spesialisthelsetjenesten”

Dette får støtte av den andre respondenten med dette utsagnet:

”Legene på sykehuset kan ha urealistiske forventninger til hva legene på helsehuset kan klare å få til, så bli man kanskje enige om at pasienten blir en dag eller to ekstra, så overtar kommunene”

På spørsmål om respondentene kunne beskrive en situasjon om deres erfaring om samarbeidet mellom behandlingsnivåene trekker den ene frem følgende:

”Det verste er når legene lover mor et korttidsopphold for da har ikke kommunen noe de skulle ha sagt.” Dette har ikke blitt bedre på de fire årene. Da er det vanskelig å argumentere, det legen sier er loven. Spesielt de eldre i dag. Pårørende og pasienten tolker jo også, det er ikke sikkert at det stemmer at legene faktisk har lovet en plass”

Dette støttes av begge respondenter som mente at sykehuset kunne få presentert en versjon av pårørende som ikke stemmer overens med kommunens versjon. Får man derimot nok informasjon er det enklere for kommunen å ta en beslutning. Dette kommer frem i dette utsagnet:

”Utfordring med å finne riktig og forsvarlig omsorgsnivå grunnet mangelfulle opplysninger, Pårørende kan være en utfordring og samarbeidet kan bli helt låst der”

Den andre respondenten sa dette om pårørendes rolle i utskrivelsen:

Pårørende kan skape usikkerhet og gi et annet bilde enn det vi opplever. Så har erfaring med at bare man snakker med hverandre blir man enige. Veldig sjelden man ikke blir enige. Da drar jeg enten ut på sykehuset og har et møte, veldig god erfaring med, ellers tar vi en telefon”

4.2.2 Kontinuitet og Ressurser

Respondentene la vekt på at sykehuset og kommunen har ulikt syn på hva som er pasientens behov etter utskrivelse og de ble spurt om de opplever en tydeligere ansvarsfordeling mellom behandlingsnivåene etter innføring av reformen.

En respondent sa følgende :

”Det legene (i kommunen) sier, er at den strikken tøyes lenger og lenger, og at sykehuset har forventninger som kommunen ikke kan innfri. Det handler vel om at legene i kommunen ikke

er tilstede gjennom hele døgnet, ikke tilstede på helg. Man har jo ikke laboratoriet, røntgen eller de ressurser man har på sykehuset. Man ser at veldig mange pasienter har ganske avansert behandling, men da er vi mer over på det medisinske”

Den ene respondenten utdypet videre at kontinuitet blant personalet på sykehuset var en utfordring og til tider opphav til frustrasjon:

”Men det mest forunderlige er det fortsatt like ille (på sykehuset), akkurat som det var i går. Nytt personale og det bør være noe igjen som kan det, har ikke tid til lære bort.”

Videre sa respondenten:

”Legen påbegynner epikrisen for sent og vi får pasienten sent på kveld, Nytt sted sent på kvelden og ikke minst for nattevakten. Er en utfordring å få dem på kvelden”

Samtidig mente respondenten dette forplantet seg i alle ledd av helsetjenesten og uttalte dette:

”Forsinkelser i alle ledd, kan oppleve at pasienten blir liggende et døgn ekstra da man ikke alltid fra sykehusets side leser PLO svar. Forståelse for hverandres arbeid, at alle jobber mot samme mål ”

4.2.3 Plassmangel og økonomi

Videre ble respondentene spurt om de opplevde at pasientene ble feilplassert når de skrives ut fra sykehuset og hvorfor. En av respondentene svarte følgende på dette:

”Ja, det opplever jeg at de blir, hva som er grunnen til dette er jeg usikker på, men vi kan oppleve at sykehuset legger på litt for å sikre seg plass på institusjon”

Dette utypes videre med:

” Synes ofte at dersom de er feilplassert er det at de egentlig har landet på et høyere omsorgsnivå enn det de har behov for”

Den andre respondenten svarte følgende på spørsmålet:

”Noen ganger er det noen som må hjem fordi det ikke er plass på korttid, erfaringen er at det allikevel går bra”

Respondenten følger opp med dette utsagnet:

”Forsinkelser i alle ledd, kan oppleve at pasienten blir liggende et døgn ekstra da man ikke alltid fra sykehusets side leser PLO svar”

Jeg spurte respondentene om de opplevde uenighet mellom behandlingsnivåene om hva som er rett tjenestetilbud og fikk følgende svar:

*”Nei, man er **ikke** enige, kan synes det ofte går på bestilling av korttid. Skulle ønske de på sykehuset kunne jobbet i kommunen, mye fungerer i hjemmet og vi har ikke plass til alle på korttid”*

Respondentene ble videre spurt om betaling for overliggere var årsak til at de tok pasienter hjem som de normalt ville valgt å ta på korttid dersom det fysisk plass var plass på helsehus/sykehjem. En av respondentene svarte følgende: .

”Kommunesjefen er klar på at det aldri skal være snakk om økonomi, og letter situasjonen for alle. Det kan være at noen mellomledere er veldig opptatt av å holde sine budsjetter, men kommunesjefen er tydelig”

Respondenten fulgte opp med dette utsagnet:

” Kan være at man må prioritere plass ut fra plassmangel, men ikke på grunn av økonomi”

Samtidig uttrykte respondenten bekymring over den korte liggetiden og sa følgende:

”Totalt sett er det reinnleggelser som skyldes for kort liggetid. Ikke alltid like bra og være best i klassen (i landet)”

Begge respondentene fra kommunen hadde innledningsvis fått spørsmål om deres erfaring som sykepleiere. Begge hadde lang fartstid som sykepleiere hvorav den ene hadde erfaring fra sykehuset og den andre fra hjemmesykepleien.

5.0 Presentasjon av funn i Spesialisthelsetjenesten

5.1 Faktorer for samarbeid på relasjonelt nivå

5.1.1. Tillitt og respekt

Alle respondentene mente at behandlingsnivåene har forbedringsområder når det gjelder å ha respekt og tillitt til hverandre for å oppnå et tilfredsstillende samarbeid om utskrivningsklare pasienter. En av respondentene hadde erfaring med at kommunene hadde mistillit til de faglige vurderingene som var gjort på sykehuset og at kommunene reiste inn til sykehuset for å vurdere pasientene selv.

Dette utdyper respondenten med dette utsagnet:

”Ofte ser man at kommunen kommer til sykehuset og ser pas. selv og vil selv gjøre en vurdering på fem minutter. Når de kommer å ser pasienten selv, er de som oftest enige i de vurderinger de først var uenige om. De stoler ikke på sykehusets vurderinger, men da ser man at de ikke har plass og at pasienten må vente”

Respondentene utdyper videre:

”Overligger konstant, kommunen har vært på besøk og sjekket at vi har gjort vurderingene riktig”

Respondenten opplevde dette som unødvendig bruk av tid og skapte barrierer for samarbeidet. I en allerede hektisk hverdag opplevde respondentene presset fra pasientkoordinatorene som en stressende faktor og en responderende uttaler dette:

”Kommunen har lett for å etterspørre veldig tidlig, allerede i tidlig meldingene vil de ha informasjon om pasienten og da kan det være mye uavklart. Det blir et unødvendig press fra kommunen”

Respondentene var også klar over at sykepleiere i sykehuset også hadde forbedringspotensial og en av dem begrunner det med følgende:

”Stress fører til dårligere kommunikasjon, lite informasjon før samme dag/ avreise dagen, kommunen rekker ikke forberede seg”

En annen respondent sa dette: *”De kjenner litt til meg fordi man er daglig i kontakt med kommunen, får en dialog når man kjenner hverandre”*

Samtidig hadde den samme respondenten respekt for at det var kommunens oppgave å tildele pasienten nødvendige helsetjenester ved utskrivelse og uttaler følgende:

«Kommunene er tydelige på å presisere at det er de som skal avgjøre hvilket tjenestenivå som pasienten er i behov av hjelp til og at spesialisthelsetjenesten skal fortelle hva pasienten trenger hjelp til»

Respondentene opplevde samtidig at kommunenes innbyggertall var vesentlig for samarbeidet og en av respondentene sa:

”Tilbud og velvilje blant de små kommunene, mindre hos de store da de er mer presset på plass”

5.1.2 Kompetanse

Kompetanse oppgir respondentene er en utfordring, men de har ulike opplevelser fra de forskjellige kommunene. En respondenten sa følgende:

” Sykehusets ansatte er nok flinkere til det kliniske blikk, i kommunen ser de pasientene over en lengre periode og ikke ser forandringer i pasientenes tilstand før de er stein dårlige”

En av respondentene sa det på denne måten:

”Forstår at det ikke er greit å være 1 sykepleier på et sykehjem med 20 pasienter som skal ha antibiotika intravenøst. De små kommunen har best kompetanse, dette kan skyldes at de store kommunene har vanskeligere for å nå ut til alle sine ansatte, kurse alle ansatte på praktiske prosedyrer, ikke bare proseder, men ren sykdomslære”

”De står helt alene om vurderingene, men man kan jo ikke komme spørsmål som viser faglig svakhet”

Dette utdyper den samme respondenten videre: *”sykehuset får ofte telefon fra ansatte i kommunen som gjør at man skjønner at de ikke henger på grep, når kompetansen på dette området er liten, mister man litt respekten for de ansatte i kommunen”*

Dette får støtte av en annen respondent med dette utsagnet: *”gjøre noen grep tidligere i kommunen, observere endringer i pasientens helsetilstand”*

Respondentene fikk oppfølgingsspørsmål om de opplevde noen forskjell på de erfarne kontra de uerfarne sykepleierne og en av respondentene svarte følgende:

”De som har vært med litt, er tryggere på å være litt tydeligere i meldingen sine, ikke redd for å si at denne er ferdig om tre dager og i dag ser man at behovet er 24 timers tilsyn, mens en uerfaren vil kanskje være litt forsiktig å si: infeksjon ukjent fokus. Usikker, vi kommer tilbake igjen til deg, også overlate til neste mann som kommer på vakt ”

Videre utdyper en respondent: *”erfaringen er at uerfarne sykepleier velger et høyere omsorgsnivå for å sikre seg”*

Dette samsvarer med uttalelser fra de andre respondentene om at erfarne sykepleiere og kontinuitet legger forholdene bedre til rette i samarbeidet. En respondent oppsummerer kompetanse med denne uttalelsen: *”med erfaring opparbeider man seg en indre sjekkliste man benytter når man snakker med kommunen, man forbereder kommunen og pårørende på en bedre måte”*

Videre utdypet respondenten det på denne måten:

”Opplever at det å kunne pasienten er nummeret viktigst, du kan jo ikke informere om noe du ikke kjenner så godt, da blir det ingen god informasjon”

En respondent opplevde også at legenes kompetanse spilte en rolle i utskrivingsprosessen og sa følgende:

”Jo mer usikre legene er jo oftere vil de ha mer hjelp av kommunen, legene som er tryggere tør nok å slippe opp litt mer”

5.1.3 Kommunikasjon og elektroniske meldinger

Respondentene fikk spørsmål som omhandler kommunikasjon og hvilke ferdigheter som var relevante å inneha som sykepleier. Respondentene var enige i at jo mer tydelig sykehuset er når man beskriver funksjonsnivået til pasienten, jo lettere er det for kommunene og tildele nødvendig omsorgsnivå.

Respondentene var alle enige om at de benyttet kommunikasjon bevisst i samhandling med kommunene og en av respondentene beskriver det på denne måten:

”Jeg bruker veldig aktivt kommentarfeltet i PLO -hjelp selv om det i utgangspunktet er et avkrysnings skjema. Mer detaljer, jo enklere for kommunen”

En respondent sa følgende: *”det er så enormt viktig å beherske språket slik at det ikke misforstås, spesielt vi som jobber i helsevesenet, både skriftlig og muntlig, fordi hvordan skal vi ellers forebygge feil? “*

Videre sier en av de andre respondentene:

”Kan være mangel på informasjon som gjør at kommunen kommer med tilleggs spørsmål fordi vi kanskje ikke har vært helt tydelige, vi har kanskje vært litt korte i beskrivelsen og da kommer jo kommunen med tre, fire spørsmål”

Samtidig mente en av respondentene dette: *”det har blitt bedre de siste årene, har kommunene lurt på noe som er formidlet skriftlig tar de ofte en telefon for å avklare”*

For å danne meg et inntrykk av hvordan ulike avdelingen jobber inn mot kommunen fikk de spørsmål om hvilke forbedringsområder de mente var viktige. En respondent svarer følgende:

”sykepleiere må bli flinkere til å sende tidligmelding allerede første dag og så fort vi ser behovet for at pasienten ikke kan dra hjem uten hjelp, å starte kommunikasjon der”

En annen respondent sa følgende:

”Tror kanskje hvis alle sykepleierne kunne rullert så alle kunne sett hverandres hverdag for så å kanskje kommunisert bedre ”

Respondentene fikk videre spørsmål om de opplevde en forbedring etter innføring av elektronisk meldinger.

En respondent uttaler følgende:

” Ja, synes det, får vel raskere svar nå enn tidligere, ulempen er at man må ringe sykehjemmet og gi muntlig rapport i tillegg til den skriftlige. Kan føle da at det blir mye dobbeltinformasjon og jobb av det”

Videre legger samme respondent vekt på at spesialist- og kommunehelsetjenesten benytter seg av to ulike systemer for elektronisk journal og sier følgende:

”Innleggelsesrapporten ligger jo der og de tallene de bruker for ADL er sykehuset ikke kjent med”

Dette støttes av de andre respondentene som også mener det har blitt merarbeid, men en respondent sa: *”det har blitt enklere fordi det er satt i et system, tidligere brukte man mye tid på å dokumenter de telefoniske beskjeden”*

5.1.4 Organisatorisk kompetanse

Respondentene i spesialisthelsetjenesten svarer følgende på spørsmål om hvilken rolle de har om de utskrivningsklare pasientene:

”All kommunikasjon med kommunen, har legevisitt, alltid involvert i en eller annen grad i avdelingen, enten den sykepleieren som klargjør ute eller inne”

Videre støttes dette en av en annen respondentent med følgende:

”Noen pasienter har en gjennomsnittlig liggetid på 72 timer, de er nesten ikke på sykehuset og de kravene som stilles til sykehuset er enormt mye og da synes jeg ikke når de er innlagt dag 1, får en opplysning om status dag nummer 2 og de meldes ut den 3 dagen, det bør ikke være noe overraskelse for kommunene at forløpet går så fort da”

” Vi har også langliggerne, som er multisyke og hvor ting endrer seg og behovet endres underveis, ting skjer jo, men vi kan også bli bedre. Men vi har et krav på oss allerede ved tidligmelding om å forespeile en tentativ dato, vi har et visst perspektiv på liggetid”

”Leste mye på den før den kom, bryr meg ikke noe om å gå å huske denne nå”

En av sykepleierne begrunnet dette videre med at man i mindre grad hadde uenigheter som omhandlet de ulike punktene som lå til grunn i avtalen. Samtidig som en annen respondent oppga at hun var kjent med innholdet i avtalen, uten å benytte den bevist i utskrivingsprosessen. Dette da hun mente at flere nå kjente avtalen og at den i større grad var godt innarbeidet hos personalet. Dette var svar som samsvarte de andre respondentenes opplevelse og erfaring.:

”Ja er kjent med den, men er ikke bevisst på at jeg bruker den”

5.2. Faktorer for samarbeid på organisatorisk nivå

5.2.1. Faglig forsvarlig

Da jeg spurte respondentene om de opplever at pasientene får et faglig forsvarlig tjenestetilbud og om de opplever uenighet mellom behandlingsnivåene om de utskrivningsklare pasienten oppga respondentene forholdsvis likelydende svar.

En respondent uttalte dette:

”Veldig ofte blir man ikke hørt, pasienten får ikke et forsvarlig tilbud ut fra hva vi vurderer her og nå. Må sende enormt mange PLO meldinger for å forsvare våre vurderinger, tverrfaglig,- leger, ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleiere og hjelpepleier”

Jeg spurte videre hva som kan være årsaken til dette og respondenten sa:

”Undergraver kompetansen til spesialisthelsetjenesten. Årsaken til dette er at kommunene ikke er forberedt, de har ikke plass. Merker stor forskjell på kommunene på hvor godt forberedt de er. Også med kompetanse i kommunen da, vi kan jo sende hjem med antibiotika da, og det er ikke alle som er like komfortable med å håndtere det, og da kan vi føle at de drøyer tiden og presser på til de blir bedre. Blir over helgen, vi ser i slutten av uka og da kanskje antibiotikaen er ferdig. De går over til per os, så er det greit”

Videre begrunner samme respondent det med følgende utsagn:

”Da kan pasienten skives ut til et lavere omsorgsnivå , 24 timers tilbud er vanskelig ”

En respondenten mente følgende om faglig forsvarlighet *”dette har vi diskutert en del innad, der lege ikke vil skrive pasienten ut for at han er redd pasienten ikke blir faglig fulgt opp”*

En annen respondent opplevde det motsatte av de andre respondentenes erfaring og at de aller fleste pasienter fikk et forsvarlig tjenestetilbud. Respondenten sa *” når de ikke klarer å gi et forsvarlig tilbud i hjemmet, så velger kommunen et korttidsopphold”*

Jeg spurte videre hva som var årsaken til at denne avdelingen sjelden opplevde faglige uenigheter om denne pasientgruppen og respondenten beskriv det slik:

”Alle kan ikke få et korttidsopphold, det er ikke nok plasser og kommunene presiserer ovenfor oss at vi har ingenting med å tilby pasienten et korttidsopphold. Vi skal fortelle dem hva pasienten er i behov av hjelp til, så skal de bestemme hvor de vil plassere pasientene”

Samtidig påpekte respondenten :

” Legene byr ofte på det høyest behandlingsnivå, det trygger legene på at de sender pasienten til et forsvarlig tilbud”

Samtidig opplevde alle respondentene utfordringer knyttet til de mer komplekse pasientene og en respondent uttaler følgende:

”Sitter igjen med følelsen av at kommunen synes sykehuset er for raske med utskrivelse , spesielt med komplekse pasienter som vil kreve mye ressurser av kommunen”

”Blir som sykepleier ambivalent når pårørende sier kommunene ikke tilbyr flere besøk, samtidig som kommunen argumenterer med at pasientene selv ikke ønsker så ofte besøk som det anbefales av spesialisthelsetjenesten”

Respondenten med samhandlingssykepleier sa dette om faglig forsvarlighet :

”Det er positivt at pårørende står på for pårørende, men jeg må forholde meg til pasientens ønsker når denne er samtykkekompetent. Pårørende vil mye mer”

5.2.2. Ressurser og kontinuitet

Ressurser og kontinuitet kom frem som viktige faktorer i pasientovergangene og respondent sa dette:

”Vi må jo ha sirkulasjon på sykehuset og de som ligger lenge må man jo presse på, de (kommunen) er ikke forberedt til å overta den igangsatte behandlingen”

Videre mente respondenten:

”Etter samhandlingsreformen skulle ikke dette være et problem, kommunene har fått mer ressurser og sykehuset har fått mindre”

En av de andre respondentene uttalte følgende :

”Det er ikke alle kommuner som har ressurser tilgjengelig, de har ikke helsehus, de har ikke et bra nok sykehjem som eksempelvis kan gi intravenøst. Da kan det bli litt bister stemning, er det ufaglærte så blir det deretter”

Respondentene legger til følgende:

” det er klart at har man ikke ressurser blir man litt bister, men opplever at kommunene absolutt har tatt utfordringen på alvor, kommunene trenger tid til å bygge opp ”

En annen respondent sa dette om ressurser:

”der det kreves mye ressurser tilrettelegger kommunene for et korttidsopphold”

Respondentene fikk oppfølgingsspørsmål om kontinuitet var av betydning for den kommunikasjon og informasjon som ble sendt fra sykehuset.

En respondent uttalte dette:

”kontinuitet hos sykepleieren gir bedre oversikt”

Hovedgrunnen til dette mener respondenten handler om kontinuitet blant sykepleiere på avdeling. Respondenten sa videre: *” det skjer rett som det er at det har blitt mangelfull informasjon, noe har blitt oversett. Pasienten kan ikke komme hjem da det ikke er tilrettelagt og man må avmelde pasienten og når det går så langt at man må stoppe en utskrivningsklar pasient rett før kl. 1200 midt på dagen blir det et stress-og irritasjonsmoment”*

Respondentene legger samtidig til bekymring rundt kontinuiteten også på legesiden og at dette fører til flere liggedøgn for pasientene: *”det er lite kontinuitet blant legene som gjør at de må bli kjent med pasienten før de kan skrives de ut”*

5.2.3 Plassmangel og Økonomi

Alle respondentene var samstemte i at begge behandlingsnivåer hadde pasienten i fokus og at kommunene som oftest gir et tilbud som er faglig forsvarlig, en respondent sa: *”når man er uenige om omsorgsnivå har vi begynt å spørre om det faktisk er plassmangel som fører til at kommunen er uenige, da svarer der ofte at ja, det er plassmangel og da lar vi vær å diskutere også blir pasienten værende hvis man ikke har et for høyt press på sykehuset”*

Videre støttes dette av en annen respondent som sier:

”Det hender rett som det er at man opplever uenighet , og det hender også at kommunen ber om litt mer tid for å finne rett plass i kommune, det går begge veier”

En annen respondent sa dette:

” Hvis det hadde vært flere plasser hadde nok kommunen tilbudt flere et korttidsopphold”

En annen respondenten uttalte dette:

”De spør og graver og jeg kan jo forstå presset deres, overligger konstant, kommunene drøyer tiden for å spare døgnkontinuerlige plasser”

Respondentene hadde ulik erfaring med de geografiske forskjellene i kommunen. En av respondentene sa følgende: *” merker det spesielt på de små kommunene, der man må leie plasser fra nabokommuner, de som kom ganske sent i gang med elektroniske meldinger, noen sliter ennå, men de blir færre og færre”*

En av de andre respondentene hadde motsatt erfaring og uttaler følgende:

”Små kommuner kan lettere tilrettelegge for korttidsopphold, raskere enn de store kommunene”

6.0 Drøfting av funn fra begge behandlingsnivåer

I kapittel 4 og 5 ble funnene presentert fra henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten. Funnene drøftes imidlertid sammen opp mot relevant teori og forskning for å få frem likheter og ulikheter tydeligere.

6.1 Faktorer for samarbeid på relasjonelt nivå

6.1.1 Tillitt og respekt

Tverrfaglig samarbeid mellom behandlingsnivåene er avhengig av tillitt og respekt mellom utøverne på relasjonelt nivå for å sikre gode pasientoverganger. Tillitt baseres på pålitelighet og åpenhet i form av at den dokumentasjon og informasjonen som fremkommer er i tråd med pasientens faktiske helsetilstand. Mine respondenter i begge behandlingsnivåer mente tillitt mellom partene gir tryggere sykepleiere som i større grad faglig kan begrunne sine vurderinger. Reeves et al., (2010) påpeker at samarbeid mellom behandlingsnivåene er avhengig av tillitt mellom utøverne for å lykkes. Gjensidig tillitt oppnås i organisasjoner som har fokus på hvilke sosiale interaksjoner som bidrar til måloppnåelse og videreutvikling (Orvik, 2015). Mine respondenter mente videre at tillitt skapes gjennom å stole på at alle involverte parter vil pasientens beste. Respondentene i kommunehelsetjenesten savnet tillitt fra spesialisthelsetjenesten på at de kunne ivareta pasientene etter utskrivelse. Dette får støtte i teorien der de mener tillitt går i begge retninger, man må ha tillit til at andre har relevante kunnskaper samtidig som at man er avhengig av å få tillitt til det en selv kommer med (San Martin- Rodrigues et al., 2005, s. 132-147, Glavin & Erdal, 2013, s. 46). Respondentene i spesialisthelsetjenesten mener kjennskap til hverandre skaper en bedre dialog. Det dreier seg om tillitt gjennom tidligere erfaring til at det som fremkommer faktisk stemmer overens med pasientens faktiske hjelpebehov. Dette defineres som en kompetanse basert tillitskjede av Grimen (2008). Dersom tillitt ikke er tilstede skaper dette unødvendig bruk av tid og ressurser og vil være en hemmer for samarbeidet.

Mine respondenter i spesialisthelsetjenesten forteller at de kan oppleve at kommunene selv vil komme å gjøre en vurdering av pasientens omsorgsnivå, men når de tilser pasienten er de allikevel enige i sykehusets vurderinger. Dette fører til mistillit og ved senere anledninger er

man sannsynligvis forutinntatt i møte med denne kommunen. Grimen (2008) mener samarbeidspartene må stole på hverandres kompetanse for å unngå dobbeltarbeid og unødvendig bruk av tid. Samtidig mente respondentene i sykehuset at de også hadde utfordringer hos egne utøvere når det gjaldt tillitt til kommunene. En hemmer i denne sammenhengen kan være ulik beslutningstaking mellom sykepleierne og pasientkoordinatorene på bakgrunn strukturelle forskjeller i organisasjonene (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Å ha tro på at den andre parten har den nødvendige kompetansen til å vurdere pasientens helsetilstand og nåværende behov for omsorgsnivå ansees som en viktig faktor som inngår i en kompetanse basert tillitskjede (Grimen 2008, s.197-212). Dette får støtte av Mitkidis et al., (2013) som etter funn i sin forskning kom frem til at det er tillitsskapende dersom alle involverte parter er kjent med formålet og gevinsten ved samarbeidet. Dersom målet er kjent vil dette automatisk føre til tillitt mellom behandlingsnivåene. Respondentene i spesialisthelsetjenesten opplever et press fra kommunene på informasjon om pasientene tidlig i behandlingsforløpet noe som førte til økt stress i en allerede hektisk hverdag. Samarbeid må baseres på gjensidig respekt mellom aktørene for å lykkes i pasientovergangen mellom behandlingsnivåene. Dette styrkes der aktørene har et felles verdigrunnlag som utgangspunkt. Verdigrunnlaget må klargjøres med hensyn til både menneskesyn og ulike holdninger som ligger til grunn for den enkeltes standpunkt og meninger. Kommunale helse-og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten har både ulike forutsetninger og yrkesbakgrunn som vil kunne påvirke verdigrunnlaget når man i tillegg forholder seg til ulike lovverk (Glavin & Erdal, 2013, s. 37). Respondentene fra begge behandlingsnivåer var samstemte i at respekt var en vesentlig faktor for at samarbeidet både innad og mellom organisasjonene skulle fungere. I motsatt fall vil respekt være en hemmer for samarbeidet noe respondentene i begge behandlingsnivåer opplevde når ansatte i kommunen opptrådte splittende ovenfor ansatte på sykehuset. Dette skjedde i tilfeller der hjemmesykepleien ikke var enig i de beslutninger som ble fattet i egen organisasjon om å sende pasienten hjem i stedet for på korttidsplass. Når de så ga uttrykk for dette ovenfor sykehusets ansatte mente respondentene i kommunehelsetjenesten dette skapte utfordringer knyttet til samarbeidet også innad i egen organisasjonen. San Martin-Rodriguez et al., (2005) mener faglig kunnskap og anerkjennelse om at de bidragene man besitter komplementeres i pasientovergangen kan dette føre til gjensidig respekt på tvers av behandlingsnivåene og /eller innad i egen organisasjon. Administrativ støtte med ledere som motiverer sine ansatte til samarbeid med realistiske målsettinger fremmer dermed samarbeidet. I motsatt fall vil samarbeidet virke mot sin hensikt som i eksempelet ovenfor hvor de motsetter seg

beslutninger tatt i egen organisasjon. Mine respondenter i spesialisthelsetjenesten opplever å miste respekten i møte med ufaglærte i kommunehelsetjenesten og begrunner dette med ulikt verdigrunnlag eller forutsetninger. Dette vil dermed føre til faglige uenigheter som kan resultere i at dynamikken i samarbeidet bryter sammen. Forskning viser at avtalte prioriteringsområder, opplæring og ydmykhet kan være en fremmer for samarbeid og bidra til å bryte etablerte barrierer (Havens et al. 2010, Reeves et al 2010, Glavin & Erdal, 2013, s. 46).

6.1.2 Kompetanse

Mine respondenter i begge behandlingsnivåene mente kompetanse er viktig faktor for å samarbeide på tvers av behandlingsnivåer. Dette begrunner de med at sykepleiere med faglig tyngde førte til en tryggere utskrivingsprosess for pasientene. Erfaringen til den enkelte utøver påvirker den informasjonen som overføres til kommunehelsetjenesten om pasientens helsetilstand og forventet behov for tjenester. En erfaren sykepleier er tryggere på egen kompetanse og er mer tydelig i kommunikasjon ut til kommunene ifølge respondentene fra sykehuset. Respondentene i spesialisthelsetjenesten hadde erfaring med at de uerfarne sykepleiere sikret seg ved å ”velge” et høyere omsorgsnivå ved utskrivelsen. San Martin-Rodriguez et al.,(2005) artikkel peker på nøkkelfaktorer for gode samarbeidsvilkår var avhengig av personlig modenhet, profesjonskompetanse og tidligere erfaringer Videre mener respondentene i sykehuset at en hemmende faktor var når behandlingsnivåene ikke snakker samme språk. Dette mener de skjer når de får telefoner fra kommunens ansatte med spørsmål om pasientens helsetilstand som de mener viser faglig svakhet. I følge San Martin-Rodriguez et al.,(2005) vil begrenset kunnskap om hverandres fagområder og organisasjoner forhindre et vellykket samarbeid. Det er også mulig respondenten i sykehuset nylig hadde opplevd en uerfaren eller ufaglært som kunne påvirket dette svaret, eller at tidligere erfaring var av negativ karakter. Profesjonsinteresser i form av ulikt verdigrunnlag som følge av ufaglærte versus faglærte kan således være en hemmer for samarbeid i dette tilfellet (Glavin & Erdal, 2013, s. 42, Boeckxstaens & De Graaf 2011, s.369-389) Samtidig tyder forskning på at spesialisthelsetjenesten har hatt en høyere makt som organisasjon og som kan resultere i en overlegen eller i motsatt fall en underlegen rolle. Dette kan føre til barrierer når man skal forhandle konstruktiv og effektivt (San Martin- Rodriguez et al., 2005, s.132-147, Tønnessen, et al., 2015, s. 14-23).

Kompetanse i form av erfaring når sykepleiere koordinerer utskrivelsene trekkes frem som en viktig faktor for samarbeid: *"de erfarne har en indre sjekkliste"* uttaler respondentene i spesialisthelsetjenesten. Respondentene var opptatt av at dette var satt i et system i sykehuset. Sjekklistene for utskrivelse ligger tilgjengelig som prosedyre hvor de med mindre erfaring kan benytte. Hvorvidt dette er formidlet av ledere via systemene for opplæring av nyansatte kommer ikke frem hos respondentene. Glavin & Erdal (2013) og San Martin-Rodriguez et al., (2005) trekker frem kompetansebygging som en fremmer for samarbeid og utvikles gjennom felles verdigrunnlag, vedlikehold av systemer og felles opplæringsplaner. Videre mente respondentene i spesialisthelsetjenesten de ansatte på sykehuset hadde mer kompetanse til å til å observere endringer i pasientens helsetilstand. De mente kommunene hadde et forbedringspotensial på dette området. Dersom kommunene kunne observere forverring i pasientens tilstand kunne de være i stand til å igangsette nødvendige tiltak tidligere i behandlingsforløpet til pasientene. Respondentene i kommunale helse- og omsorgstjenester mente derimot forventningene fra spesialisthelsetjenesten til kommunens kompetanse var urealistisk med hensyn til både den generelle kompetansen, men også at pasientene til tider hadde avansert medisinsk behandling ved utskrivelse. I henhold til Orvik (2015) kan kvalitetsforbedring fremmes der helsepersonell gjennom støttende ledelse selv identifiserer forbedringsområder. Dette kan styrkes i klinisk mikrosystemer med en flattere organisasjonsstruktur. Videre mente respondentene fra kommunene de høye forventningene kunne føre til faglig usikkerhet hos sine ansatte og får støtte av respondentene fra spesialisthelsetjenesten. De hadde forståelse for at sykepleiere på sykehjemmene hadde begrensede muligheter for å få faglig råd og veiledning på bakgrunn av lav bemanning, stort ansvar og lav legedekning. San Martin- Rodriguez et al.,(2005) peker på at spesialisering kan føre til ulik sosial status som forhindrer likhetene som gjør samarbeidet effektivt. Dette støttes av Glavin & Erdal (2013) som fremhever at partene må ha kunnskap om hverandres fagfelt og kan stimuleres gjennom hospitering og kunnskapsbygging i og mellom behandlingsnivåene. Respondentene i kommunale helse- og omsorgstjenester hadde kompetanseutvikling satt i system både for ansatte på helsehusene og med ambulerende sykepleiere som kunne bistå med opplæring ut til både sykehjem og hjemmesykepleie. Dette samsvarer med Glavin & Erdal (2013) som mener faglig veiledning fører til felles verdigrunnlag og kan utvikles gjennom kompetansebygging. Begge behandlingsnivåer trekker frem trygghet i form av økt fagkompetanse som en viktig faktor som fremmer mulighetene for samarbeid og utjevner forskjellene i tilnærming.

6.1.3 Kommunikasjon og elektroniske meldinger

Noe av årsaken til å delta i studien ble av respondentene begrunnet med studiens tema om kommunikasjon mellom behandlingsnivåene. Det var tydelig at dette var noe som interesserte og som alle hadde kjennskap til, erfaringer med og meninger om. Respondentene i begge behandlingsnivåene mente de hadde fått friggitt mer tid etter implementering av elektroniske meldinger. Samtidig påpekte respondentene i spesialisthelsetjenesten at der kommunene var i tvil om hva som var formidlet skriftlig ble de gjerne kontaktet på telefon av pasientkoordinatorene for å sikre korrekt informasjonen. En bakdel med elektronisk meldinger mente respondentene i sykehuset førte til dobbeltinformasjon. Det var ikke uvanlig at det var behov for både skriftlig og muntlig kommunikasjon som tok unødvendig bruk av tid. Respondentene i kommunale helse – og omsorgstjenester hadde forståelse for at sykepleiere i sykehuset hadde en stort tidspress og påpekte at informasjonen måtte være konkret og tydelig. Dette får støtte i funn beskrevet av Tønnesen et al., (2016) og Boeckxstaens & De Graf (2011) hvor det fortsatt er mangel på felles forståelse av tilstrekkelig informasjon som vil hemme samarbeidet mellom behandlingsnivåene. San Martin-Rodriguez et al.,(2005) viser til funn som støtter opp om behovet for kommunikasjonsevner hos helsepersonell som fremmer diskusjoner effektivt og konstruktivt.

Respondentene i kommunehelsetjenesten mente den skriftlige dokumentasjon tidlig i forløpet som oftest var i orden, men savnet oppdatert informasjon underveis under innleggelsen. Mange pasienter er inneliggende over en lengre periode og det var store mangler på kommunikasjonsutveksling før sykehuset meldte pasienten utskrivningsklare. Samtidig som respondentene mente det fremkom begrenset informasjon om funksjonsnivå frem til samme dag de var utskrivningsklare. Tydelig informasjon om pasientens funksjonsnivå mente de var en fremmer for samarbeidet. De hadde også god erfaring med de avdelingene som benyttet seg av samhandlingssykepleiere, men samtidig så de utfordringer ved at de ikke hadde direkte pasientkontakt og mindre mulighet til å beskrive funksjonsnivå til pasientene. Respondentene mente derimot at kommunikasjonen alene ikke var en årsak til reinnleggelse av pasienter, men at de ble medisinsk dårligere og var i behov av behandling i spesialisthelsetjenesten. I henhold til Wibe, Ekstedt & Hellesø (2015) er prosessuell kommunikasjon en fremmede faktor som kan bidra til en mer åpen og tydelig informasjonsutveksling mellom behandlingsnivåene.

Mine respondenter i spesialisthelsetjenesten mente selv de benyttet kommunikasjon bevisst for å begrunne vurderingene om behovet for korttids plass. De mente videre dette varierte med erfaring hos den enkelte sykepleiere, men at de innad i sykehuset hadde et forbedringspotensialet. Dersom de ble flinkere til å starte kommunikasjonene tidligere mente kommunen kunne fått bedre tid til å forberede seg. Det kom også frem hos mine respondentene at sykepleiere burde rullert mellom begge behandlingsnivåene. Dette begrunnet de videre med at de i større grad hadde vært i stand til å kommunisere tydeligere. Respondentene i begge behandlingsnivåene presiserte samtidig behovet for at helsepersonell mestret både skriftlig og muntlig kommunikasjonsferdigheter. Dette førte til mindre muligheter for å misoppfatte og kunne være et viktig bidrag til å sikre pasientene et faglig forsvarlig tjenestetilbud etter utskrivelsen. Dette er i tråd med Orvik (2015) og Dahl (2013) som mener en semiotisk kommunikasjonsmodell med felles kulturell kunnskap bidrar til meningsutvekslinger som forhindrer mulighetene til å misforstå. Dette kan dermed bidra til å ivareta pasientsikkerheten og gjør det enklere for pasientkoordinatorer og tildele et riktig tjenestenivå.

Respondentene i spesialisthelsetjenesten vektla gode kommunikasjonsferdigheter som en kvalitetsfaktor i overgangen mellom behandlingsnivåene som bidro til å begrense risikoen for at misforståelser oppstod. I motsatt fall mente respondentene dette kunne føre til feil behandling av pasientene hvor pasientsikkerheten ble svekket. Konsekvensen av dette førte til at pasientene ikke fikk det nødvendige helsetilbudet. Dette stemmer godt overens med de funn som kom frem i rapporten fra Helsetilsynet (Helsetilsynet, 2016) om at mangelfull informasjon var et risikoområde mellom behandlingsnivåene. Begrenset informasjon medførte derfor en økt fare for dårligere oppfølging av pasientene og et dårligere faglig tjenestetilbud ved utskrivelsen. Respondentene fra begge behandlingsnivåer mente komplekse pasienter spesielt, var avhengig av at denne informasjonsutvekslingen startet tidlig. Dette kunne bidra til å sikre god behandlingsoppfølging i kommunene etter utskrivelsen.

6.1.4 Organisatorisk kompetanse

For å kunne samhandle må utøverne også nødvendigvis snakke samme språk, informasjonen som overføres mellom behandlingsnivåene må ha felles medisinsk terminologi. Dette kan høres enkelt ut i teorien, men i den praktiske hverdagen kan allikevel samarbeidet bære preg

av tilfeldigheter. Denne tilfeldigheten består i variasjoner av helsepersonells erfaringer, holdninger, planlegging og kunnskaper om Inter – og intraorganisatoriske samhandling. Pasienter som er i behov av økt omsorgsnivå ved utskrivelse fra sykehus bør helsepersonell tidlig i forløpet forberede kommunehelsetjenesten. Dette krever også kontinuitet blant helsepersonell som igjen handler om ressursbruk og produktivitet. Pasientene i dagens helsevesen er økende multimorbide pasienter som krever god planlegging før de kan skrives ut til kommunehelsetjenesten. Dette innebærer at man ikke bare intraorganisatorisk må samarbeide, men det kreves i tillegg interorganisatorisk kompetanse. Man må som helsepersonell ofte samarbeide med leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter tverrsektorielt for å sikre en faglig forsvarlig utskrivelse. Dette kan være utfordrende når man skal bygge bro mellom interesseforskjeller og spenninger med samhandlende parter som eksempelvis denne studiens tema. Når pasienten er vurdert utskrivningsklar av behandlende lege i spesialisthelsetjenesten blir ansvaret videreført til kommunehelsetjenesten. Interessekonfliktene skjer når kommunene er uenige i hvorvidt pasientene faktisk er utskrivningsklare og i de tilfellene hvor man i tillegg er uenige om behandlingsnivå. Dette gjelder samtidig også intraorganisatorisk, man kjenner sin organisasjon og avdeling og kan lite om de andre avdelingens kompetanse (Orvik 2015, s. 249, Tønnesen et al. 2016, s. 14-23). Dette støttes av Glavin & Erdal (2013) som mener domenekonflikter oppstår når målet og hensikten med samarbeidet er utydelig mellom aktørene.

For å vite hva pasienten er i behov av må den enkelte utøver i spesialisthelsetjenesten være utstyrt med et ”klinisk blikk” som gjør at de kjennetegner pasienters omsorgsbehov ved utskrivelse. Respondentene fra sykehuset mente nettopp mangelen på ”klinisk blikk” hos kommunens sykepleiere førte til at man mistet noe av respekten for hverandre. Samtidig som det er en stor fordel å ha kunnskaper om hvilket tilbud som finnes utenfor sin organisasjon og hva de ulike tilbudene består av (Hansen & Fineide 2010, Orvik, 2015. s. 57).

I desentralisering av helsetjenestene er det ikke lagt føringer på systemnivå om hvordan den enkelte kommunen velger å organisere dette og har ført til nesten like mange organiseringer av tjenester som det er kommuner i fylket. Dette kan bidra til forvirring og frustrasjon hos sykepleierne på sykehuset når de i en hektisk hverdag samtidig skal ha kunnskap om de ulike tjenestene som gis i de forskjellige kommunene. Dette forutsetter at de ansatte i sykehuset innehar et sett av samhandlingskompetanse som kan påvirke pasientens tjenestenivå ved utskrivelse. I motsatt tilfelle har kommunenes sykepleiere som oftest et sykehus og en kommune de skal forholde seg til. Pasientkoordinatorene i de ulike kommunene har et

overordnet ansvar for tildeling av tjenestenivå ved utskrivningen av pasientene. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten derimot mangler denne beslutningsmyndigheten. Vangen & Huxham mener samarbeid kan oppnås når behandlingsnivåene ser nytteverdien av eget bidrag og hvordan dette påvirker koordineringen av tjenestetilbudet til pasientene (Willumsen 2012, s.67-85). Dette får støtte av San Martin- Rodriguez et al., (2005) som mener betydningen av individuelle egenskaper og profesjonell modenhet fremmer denne ubalansen i beslutningsmyndigheten.

6.2. Faktorer for samarbeid på organisatorisk nivå

6.2.1 Faglig Forsvarlig

Mine respondentene i kommunehelsetjenesten opplever at de møter pasientenes behov for et faglig forsvarlig tjenestetilbud etter endt sykehusopphold og begrunner det med at de har få overliggere i sykehuset. Videre sier de at dersom de mener det er uforsvarlig betaler de i stedet for overliggere. Respondentene i kommunale helse og omsorgstjenester mente videre at de i mange tilfeller kunne være uenige i sykehusets vurdering av behov for korttidsplass, men påpekte allikevel at man ikke gikk på akkord med dette. Faglig forvarlighet skal vurderes ut fra faktiske forhold på det aktuelle tidspunktet og ikke tidligere eller fremtidige vurderinger (Helsepersonelloven 1999, Specialisthelsetjenesteloven 1999, & Helse-og omsorgstjenesteloven 2011).

Respondentene i spesialisthelsetjenesten opplevde derimot at pasientene i mange tilfeller ikke fikk et tjenestetilbud som var faglig uforsvarlig etter de vurderingen som var fattet. Dette forklarer de videre med at kommunene forventer at sykehuset begrunner korttidsoffhold for pasientene utfra et hjelpebehov, og at kommunene har beslutningstaking på hvilket tilbud de deretter tildeler pasientene. Domenekonflikter er i følge Glavin & Erdal (2013) en hemmer for samarbeid mellom behandlingsnivåene og mener det bør foreligge en felles forståelse om hva som er prioriterte oppgaver for å nå et mål. Først da kan man se nødvendigheten av samarbeid mellom behandlingsnivåene (Glavin & Erdal 2013, s. 42, Vangen & Huxman, 2012, s.67-85). San Martin- Rodriguez et al. (2005) påpeker at de tradisjonelle organisasjonsstrukturene i mindre grad får frem betingelser som felles beslutningstaking og kan være en hemmer for samarbeidet. Faktorer som fremmer samarbeidet er de organisasjonene med ledere som konkretiserer og legger til rette for samarbeid ved å implementere de felles prosedyrene som er utarbeidet gjennom Administrativt samarbeidsutvalg (San Martin- Rodriguez et al., 2005).

Respondentene i spesialisthelsetjenesten mente også dette skyldes at kommunene er for lite forberedt på reformen og opplevde at tiden drøyes fra kommunens side. Dette førte til en forbedring i pasienten helsetilstand og hvor behovet for korttidsplass endret seg.

Respondentene mente også at de da kunne få til svar fra kommunene at pasientene kunne ivaretas i hjemmet der sykehuset hadde vurdert tverrprofesjonelt at dette ikke var forsvarlig. Dette mener respondentene bidro til uenigheter og samtidig tok mye tid å forsvare. I følge Glavin & Erdal (2013) er det en fremmer for samarbeidet dersom behandlingsnivåene ser nytten av samarbeidet for å oppnå en effektiv ressursutnyttelse. En hemmer for dette samarbeidet er knappe ressurser og man må bruke mye ekstra tid på å dokumentere den faglige vurderingen (Glavin & Erdal, 2013, s.43).

Et annet vesentlig poeng respondentene i spesialisthelsetjenesten trakk frem var legens posisjon i utskrivingsprosessen hvor de opplevde at legene var tryggere dersom pasienten fikk et korttidsopphold fremover en utskrivelse til hjemmet. Dersom legene tilbyr pasientene korttidsopphold og argumenter for at dette er det eneste faglig forsvarlig er det forståelig at både pasienter og pårørende stoler på denne vurderingen. Tradisjonelle kulturer er godt forankret i den eldre befolkningen og når legene da anbefaler korttidsopphold kan det være en hemmer for samarbeidet. Legene «vet» best og hos denne generasjon pasienter, har legene en høy sosial status og makt som er en kultur det tar tid å endre på. Kilde til maktforskjeller på bakgrunn av ulik sosial status mellom behandlingsnivåene kan bidra til å hemme den likheten som gjør samarbeidet effektivt (San Martin-Rodriguez et al., 2005, s. 132-147).

Glavin & Erdal (2013) mener det fremmer samarbeidet dersom de ulike profesjonene har kunnskap om hverandres ulike tjenestetilbud og dermed i større grad kan anerkjenne de bidragene som komplementerer hverandre.

6.2.2 Ressurser og kontinuitet

Kontinuitet blant helsepersonell oppgir alle respondentene i begge behandlingsnivåer som faktorer som fremmer trygge pasientoverganger. Dette da man får en bedre oversikt over hva man har informert om i tidligere elektroniske meldinger. Et annet viktig poeng var at man med kontinuitet kjenner pasienten og av den grunn gir en faglig oppdatert status om pasientens helsetilstand og behov underveis i innleggelsen og ved utskrivelse. Kontinuitet vil også kunne bidra til en mer effektiv bruk av avdelingenes samlede ressurser. Samtidig førte kontinuitet til mindre stress og bruk av unødvendig tid og ressurser for den enkelte sykepleier.

En av respondentene i kommunehelsetjenesten mente kontinuitet fortsatt var et fremmedord i spesialisthelsetjenesten og en hemmer for samarbeidet fordi det skapte frustrasjoner hos kommunens ansatte. Respondenten mente at dette ikke hadde bedret seg etter innføringen av reformen. Årsaken til dette mente respondenten skyldtes stor ”turnover” av personalet og at ledelsen hadde et ansvar for å avsette ressurser til opplæring av de nyansatte. Respondentene i sykehuset mente en ulempe ved lite kontinuitet blant personalet var at viktige problemer hos pasienten ble oversett og dermed førte dette til både mangelfull informasjon, ekstra liggedøgn og utgjorde en trussel for pasientsikkerheten. En fremmer vil i denne sammenheng være de organisasjonene som har strukturerte samarbeidssystemer og dermed redusert risikoen for at samarbeidet forsvinner med personalet. Dette forutsetter at samarbeidssystemene er forankret på ledernivå og beskrevet i handlingsplaner i de ulike avdelingene (O’Brien-Pallas et al., 2010, s.1073-1086, Glavin & Erdal, 2013.s. 44).

I følge Orviks (2015) beskrivelse av organisatorisk kompetanse i et kulturelt perspektiv er kontinuitet en fremmede faktor som bidrar til å øke kvaliteten i overgangen mellom behandlingsnivåene. I henhold til verdighetsgarantien (Verdighetsgarantiforskriften, 2010) skal kontinuitet bidra til å sikre kvalitet og nødvendige helsetjenester for at pasientene skal oppleve tjenestene som samordnet. Dette er igjen avhengig av både pasient, profesjons- og produksjonstid. Samtidig forutsetter et etablerte samarbeidsrutiner og en ledelse som legger forholdene til rette for kontinuitet. I motsatt fall vil utilstrekkelig informasjon være en konsekvens og således være en hemmer i utskrivingsprosessen (San Martin-Rodriguez et al., 2005, s. 132-147). Som en av respondentene poengterer vil konsekvensene ved lite kontinuitet blant personalet føre til at vesentlig informasjon glipper og medføre økte liggedøgn for pasientene. Vurderer man dette i et strukturelt perspektiv vil dette kunne føre til fragmentering av tjenestene både på inter og- intraorganisatorisk nivå (Orvik, 2015, s.71-96).

Mine respondenter i spesialisthelsetjenesten mente kommunene til tross for økte bevilgninger ikke var forberedt på reformen både når det gjaldt ressurser i form av kunnskapsløft og oppbygging av nødvendig tjenestetilbud. Dette førte ofte til uenigheter som var organisatorisk betinget, men hadde forståelse for at kommunene trengte tid til å bygge opp sine tjenester. Respondentene i kommunale helse -og omsorgstjenester mente derimot at spesialisthelsetjenesten hadde urealistiske forventninger til de ressursene kommunene hadde tilgjengelig. Tjenestene kan ikke sees på som fullstendig likeverdige, men at kommunene skal være et supplement når pasientene kan skrives ut til et lavere omsorgsnivå. Dette begrunnes videre med både manglende legeressurser og diagnostiske verktøy som barrierer for

samarbeidet. I følge San Martin- Rodriguez et al.,(2005) kan en horisontal eller flat strukturering av organisasjonene med felles beslutningstaking være en fremmer i disse pasientovergangene. Partene kan da avtale på et lavere organisatorisk nivå de ulike forventningene og begrensningene de samarbeidene behandlingsnivåene står ovenfor. Dette kan oppnås gjennom formelle møter og forum hvor felles prosedyrer utarbeides av de utøverne som står nærmest pasienten i utskrivingsprosessen. Samtidig må prosedyrene formidles ut til de alle ansatte i organisasjonen via standardisert verktøy. Standardisering kan bidra til å redusere uenigheter og skape en felles forståelse for hensikten med samarbeidet (Jacobsen, 2004. s. 102, Glavin & Erdal, 2013, s. 45, Suter et al., 2009, s. 41-51, Heskestad & Aase, 2015, s. 380-390).

6.2.3 Plassmangel og økonomi

Respondentene i kommunale helse-og omsorgstjeneste var enige i at de foretok prioriteringer på grunn av plassmangel på korttidsplasser, men at dette allikevel fungerte til tross for at sykehuset var skeptiske til dette. De hadde inntrykk av at sykehuset ”la litt på ” for å sikre pasienten plass på korttidsopphold og dette gikk utover de pasientene som hadde et større behov av denne plassen. Respondentene uttalte videre at de erfaring med at pasienten oftere ble feilplassert på et høyere omsorgsnivå enn det de faktisk var i behov av. Respondentene i spesialisthelsetjenesten erfarte derimot at kommunene drøyd tiden og at de ved flere anledninger hadde begynt å spørre om det var plassmangelen som var bakgrunn til uenighetene. Glavin & Erdal (2013) mener vilje til å endre egen praksis forutsetter at man kjenner hverandres muligheter og begrensinger på tvers av behandlingsnivåene. Økonomiske rammebetingelser og konsekvenser i form av færre ressurser kan være en hemmer for et vellykket samarbeid i henhold til San Martin- Rodriguez et al.,(2005).

Sykepleierne som jobber i klinikken i sykehuset har et mindre antall pasienter de skal koordinere på en arbeidsdag, noe som kan resultere i at de i mindre grad ser den helhetlige organiseringen for begge behandlingsnivåer. Kommunens pasientkoordinatorer skal til sammenligning vurdere behovet til alle inneliggende pasienter til enhver tid. Dette fører til at de må foreta prioriteringer basert på de med størst behov. Dette ble støttet av respondentene i spesialisthelsetjenesten som erfarte at det var overliggere konstant og de hadde forståelse for det presset pasientkoordinatorerne hadde. Respondentene i kommunale helse-og

omsorgstjenester hadde et ønske om at sykepleierne i sykehuset kunne jobbet i kommunen for å få større forståelse for at mye fungerte i hjemmet. Respondentene i spesialisthelsetjenesten kjente også presset på plasser i sykehuset. Dette førte til at de pasientene som kunne reise hjem med hjemmesykepleie fordi hjelpebehovet endret seg under innleggelsen, de reiste hjem for å frigjøre plass ved stort trykk på sykehuset. Respondentene mente videre at flere pasienter hadde fått et korttidsplass derom det var nok plasser tilgjengelig. Sett på årsbasis av de pasientene som var i behov av korttidsplass var det allikevel ifølge respondentene i sykehuset få pasienter hvor kommunen sa "hjem" og sykehuset sa "korttidsopphold". I følge San Martin- Rodriguez et al., (2005) er holdninger en faktor som fremmer samarbeid og et resultat av kulturen i behandlingsnivåene, lederstil og sykepleierens fagkunnskap. Dette får støtte av Glavin & Erdal (2013) som påpeker at gevinsten av samarbeidet bør være symmetrisk fordelt for å balanseres. I motsatt fall kan desentralisering og spesialisering føre til en prosessuell fragmentering der helhetlig tilnærming blir glemt. Aktuell forskning viser at samarbeid er betinget av at partene har kunnskap om hverandres fagfelt og vil være et suksesskriteriet for kvaliteten i tjenestene (Havens et al., 2010, s. 926-937). Interessekonflikter vil derimot være en hemmer for samarbeidet og kan være en konsekvens av økt produktivitetskrav i eget behandlingsnivå. Dette støtter opp om nødvendigheten av at også intraorganisatorisk samarbeid fungerer tilfredsstillende og ikke hemmer et samarbeid på tvers av nivåene (Orvik, 2015 s. 249).

Respondentene i kommunale helse- og omsorgstjenestene mente at økonomi ikke var årsaken til at pasientene ikke fikk tildelt korttidsopphold. De begrunnet dette videre med at de fikk god støtte av sine ledere på at man ikke gikk på akkord med det faglige perspektivet. At det var noen mellomledere som var opptatt av økonomi og balanse i egne budsjetter kunne allikevel forekomme. Respondentene la også til bekymring i forbindelse med reinnleggelser som de relaterte til kortere liggetid i sykehuset. I henhold til Glavin & Erdal (2013) og San Martin-Rodriguez (2005) kan økonomiske konsekvenser være en hemmer for samarbeidet hvor de ulike organisasjonene har press på egen produktivitet og mangelen på koordinering blir resultatet (Bender et al., 2013, s. 165-174).

Mine respondenter i spesialisthelsetjenesten mente derimot kommunene drøydde tiden i den hensikt å spare korttidsplasser. I henhold til Havens et al. (2010) er felles mål av stor betydning for om behandlingsnivåene kan lykkes med samarbeid om et helhetlig tjenestetilbud. Pasientsikkerheten økes der felles kompetanse, mål og kommunikasjon inngår som faktorer i koordineringen av pasientene. Hvorvidt økonomi alene var en årsak til

uenighetene på tvers av behandlingsnivåene er allikevel vanskelig å vite med sikkerhet. Dette blir en diskusjon som både tar for seg kompetanse, personalressurser og kortere liggetid i sykehus. At samarbeidet er lovpålagt kan være en hemmer som kan medføre uoverensstemmelser og maktforskjeller fordi betalingsansvaret og tjenestenes innhold endres (Bender et al., s. 165-174, 2013, Helsetilsynet, 2016, Riksrevisjonen, 2016, Røsstad et al., 2013).

7.0 Oppsummering

Denne studien har gitt en innføring i de samarbeidsutfordringene helsepersonell står ovenfor når pasienten skal skrives ut etter endt sykehusopphold. Ikke uventet viser det seg at dette byr på utfordringer knyttet til faktorer på relasjonelt og organisatorisk nivå i tråd med både nasjonal og internasjonal forskning som ligger til grunn i min studie.

De relasjonelle utfordringene oppgis å være faktorer som tillitt og respekt mellom behandlingsnivåene på bakgrunn av de svar som kom frem i undersøkelsen. Tydelig kommunikasjon i, og underveis i forløpet oppgis å være en fremmer for samarbeidet. Å beherske kommunikasjon både skriftlig og muntlig hos sykepleiere i spesialisthelsetjenesten ansees som en vesentlig faktor som bidrar til å sikre pasientene et faglig forsvarlig og nødvendig tjenestetilbud etter endt sykehusopphold. Videre var ulik tilnærming og perspektiv på helsehjelpen i de to behandlingsnivåenes en utfordring. På generelt basis opplevde alle respondentene uavhengig av behandlingsnivå, mistillit til de faglige vurderingene som ble tatt på sykehuset og vice versa. Den enkeltes generelle kompetanse og kunnskaper om hverandres fagområder synes også å være en dominerende faktor til økt mistillit. Samtidig vektla respondentene ulike maktforskjeller mellom etatene spesielt, og mellom pasientkoordinatorene og sykepleierne generelt.

Min forforståelse om at manglende korttidsplasser var en årsak til uenighetene mellom behandlingsnivåene stemmer overens med respondentens svar både fra kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Et av mine forskningsspørsmål var i hvilken grad plassmangel påvirket de tjenestene pasientene får etter endt sykehusopphold. Således bekrefter denne studien at når presset på innleggelser i sykehuset er stort vil mangelen på korttidsplasser være en konsekvens. Det var derimot ingen ensartede funn i min studie som med sikkerhet kunne bekrefte at økonomi var en årsak til at pasienter ikke fikk tildelt et korttidsopphold.

Denne studien viser at sykehuset må forbedre måten de kommuniserer og kartlegger pasientenes behov på for å kvalitetssikre overføringen av pasientene. Samtidig kan kompetanseheving og kontinuitet blant de ansatte både i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester fremme samarbeidet og dempe interessekonfliktene. Samhandlingskompetanse er som beskrevet gjennom denne studien en individuell egenskap

som krever klinisk blikk, kommunikasjonsferdigheter og handlingsalternativer for å kunne utvikles til en organisatorisk kompetanse. Studiens funn viser at sykepleiere som besitter denne kompetansen kan fremme de forutsetningene som er nødvendig i utskrivingsprosessen. Dette styrker mulighetene for å gi pasientene en helhetlig og koordinert utskrivelse etter endt sykehusopphold.

LITTERATURLISTE

Bender, M., C.D., Connelly, & C., Brown (2013) Interdisciplinary collaboration; the role of the clinical nurses. *Journal of Nursing Management*, (21.), 165-174.

<https://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01385.x>

Boeckxstaens, P., & De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: Position Paper of the European Forum for Primary Care. *Quality In Primary Care*, 19(6), 369-389.

Brattheim. B.J, R. Hellesø & L.Melby (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Forskning* nr 1, 2016; 11: 26-33

doi:10.4220/Sykepleienf.2016.56830 Hentet fra

https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/publication-pdf/16fo1_art_brattheim_3951.pdf

Dahl. Ø (2015). Møter mellom mennesker. *Innføring i interkulturell kommunikasjon* Oslo: Gyldendal Akademisk.

D'Amour, D., M. Ferrada-Videla, L. San Martin-Rodriguez & M-D, Beaulieu (2005). The Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core Concepts and theoretical framework. *Journal of Interprofessional Care*, (19),116-131.

<http://dx.doi.org/10.1080/13561820500082529>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (NESH),(2016, 27.04). Retningslinjer. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Glavin, K. & B. Erdal.(2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Til beste for barn og unge i kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget.

Grimsmo. A (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Forskning*, 2013(8), s.148-155. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.005.

- Grønmo, S (2012). Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen. I: Holter, Harriet, Ragnvald, Kalleberg (red.) *Kvalitative metoder I samfunnsforskning* 2.utg. 5 opplag 2012. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillitt. I: Molander, A., & L.I., Terum (red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, G.V., & M. J, Fineide (2010). Arbeidsrapport, "Sammen og koordinert", Høgskolen i Østfold.
- Havens, D.S., J. Vasey, J. H. Gittell, W-T. Lin (2010). Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*,(18). Doi: 10.1111/j. 1365-2834.2010.01138.x
- Helse og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m. av 24.06 2011 nr. 30. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell mv. av 2.7.1999 nr. 64. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsetilsynet (2016). *Informasjon var mangelfull og kom ofte for sent*. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (Helsetilsynet rapport 1/2016). Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf
- Heskestad, R.N., & K. Aase (2015). En tverrfaglig læringsarena for overføring av eldre pasienter. *Forskning* nr 4, 2015; 10: 380-390.doi: 10.4220/sykepleienf.2015.55993
- Jacobsen, D. I (2013). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 2 utgave. 2. opplag. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jacobsen, D, I (2004), Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I: Repstad, P (red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker-tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johannessen, A, P.A., Tufte, L. Christoffersen (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. 2. opplag.2011*. Oslo: Abstrakt Forlag.

Knutsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker* (s.19-74). Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, Steinar. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Olsen, L.O.(2004). Juridiske rammer for tverrfaglig samarbeid. I: P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker* (s.19-74). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K.(2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.

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

Mitkidis, P., J. Sørensen, K.L., Nielbo, M. Andersen & P. Lienard (2013). Collective-Goal Ascription Increases Cooperation in Humans. *PLoS One*,8(5.), doi.org/10.1371/journal.pone.0064776

NOU 2005:1 God forskning – bedre helse, Helsinkideklarasjonen, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.

Orvik A. (2015). *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

Repstad, P.(2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder I samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Røsstad. T, H. Garåsen, A. Steinsbekk, O. Sletvold & A. Grimso (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a quality study. *BMC Health Services Research*,2013(13), 121. Doi: 10.1186/1472-6963-13).

- San Martin- Rodriguez, L., MD., Beaulieu, M. D. D`Amoure., & M. Ferrada-Videla (2005) The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 1:132- 147.
- Thagaard, T.(2016). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A.(2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tønnessen, S, B. L. J., Lind Kassah & W- A. Tingvoll (2016). Samhandling med spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Forskning, 2016* (nr 1.)11: 14-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Vangen, S.,& C, Huxman (2012). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: Willumsen, E.(red.). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wibe. T, M, Ekstedt, R. Hellesø (2015). Information practices of health care professionals related to patient discharge from hospital. *Informatics for Health and Social Care*. Volume 40, Issue 3.DOI: 10.3109/17538157.2013.879150
- Willumsen, E. (2012). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I Willumsen(Red.), *tverrprofesjonelt samarbeid I praksis og utdanning*(s. 16-34). Oslo: Universitetsforlaget.
- Reeves. S, S. Lewin, S.Espin, M. Zwarenstein (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and social Care*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Suter, E., J. Arndt, N. Arthur, J. Parboosingh, E. Tayler & S. Deutschlander (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* (23), 41-51. doi.org/10.1080/13561820802338579.
- Verdighetsgarantiforskriften (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg av 12.11.2010. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2.7.1999 nr 61. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Jeg er en mastergradsstudent ved Høgskolen i Østfold og jobber for tiden med en oppgave i tverrfaglig samarbeid. Teamet for studien min er pasientsikkerhet i utskrivningsprosessen til kommunehelsetjenesten.

Studiens problemstilling er som følger:

” Hvordan bidrar målrettet kommunikasjon til en utskrivningsprosess som gir et faglig forsvarlig tjenestetilbud til pasientene etter endt sykehusopphold? ”

Bakgrunn og formål:

Formålet med studien er å forsøke å belyse de ulike faktorene som påvirker det tverrfaglige samarbeidet på tvers av etater og hva de ulike utøvere i helsetjenesten forbinder med målrettet kommunikasjon og dens betydning for en helhetlig helsetjeneste.

Studien er en masteroppgave i Tverrfaglig Samarbeid i Helse og Sosialektoren ved Høgskolen i Østfold. Studien er en individuell studentoppgave uten en oppdragsgiver.

Utvalget av respondenter er gjort på grunnlag av deres erfaring med utskrivningsprosessen til pasienter med behov for kommunale tjenester etter endt sykehusopphold.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien består av individuelle intervjuer og dine erfaringer vil være viktig for meg i min analyse av denne problemstillingen. Intervjuene vil tas opp på båndopptager, for så og bearbeides. Spørsmålene vil omhandle samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om de utskrivningsklare pasientene.

Alle opplysninger som samles inn vil bli behandlet konfidensielt og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i den ferdigstilte studien.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og det vil ikke være mulig å identifisere enkeltpersoner i den ferdige studien. Det vil kun være Høgskolens veileder og jeg som har tilgang til selve intervjuet. Studien er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og personopplysninger/ opptakene lagres i innelåst skap. Datamaskinen som blir benyttet under studien har eget passord som andre ikke har tilgang til. Etter endt studie makuleres alt digitalt og skriftlig materiale.

Prosjektet skal avsluttes senest 12. Mai 2016.

Et intervju vil ta ca. 1 time og jeg håper du kan avse dette i en hektisk hverdag.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Mona Martinsen per tlf: 414 28 403.

Mailadresse: mona-mar@online.no.

Prosjektets veileder: høgskolelektor Lasse Johnsen kan kontaktes per tlf: 696 08 825 /902 03 580

Mailadresse: lasse.johnsen@hiof.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Prosjektnummer: 47694.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

1. Hvilken profesjon representerer du, og hvor mange års erfaring har du?
2. Hvilken rolle i prosessen om utskrivningsklare pasienter har du?
3. Hvor ofte er du i kontakt med kommunehelsetjenesten / spesialisthelsetjenesten om Utskrivningsklare pasienter?
4. I hvilken grad opplever du at pasientene får et tjenestetilbud som er faglig forsvarlig?
5. Opplever du uenighet mellom etatene om hva som er rett tjenestetilbud til pasientene?
6. Opplever du at pasienten blir feilplassert i kommunen når de er utskrivningsklare?
7. Hvordan opplever du samarbeidet mellom behandlingsnivåene?
8. Hvilke faktorer spiller en rolle for at samarbeidet fungerer?
9. Opplever samarbeidet i den hensikt at det er pasientens behov som er i fokus?
10. Hvilke faglige utfordringer opplever du som utøver/sykepleier om denne pasientgruppen?
11. Benytter du bevisst kommunikasjon som virkemiddel til å få frem pasientens faktiske behov?
12. Hvilke kommunikasjonsferdigheter mener du er relevante å inneha som helsepersonell?
13. Opplever du at elektroniske meldinger har forenklet informasjonsflyten mellom tjenestenivåene?
14. Opplever du en tydeligere ansvarsfordeling mellom etatene etter innføring av samhandlingsreformen?
15. Er du kjent med innholdet i Samarbeidsavtalen mellom Spesialist – og kommunehelsetjenesten?
16. Opplever du geografiske variasjoner om de utskrivningsklare pasientene?

Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Lasse Johnsen
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 05.04.2016

Vår ref: 47694 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47694	<i>Hvordan bidrar målrettet kommunikasjon til en utskrivingsprosess som gir et faglig forsvarlig tjenestetilbud til pasientene etter endt sykehusopphold</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Lasse Johnsen</i>
<i>Student</i>	<i>Mona Martinsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf: 55 58 22 68

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no