

MASTEROPPGAVE

Tittel: Organisatorisk samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner innen utredning av brystkreftpasienter

Nilsen, Beatrice Josianne Mekongo

10 mai 2018

Studie: Tverrfaglig samarbeid i helse og sosial sektoren

Avdeling: Avdeling for helse og velferd



1 Forord

Denne oppgaven handler om samarbeid på organisasjons nivå mellom offentlige og private aktører i spesialisthelsetjenesten, i utredning av brystkreftpasienter. Interessen for dette temaet fikk jeg i forbindelse med min deltagelse på en nasjonal konferanse om prioritering i spesialisthelsetjenesten i oktober 2015, hvor jeg ble klar over hvilke utfordringer spesialisthelsetjenesten står overfor: Lovens krav i form av pasientenes rett til behandling versus prioriteringer og vurderinger til spesialisthelsetjenesten, behandlingsskøer innenfor kreftomsorg, mangel på spisseskupertise på flere områder og kostnader knyttet til enkelte sykdomsgruppe. Jeg mistet to venninner som følge av brystkreft før jeg startet med denne studie og opplevde dette smertefull fordi den ene oppdaget sykdommen veldig seint. Derfor syntes jeg at det var interessant å fordype meg noe i dette tema.

Å skrive denne oppgaven var veldig spennende. Noen forhold forandret seg i løpet av studie tiden. Det medførte at jeg måtte forandre oppgaven. Men oppgaven skapte engasjement der jeg ofte forklarte hva dette handlet om. Mange har en slags forforståelse for de organisasjoner i studien.

Men det har ikke bare vært moro. Jeg hadde problemer med å få innpass i organisasjoner, problemer med språket innenfor fagområde, og jeg brukte generelt mye tid til å sette meg in i saker. Nå jeg skriver disse ord, er det med stor takknemlighet.

Først vil jeg takke min veileder Hanna Marie Ihlebæk for faglig innspill og oppmuntring gjennom denne prosessen, og alle som har fulgt meg ved avdeling for helse og velferd ved Høgskolen i Østfold. Min veileder fikk meg til å forstå gangen i en slik prosess med oppturer og nedturer. Deretter ønsker jeg å takke min familie og venner for støtten, oppmuntringer og tålmodighet. Det var hyggelig å se at mange som kjenner meg, både i Norge og i Kamerun, trodde jeg kan klare dette. Spesielt takker jeg min samboer Morten Eikenes for alt, i tillegg til faglig innspill på formuleringer.

Jeg ønsker å takke mine tvillinger Mary og Richard for å ha vært tålmodige med en skrivende mamma som ikke vært tilstede, og hadde en full jobb ved siden av studiene.

2 Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke utfordringer på organisatorisk samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner i utredning av brystkreftpasienter i forhold til variabler for vellykket samarbeid. Hvordan samarbeidsavtaler, kommunikasjon, tillit og ledelsen påvirker samarbeidende organisasjoner i utredning av brystkreftpasienter i Norge.

Metode: Det er gjort en analyse av rammeavtaler og semi strukturelle individuelle intervjuer med ledere av offentlige og private helseorganisasjoner for å kaste lys på hvordan samarbeidet fungerer etter innføring av fritt sykehus valg. Samhandlingsreformens mål om mer koordinert tjenesteproduksjon og samarbeid innenfor spesialisthelsetjenesten var et steg mot mer integrert leveranse av tjenester, i henhold til organiserings modell av pakkeforløp for brystkreft.

Hovedfunnene indikerer at organisasjoner har forskjellige syn og holdninger på samarbeidet. Offentlige helseforetak ser på de private som en nødvendig løst håndtering av køer, helst midlertidig og kostbar leverandør i produksjon av helsetjenester. Private aktører ser på samarbeidet som en sikker inntektskilde og en uunngåelig samarbeidspartner med disponible kapasitet, volum og ressurser. Å unngå helsekøer i denne fasen av behandlingen er en offentlig oppgave og dette målet ser ut til å være nådd. Men partner har fokus på å finne løsninger til køproblemet, det er tillit innenfor avtaler. Men samarbeidsformen er uklar. De private aktører mener at avtalene er kortsiktige, på grunn av administrativt støtte fra de offentlige blir det delvis lite forutsigbart i henhold til bruk av deres disponibel kapasitet, det er fokus på kostnader på grunn av politikere interesser, noe som begrenser samarbeidet. Private aktører ble en del av det offentlige tilbud via disse avtaler, men er ekskludert i arenaer for diskusjon om håndtering av helsekøer.

Det er behov for å tenke nytt rundt slik samarbeid i et felt med økt behov for særkompetanse og private aktører disponerer høyt teknologisk utstyr og kompetanse.

Nøkkelord: samarbeid offentlig privat, organisasjonsnivå, brystkreftutredning, ledelsen, økonomi, kapasitet utnyttelse, tid, tillit mellom organisasjoner.

3 Abstract

Title: Organizational cooperation between public and private health organizations in the diagnostics of breast cancer

The purpose of this paper was to investigate the challenges of organizational cooperation between public and private health organizations in relation to variable for successful cooperation, that is, how that is affected by cooperation agreements, management, communication and trust between cooperative organizations and politics in the investigation of breast cancer patients in Norway.

Methods: An analysis of framework agreements and semi-structural individual interviews with leaders of public and private health organizations has been conducted to understand how cooperation works after the introduction of free hospital choice in Norway. The goal of the reform for more coordinated production of health services and cooperation within the specialized health services was a step towards more integrated delivery of services, according to the organizational model of breast cancer pathways.

The main findings indicate that organizations have different views and attitudes towards the cooperation. Public health agencies looked at the private as a necessary tool, temporary, and an expensive supplier in the production of health services. Private actors looked at the collaboration as a secure source of income and an inevitable partner with available capacity, volume and resources. Avoiding queue in health in this phase of treatment is a public task and that goal seems to be achieved. However, partners focus on finding solutions to the queue problem and there is confidence within agreements. The private actors dislike that the agreements are short-termed, because of administrative support from the public hospitals, the use of their capacity is partly unpredictable accordantly. Public hospitals are focusing on costs due to political influence, limiting the cooperation. Private actors became part of the public offerings through these agreements but are excluded in arenas for discussion on the management of health queues.

There is a need to re-think about better cooperation to reduce health queues in breast cancer pathway, because there is an increasing need for special expertise, while private health organizations have high technological equipment and the competence.

Keywords: collaboration public private health organizations, organizational level, breast cancer investigation, management, economics, trust between organizations

4 Innhold

Forord.....	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning	1
1.1. Oppgavens kontekst: Samarbeid innen sykehus sektoren	1
1.2. Utredning: viktig oppgave for sykehusene.....	3
1.3. Oppgaven formål, problemstilling, og forskningsspørsmål	3
1.4. Avgrensingen.....	5
1.5. Litt om Sykdommen.....	5
1.6. Private kommersielle sykehus organisering	6
1.7. Organisering av offentlig sykehus.....	7
1.8. Mål med organisatorisk samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner.....	10
2. Kapittel 2 Teori om samarbeid på organisasjonsnivå	13
2.1 Hva er samarbeid?	13
2.2 Ulike former for samarbeid på organisasjons nivå	15
2.3 Ulike nivåer i samarbeid.....	17
2.4 Nytt offentlig og privat samarbeid for å løse oppgaver.....	18
2.5 Mot Integrated Care, samproduksjon av tjenester eller partnerskap	19
2.6 Kommunikasjon og konfliktløsning som verktøy til vellykket samarbeid.....	21
2.7 Tillit som næring til samarbeid på organisasjons nivå	22
2.8 Ledelses viktige rolle i samarbeidet mellom offentlige og private helseorganisasjoner	24
3. Kapittel 3 Metode	27
3.1. Eksplorativ forskningsdesign	27
3.2. Individuelle semi strukturerte Intervju	28
3.3. Intervjuguide	29
3.4 Valg av informanter: Utvalget.....	30
3.4. Noen vanskeligheter underveis.....	31
3.5. Gjennomføring av Individuelle intervju.....	32
3.6. Transkribering og Analyse av intervjuene	33
3.7. Etsiske Refleksjoner, Validitet og reliabilitet	34
4. Kapittel 4 Presentasjon av funn	37
4.1. Samarbeidet slik det er tenkt	37
4.1.1. Rammebetingelser for samarbeid Og Samarbeidsavtaler som dokumenter	38
4.1.2. Ledelsens ansvar på organisasjons nivå	41

4.1.3.	Utfordringer med avtalene, kortsiktige og begrensende.....	46
4.2.	Det praktiske Samarbeidet.....	48
4.2.1.	Kommunikasjonsflyt mellom organisasjoner.....	49
4.2.2.	Forskjellige forventninger og kultur.....	50
4.2.3.	Manglende synergi av ressurser.....	53
4.2.4.	De jobber for oss Versus vi jobber sammen.....	54
4.3.	Tid, ressurser og økonomi påvirker samarbeidet.....	55
4.4.	Politisk innblanding.....	58
5.	Kapittel 5 Drøfting.....	61
5.1.	Avtaler og synet på samarbeidet mellom de private og de offentlige.....	61
5.2.	Ledelsens viktige rolle i dette samarbeidet.....	65
5.3.	Holdninger til samarbeid.....	67
5.4.	Samarbeidet ga mindre køer og et viktig mål for sykehus er nådd.....	71
6.	Konklusjon.....	73

1. Innledning

Denne masteroppgaven handler om samarbeid på organisatorisk nivå mellom offentlige og private kommersielle helseorganisasjoner når det gjelder utredning av brystkreftpasienter. Brystkreft er en av de vanligste kreftformene i Norge blant kvinner ifølge kreftforenings nettsider. Det hadde lenge vært problemer med behandlingsskøer i utredningsfasen og hvilke betydninger dette hadde for god prognose innen brystkreftbehandling. Brystkreft behandling er organisert i pakkeforløp ifølge hjemmesider på Helsenorge (2018). Som masterstudent i tverrfaglig samarbeid i helse og sosial sektoren vil jeg forstå hvordan man kunne håndtere dette. Casen er interessant fordi pakkeforløp for brystkreft hører til spesialisthelsetjenesten og er et spesielt tilfelle på grunn av sykdommens natur, tidspress, spisskompetanse som trengs på feltet og samarbeidet som foregår for å få oversikt over disse elementer.

1.1. Oppgavens kontekst: Samarbeid innen sykehus sektoren

I ett velferdssamfunn er verdier om likeverd og like behandling viktige fordi de bidrar til at innbyggerne blir rettmessige likestilte i forhold til universale tjenester ifølge Sejerstad (2005). Regionale Helseforetak (RHF) spiller en sentral rolle i dette fordi de er ansvarlige for spesialisthelsetjenesten og eier sykehusene. Sykehus har ett «sørge for» ansvar tilbud av spesialisthelsetjenester for innbyggernes i sin region, Wisløff og Omsorgsdepartementet (2005). Dette er nedfelt i norsk lov med tilhørende forskrifter, jf. Kjøenstad (2004).

Nyere forskning viser at en viktig faktor i behandlingen av brystkreft er **tid**: Det er helt avgjørende å oppdage sykdommen tidlig, før den har spred seg til andre organer og å komme i gang med behandlingen så fort som mulig ifølge Kothari et al. (2002). Tidsfaktoren rundt sykdommen endret perspektivet i håndtering fra spesialisttjenesten. Dette innebærer derfor at det å ikke bryte tidsrammen har blitt en viktig oppgave for sykehusene. Dette er blant annet nedfelt i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav d og § 2-1 b. ***Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten***. Viktigheten av tidsfaktoren gjenspeiles også i resultatstyring av sykehusene. Det er et mål å få flere brystkreftpasienter tidsnok gjennom behandlingsskøene og å utnytte den kapasiteten som finnes i landet, se Coyle, Miller og Paulson (2013).

I følge Statistisk sentralbyrås tall fra 2015 har alle helseforetak i Norge samarbeidsavtaler med private helseorganisasjoner og kostnadene er betydelige, Emshaw (2017). Disse samarbeidsavtaler eller ytelses avtaler handler om å gi forskjellige typer behandlinger, utredninger og rehabilitering til pasienter i sin region ved hjelp av et supplement fra de private kommersielle helseforetak. Etter innføringen av pasientforløp, ble samarbeidsavtaler med private aktører brukt for å få **ned** helsekøer, Helsedirektoratet (2017). Begrepet pasientforløp i undersøkelsen er basert på definisjonen fra European patchway association (2018) defineres som «En koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, rehabilitering, oppfølging og omsorg – Tiltakene i pasientforløpet skal i den grad det er mulig være evidensbasert og føre til kunnskapsbasert praksis».

I forbindelse med arbeidet om samhandlingsreformen, var det politiske utgangspunktet for samarbeidet mellom offentlige og private noe tvetydig når det gjaldt hvilken plass de hadde og hvilken rolle de fikk. Stillingen til private helseorganisasjoners plass ble diskutert, det har ikke vært et «tema i arbeidet med å endre rammene for bruk for private tjenesteleverandører på helse om omsorgsområdet» heter det i Stortings melding nr. 47, Samhandlingsreformen s. 37. I nevnte meldingen fremgår det imidlertid at det er ønskelig at private aktører skulle ha rammebetingelser som understøtter målene med helse- og omsorgsoppgavene. Tanken var at private aktører skulle understøtte tjenesteproduksjon til offentlige helseorganisasjoner. I forbindelse med arbeidet om pasientforløp ble det klart at private leverandører av helsetjenester ville være én nyttig aktør. Samhandlingsreformen har lagt samarbeid til grunn som en måte å organisere en del tjenester på, også i spesialisthelsetjenesten. Men det ligger faktisk flere utfordringer i å velge å samarbeide.

Forskning viser at samarbeid mellom organisasjoner som fremmer pasienter vel og ve gir gode resultater. Hudson (1999) har sett på hvilke muligheter det finnes for å lykkes med samarbeid og mener at det ensidig positivt omtale er litt naivt og optimistisk. Det er ikke alltid samarbeidspartnere selv har kontroll på konteksten som fører til etablering av samarbeidet. Private og offentlige helseorganisasjoner¹ begynner sitt samarbeidsforhold på organisasjonsnivå når avtalene er signerte, etter en anbudsrunde hvor den offentlige parten har valgt en privat aktør.

¹ Helseorganisasjoner i denne oppgaven er organisasjoner som tilbyr helsetjenester på spesialist nivå. Det handler om undersøkelser med høyteknologisk utstyr, laboratorier analyser, andre spesialiserte helsetjenester.

1.2. Utredning: viktig oppgave for sykehusene

Å identifisere svulsten natur, omfang, plassering så tidlig som mulig er en viktig faktor for å overleve sykdommen. Flere og flere får diagnose, dels på grunn av økt levealder, og dels fordi det utredes tidligere og bedre ifølge Statistikk Sentralbyrå og kreftforenings nettsider. Men denne økning legger press på den offentlige kapasiteten ved de offentlige sykehusene på grunn av en økning av henvisninger fra pasientenes fastleger. Det er ikke alle som er henvist som har sykdommen, men sykehusene har plikt til å håndtere alle henvisninger. På sykehuset bruker de trippel diagnostikk for å bekrefte brystkreft. Det er en metode hvor det tas vevsprøver, billedundersøkelser i form av Ultralyd, eller mammografi, eller MR-undersøkelse og klinisk undersøkelse med fysisk berøring av bryst og samtale. I tillegg vil legen ha en grundig kartlegging av pasientens sykdomshistorie.

Kreftpasienter skal behandles likt når det gjelder utredning, det vil si alle som har krav på tilbud fra spesialisthelsetjenesten skal få dette. Målet i første omgang handler ofte om bekreftelsen av sykdommen, og behandlingen. Viktige faktorer som graden og plassering av sykdommen, behandlingsmuligheter, nytteverdi av behandlingen og egne ønsker skal være kartlagt. Disse faktorer er knyttet til enkelt pasient ifølge Helsenorge, 2018. Kreftpasienter er en sårbar gruppe som har en alvorlig lidelse. Tiden fra man får diagnose til man starter med rehabilitering er definert i pasientforløpene, men er ikke alltid i samsvar med virkeligheten fordi behandlingen er avhengig av livssituasjon, sykdommen og egne ønsker. Mye påvirkes av hvor langt i sykdommen pasienten har kommet og hvilken nytteverdi behandlingen gir. Men alle i tidligere stadier i sykdoms utviklingen har større prognose for å bli frisk enn andre ifølge Richards, Westcombe, Love, Littlejohns og Ramirez (1999). Tidspresset har bidratt til at sykehusene er avhengig av private samarbeidspartnere i den fasen av behandlingen. Pasienter med kul i brystet eller annen mistanke ønsker en rask avklaring, uansett hvor dette blir utført, på en offentlig eller privat helseorganisasjon.

1.3. Oppgaven formål, problemstilling, og forskningsspørsmål

Studiets formål er å gi innblikk i hvordan private og offentlige helseorganisasjoner samarbeider organisatorisk i utredningsfase for brystkreftpasienter. På den ene siden er

samarbeid på organisasjonsnivå et viktig element når det skal løses et problem på samfunnsnivå. På den andre siden er samarbeidende private og offentlige helseorganisasjoner konkurrenter om de samme pasientgrupper. Jeg har valgt å se på samarbeidsavtaler fordi disse er grunnlaget og styringsinstrumentet i den type samarbeid private og offentlige helseorganisasjoner bedriver med. Samarbeidsavtaler i dette studiet gjelder brystkreftpasienter som trenger røntgentjenester og mammografi. I organisasjoner setter jeg fokuset mitt på ledelsesnivå i denne undersøkelsen. Jeg har også sett på om samarbeidspartnere kunne utnytte hverandres kompetanse i en mer integrert samarbeidsmodell, og hvilken modell for samarbeid hadde de egentlig?

Det foreligger ikke nok datagrunnlag for å si noe om hvordan samarbeid mellom offentlige og private kommersielle sykehus fungerer i forhold til faktorer for vellykket samarbeid som er kjent fra tidligere studier av Hudson et al (1999) og San Martín-Rodríguez, Beaulieu, D'Amour og Ferrada-Videla (2005). Det er rapportert at samarbeid mellom de offentlige og private kommersielle helseorganisasjoner ikke er uproblematisk på grunn av flere faktorer ifølge en gjennomgang av Hudson et al. (1999) og Chung, Ma, Lau Chun og Griffiths (2012), og viktige determinanter skal være på plass for vellykket samarbeid.

Min oppgave handler om å undersøke samarbeid offentlig og privat i utredningen som ett av virkemidler regionale helseforetak (RHF) har gjort for å redusere ventetider for brystkreft pasienter. Noen studier har sett på betydning av forsinkelse for prognose for brystkreft, Richards et al. (1999) og brakte mer kunnskap om betydning av tiden. Store avisoppslag om pasienter som må vente lenge mens sykdommen herjer har vært begrunnelse for å ta i bruk private aktører for å få ned ventetiden i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Med private menes det samarbeid med private kommersielle helseorganisasjoner. Jeg skal se på hvordan samarbeidet er tenkt og hvordan samarbeidet faktisk skjer. Hvilke holdninger har samarbeidspartnere til samarbeidet og til hverandre. Fordi helse er en offentlig oppgave til regionale helseforetak, og er kostbar, blir det også gjenstand til politikere innflytelsen. Noe jeg synes er en interessant faktor i forståelse av situasjonen.

Min problemstilling lyder derfor slik:

Hvilke utfordringer møter et samarbeid mellom offentlige og private kommersielle helseorganisasjoner innen brystkreftforløpet?

Hvilke roller spiller følgende faktorer for samarbeidet:

Samarbeidsform og Avtaler,

Ledelsens rolle

Kommunikasjon

Tillit

Hvordan spiller politiske føringer inn på alt dette?

1.4. Avgrensingen

I denne oppgaven vil jeg ikke se på andre typer privat samarbeid som foregår i helsesektoren. Jeg kan nevne ulike typer av tjenesteleveranse slik som utstyr, kantine, apotek osv. For eksempel samarbeidsavtaler finnes også mellom regionale helseforetak og enkelte legespesialister, disse kalles for spesialistavtaler, og ikke er en del av dette studiet heller fordi disse handler om samarbeid mellom en stor offentlig organisasjon og en enkel person- spesialisten. De private aktører i dette studiet har status som sykehus og er av en viss størrelse. Nedenfor har jeg skjematisert gangen i pakkeforløp for brystkreft, og på hvilke stadiet i dette det blir samarbeid mellom private og offentlige aktører.

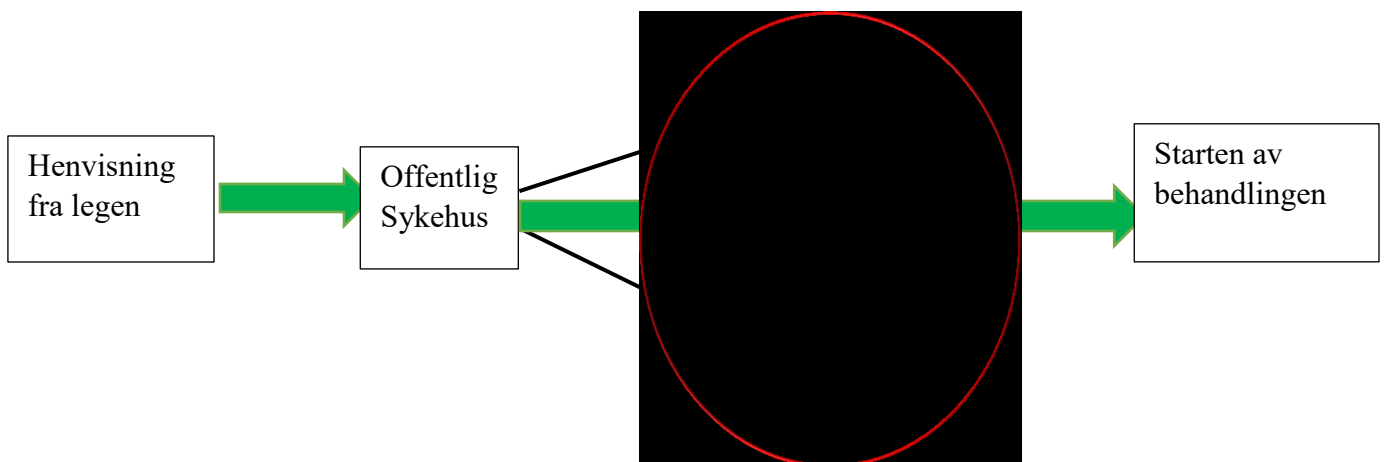


Fig 1. Tidspunkt for samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner i brystkreftforløpet.

1.5. Litt om Sykdommen

Brystkreft er en ondartet svulst i brystet. Det er flere former for brystkreft avhengig av plassering inne i brystet og i omgivelser. Selv om det er en somatisk tilstand, er dette en tilstand som krever bistand og samarbeid mellom mange aktører i helsetjenesten. Pasienter med brystkreft har ofte psykiske utfordringer fordi sykdommen oppleves som en krise. I

følge Helsebibliotek ressurs nettsider er fem års relativ overlevelse etter brystkreft ganske høy, på ca. 89,9%. Det er mange faktorer som påvirker dette tallet positivt. Det er faktorer knyttet til selve svulsten, det vil si for eksempel utbredelse ved diagnosetidspunktet, her er tiden for diagnostikk viktigst, jo tidligere, jo bedre; svulsten biologiske egenskaper som er mulig å gjennomskue med høy teknologi, kvalitet av behandlingen som er utført m.m., Richards et al. (1999)

1.6. Private kommersielle sykehus organisering

Et privat sykehus eies av private aktører og som etableres først og fremst for å generere profitt. I følge Sando og Andersen (2007) har de aller fleste private sykehus en stor kundemasse som har gjort at de har etablert seg, «Kun en liten del av omsetningen kommer fra etterspørsel fra offentlige helseforetak (ca. fem prosent)». Men disse avtale med offentlige helseforetak er solide og stabile, og representerer en sikker inntektskilde. En vesentlig konsekvens av denne statusen er at private sykehus er helt uavhengige av offentlige støtte. De private helseorganisasjoner har som regel en flat struktur som gir pasienten tilgang til nøkkelperson (behandlere) med en gang. Ledelsen er synlig fordi de driver med mer direkte kontroll. Ledelsens resultater er et argument for investorene.

Private aktører innen helse sektoren har lenge eksistert i Norge, og er drevet av et merkantilt ønske om profitt ved å tilby sine tjenester til innbyggere. Private helseorganisasjoner er finansiert gjennom betaling fra pasienter og eieres investeringer. Markedskreftene er således en viktig premissleverandør for hvilke investeringer som foretas i tillegg til politikken ifølge Heløe (2013). Derfor har noen private aktører i den senere tiden etablert seg for å tilby samme type tjenester som de den offentlige spesialisttjenesten har ansvaret for. I første omgang er det slik at hver enkelt som trenger hjelp fra det private må betale prisen for tjenesten. Som oftest dyrere enn den egenandelen pasienten betaler i det offentlige hjelpeapparatet.

Private sykehus konkurrer om de samme kundene som de offentlige på mange sykdomsområder. Brystkreftpasienter er en pasientgruppe med tidsfrist som ikke ønsker å vente på tur i offentlig tilbuds kø for å ha en undersøkelse som skal gi dem svar i utredningsfase. Her er ofte tiden, sykdommens natur og art viktige faktorer for at pasienten velger de private. Et søk på de fleste private helseforetak avdekker at de reklamer for «raskt og effektiv behandling når pasienten trenger det». I en studie av Sando og Andresen

(2007) kommer det fram at private sykehus overordnede mål «er kvalitet på helsetjenestene, kundetilfredshet og tilgjengelighet, samtidig som lønnsom drift ivaretas, Sando & Andersen, (2007). Lønnsomheten står svært sentralt for private helseorganisasjoner fordi de eies av private investorer og helseutstyr er svært kostbart.

Private sykehus markedsfører at pasienten som er villig til å betale prisen for undersøkelsen skal ha tjenester av bedre kvalitet enn det de ville få på offentlig sykehus. Noen pasienter tar med utrednings svar tilbake til sin fastlege, mens andre fortsetter behandling hos de private. Betaling av egenandel kan blir redusert hvis pasienten ble sendt dit av et offentlig sykehus for en undersøkelse eller for kontroll. Private sykehus er klar over at, utover undersøkelsen i henvisningen, så har de ikke noe reelt ansvar for pasienten som var henvist. I spesialisthelsetjenesten er pasientgruppe kreft generelt den største forbruker av tjenester ifølge kreftregisteret, 2018.

I Norden har private kommersielle og veldedighetsorganisasjoner ikke de samme rettigheter i loven selv om begge er private aktører. Den siste nevnte er til en viss grad beskyttet fra konkurranse, jf. Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten § 1 bokstav a, er de rett og slett forskånet fra. Private aktører innen helsesektoren operer på samme måte som bedrifter fra markedsøkonomi. Det betyr at man både skal levere gode tjenester for å dyrke sitt omdømme og ha en god fortjeneste for investorene. De må ha en konsesjon og tillatelse fra myndighetene. Dette er lovpålagt. Private bedriftene innenfor leveranse av helsetjenester blir derfor påvirket i sin struktur av de mange krav, veiledere og lovgivning på systemnivå i det landet de operer i. I Norge er disse kravene vilkår for drift og godkjennes av HELFO, jf. Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten (2015) § 2 om kravene og § 3 om vilkårene.

1.7. Organisering av offentlig sykehus

Offentlig helsetilbud på spesialistnivå styres og organiseres av regionale helseforetak. Hvert helseforetak har mange sykehus og andre helseforetak under seg. De skal sørge for at innbyggere i sin region har et tilbud om spesialisthelsetjenester. Hvert helseforetak har sitt eget styre som følger med aktivitetene og økonomien og fungerer som eiere. Strukturen til offentlige sykehus følger en byråkratisk og hierarkisk struktur. Disse offentlige helseorganisasjoner er store virksomheter, tungt administrativ med budsjett i milliard

beløp. Det er mange profesjoner som har sin egen innflytelse, både faglig og økonomisk i form av investering i ny utstyr. Hver sykdom er organisert i egen avdeling. Finansiering i offentlig helseforetak skjer med skattebetalerens penger via overføringer, avgifter og egenandel betalinger. I følge Osbourne (2010) er den offentlige sektorens organisasjoner kontrollert av overveiende politisk makt, ikke markedskreftene. De viktigste begrensningene er pålagt av politiske systemet som oftest er eier. Derfor er det disse politiske systemene som kan åpne for samarbeid med private, Osbourne (2010).

Det er vanskelig å forestille seg de nordiske velferdsstatens aktuelle tilstand uten å bemerke sykehus og helsetjenester fremvekst, deres utviklingsdynamikk og historiske betingede infrastruktur forandringer ifølge Sejerstad (2005). Helsesektoren er drevet av ett idealistisk og politisk ønske om å sikre innbyggere gode og universelle helsetjenester som en del av velferdssamfunn. Målformulering for helsetilbud er innbyggernes vel og ve. Det er statens oppgave i ett velferdssamfunn ifølge Kjørstad (2004). Men med samfunnsutviklingen og den økonomiske veksten har velferdsstaten blitt satt under sterkt press, i form av effektivisering, målstyring og kvalitetssikring ifølge Vabo og Vabø (2014). En av løsningene på å lette på presset var å inngå avtaler og samarbeide mer enn før. I 2015 innførte Regjeringens «fritt behandlingsvalg», som innebærer blant annet at offentlige sykehus får mer frihet til å øke sin kapasitet og behandle flere pasienter, at offentlige sykehus kan kjøpe mer ledig kapasitet hos de private, at pasienter kan bestemme selv om de vil behandles av de private eller offentlige institusjoner, og at utgiftene skal dekkes av det offentlige.

Hver organisasjon skaper sin egen kultur. Kulturen er gjerne institusjonalisert, det vil si at « slik vi gjør det her « må respekteres av alle vi kommer i kontakt med, se Øvretveit (1997). Derfor kan ønske om å samarbeide med andre være vanskelig å se utenfra. Samarbeid tvinges fram gjennom handling. I Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 er det satt opp et tydelig mål for kreftomsorgen i landet: «Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp». Slike mål krever at ledere av offentlige helseorganisasjoner finner løsninger på en konkret måte på hvordan helses køer skal unngås. Hvert år får spesialisthelsetjenesten oppdrag fra departementet om prioriteringer. Målet er å møte behovet for spesialisttjenester i befolkning.

En ting som fører til politisk innblanding er kostnader. I følge en artikkel fra Statistikk sentralbyrå av Emshaw (2017) betaler staten milliardbeløp til private aktører som man

kjøper tjenester av. Slik forvaltning av skattebetalernes penger vekker politikeres nysgjerrighet og oppmerksomhet. I følge Sørensen (2002) er det statlige budsjettssystemet i Norge med mål- og resultatstyring noe som avgrenser ledelsens handlefrihet, også i foretaksmodellen:

«Her er det staten som pålegger virksomhetene å nå visse mål eller resultater på grunnlag av de budsjettmidler som er stilt til disposisjon. Selv om virksomhetene har gitt sine synspunkter på hvor store ressurser som behøves for å nå målene, er systemet formelt og reelt basert på instruksjer. En statlig eid institusjon kan ikke la være å påta seg de forpliktelser som et såkalt tildelingsbrev innebærer» (Sørensen 2002).

Politikere som er befolknings representanter vil ofte fremme saker som berører de mennesker de representerer. Innenfor brystkreft er ventetid et brennbart tema. Det er her kvaliteten måles. Kvalitet på tjenester og behandlingstid er ofte elementer som bringes frem til politikere på regionalt nivå. Ledere på offentlige helseinstitusjoner er ansvarlige for kvaliteten av helsetjenester. Lang ventetid til utredning er uakseptabel. I følge Vanebo (2017, s. 29) er en leder i staten et «redskap for folkevalgte myndigheter» og skal derfor være lojal mot politiske beslutninger. Dette må alltid være tilfellet. Derfor vil det fra en tid til en annen komme pålegg fra politisk hold på hvordan ting skal gjøres. Eriksen-Deinoff og Melhus (2013) mener at helseforetak har ofte vært under politikeres oppsyn, særlig når politikere har forskjellige meninger om hva som virker best eller de ønsker å se resultater som er positive i et politisk perspektiv. Det virker som om foretaksmodellen er akkurat det som trengs for å nå de fastsatte målene med spesialisthelsetjenesten: Dyktig ledelse uten politisk detaljstyring fra politikere, mener Eriksen-Deinoff og Melhus (2013).

Helsedirektoratet (2018) definerer kvalitet som: «Kvalitet: Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt». Kvaliteten på tjenester bidrar til at organisasjonen når sine mål.

1.8. Mål med organisatorisk samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner

Målene med samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner er ofte gode, for å forbedre befolknings livskvalitet eller levestander. Tverrfaglig samarbeid, slik som det gjenspeiles i samhandlingsreformen, er å betrakte som en indikator for gode tjenester, i den forstand at det ser ut til å være en god modell som fører til for effektiv leveranse av tjenester til befolkning ifølge Hogg og Varda (2016), Coyle et al. (2013) og Midttun, Dirdal og Gautesen (2005). De nevnte fordeler med samarbeid er at et samarbeid løser oppgavene og bidrar på effektivitet på organisasjons nivå. Samarbeidet mellom offentlige og private helseorganisasjoner økte betraktelig med innføringen av pakkeforløp i begynnelsen av århundreskiftet, da offentlige sykehus møtet store utfordringer knyttet til undersøkelser ifølge Helsedirektoratet (2013).

Det praktiske samarbeid på organisasjonsnivå i handler om prosessen basert på en praksis utløst av brukernes behov. Innenfor brystkreft er dette samarbeidet begrenset til å gjelde utredningsfasen. I følge Helsenorge nettsider skulle den offentlige tilbud om kreftbehandling være av god kvalitet på alle ledd. Tilbudet fra de private er tenkt som et supplement. Fristbrudd i utredningsfase tas seriøst fordi det er en av de viktigste indikatorer til kvalitet av tjenesten innenfor brystkreftpakkeforløp, Helsedirektoratet (2017). Samarbeid mellom flere aktører i kjerneoppgave til sykehusene som utredning og behandling representerer, er ganske nytt når det gjelder de private kommersielle helseorganisasjoner, unntatt røntgen tjenester som eksistert lenger

Over tid ser man at slik samarbeid forbedrer bærekraft, minsker sosiale problemer og forenkler levering av tjenester McDonald, Powell Davies, Jayasuriya og Fort Harris (2011), og Zelman, McCue og Glick (2013). Når offentlige sykehus og private sykehus har inngått en avtale om leveranse av helsetjenester, er dette en tillitserklæring. Det handler ikke bare om at private aktører har vunnet en anbudskonkurranse, men også man har verktøy og riktig innstilling til oppgaven. Det er ikke mange private aktører innenfor brystkreftutredning. Det er derfor knyttet stor tillit til de som får konsesjon til å drive i Norge på grunn av myndighetskravene. Et av disse kravene er sju år kravet. Sju års kravet på utstyret gjelder kun private aktører som ønsker konsesjon til å levere helsetjenester. Det vil si at man ikke kan ha utstyr som er eldre enn sju år på private sykehus som leverer

tjenester på vegne av det offentlige, altså maskiner man bruker i helseundersøkelser, ikke kontor rekvisita.

Barr (2007) mener at samarbeid mellom privat og offentlig sektor for å finne løsninger om helseproblemer blir mer utbredt, men at suksessen i liten grad er dokumentert. Det er identifisert determinanter for vellykket samarbeid, og for San Martin-Rodriguez, et al (2005) er struktur, kultur i organisasjonen samt administrativ støtte og ledelse viktige determinanter for samarbeid på organisasjons nivå. Torchia, Calabrò og Morner (2015) har gjennomført en systematisk gjennomgang av forskning innenfor samarbeid offentlig og private innenfor helse sektoren for å se på variabler som påvirker slik samarbeid. Konklusjonen deres var at spørsmål om dens faktiske effektivitet, effektivitet og komfort står fortsatt ubesvart. Men andre studier tyder på at nøkkelen ligger i synergi av ressurser som er involvert i samarbeidet Toscan, Mairs, Hinton og Stolee (2012) og Willumsen (2009). McDonald et al. (2011) fant ut at samarbeidet på organisatorisk nivå mellom private helseorganisasjoner og offentlige helseorganisasjoner for primærhelsetjenesten er utfordrende og vanskelig på grunn av forskjeller i prioriteringer, struktur og ressurser, selv da organisasjoner er enige at de bør samarbeide.

I helse sektoren, på organisasjonsnivå, innebærer samarbeidet ett fellesmål: å få pasienten utredet, så snart som mulig, for å avkrefte eller bekrefte sykdommen. Private helseinstitusjoner mottar henvisninger fra de offentlige sykehusene med instruks på hva som skal gjøres. Mammoradiologen på det private sykehuset skriver sin rapport etter at mammografi er gjennomført, vurderer bildene og sender dette tilbake til offentlige sykehus. Radiologen på det offentlige ser på bildene og fastsetter den endelige diagnose. Hovedutfordringer som tvinger frem samarbeid kan være mange, slik som helsekøer, eller mangel på spesialpersonell og økonomi. Samarbeidet mellom regionale helseforetakere og private sykehus handler om anskaffelse og leveranse av «polikliniske, somatiske spesialisthelsetjenester med avklarende helseundersøkelser og dagkirurgi ved behov.» heter det blant annet. Dette er gjenstand til kravspesifikasjoner og styring. Formålet med anskaffelsen er færre helsekøer, minske ventetiden til utredning, tilby helsetjenester som bidrar til bedring av pasientens helsetilstand.

Masteroppgavens oppbygning.

Denne oppgaven består av tre kapitlers. Jeg vil nå i kapittel 2 ta for meg det teoretiske rammeverket på samarbeid på organisasjons nivå. Her framkommer sentrale analytiske begreper knyttet til samarbeid på organisasjons nivå. I kapittel 3 presenteres metodisk tilnærming og vurderinger. Deretter følger presentasjon av funn i kapittel 4. Funnene vil drøftes opp mot det teoretiske rammeverket i kapittel 5 før oppgaven avsluttes med en oppsummerende konklusjon i kapittel 6.

2. Teori om samarbeid på organisasjonsnivå

I dette kapitlet vil jeg presentere begrepet samarbeid og redegjøre for teori om samarbeid på bakgrunn av studiene om determinanter på vellykket samarbeid av Hudson et al. (1999), San Martín-Rodríguez et al. (2005). Jeg presenterer kort de ulike former for samarbeid med fokus på modellen partnerskap til Osborne (2010). Forskning tyder på at samarbeid er ikke en entydig, men heller et omfattende begrep som innebærer mange aspekter ifølge Chris Huxham, S. Vangen, C. Huxham og C. Eden (2000b). Mange determinanter påvirker eller er en del av enhver form for samarbeid, på systems, organisasjons eller individs nivå ifølge San Martín-Rodríguez et al. (2005). Videre ønsker jeg å gjengi noe av forskningen om determinanter for samarbeid på organisasjonsnivå og faktorer som påvirker dette mellom organisasjoner.

4.1 2.1 Hva er samarbeid?

Ordet samarbeid kommer opp når man ønsker å beskrive forhold mellom flere aktører. Ordet samarbeid har mange synonyme ord. I et forsøk i å rydde opp i begrepene skrev Ness (2014) en artikkel i *nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid* om en kort innføring i begrepene samarbeid, samhandling, partnerskap og samordning. Samarbeid defineres oftest som en prosess som involverer flere aktører uten at man kan si noe om varighet eller karakter. Mange bruker enten ordet «samarbeid» eller «samhandling» i slike tilfeller. Når man søker på ordet på den store leksikon, finner man at ordet «samarbeid» betyr interaktivitet, samdrift, samspill, kooperasjon. Og ordet kooperasjon stammer fra latin ”cooperari,” og betyr å arbeide sammen med. Ness (2014) mener at ordet samarbeid kan knyttes til det engelske ord Cooperation i den betydningen. Han forklarer at samarbeidet handler om å arbeide sammen for å løse en konkret oppgave, der for eksempel arbeidsoppgavene blir fordelt mellom deltakerne, og der hver partner er ”forpliktet og ansvarlig” for sin del av oppgaven. Mens Collaboration betyr i stedet samhandling og er sammensatt av latinske ordene col (sammen) og laborare (arbeid) og hører derfor mer sammen med partnerskap og samordning. Dette betyr også å arbeide sammen med for å oppnå et felles mål, men i et litt mer varig samarbeid og med mye mer ressurser i sving, ifølge Ness (2014). Den lille forskjellen mellom samarbeid og samhandling handler derfor om grad av forpliktelse og deltakelse, samt varighet. Det å forplikte seg er en måte å holde sin del av avtalen, samarbeidspartnere setter ressurser i

sving for at den forpliktelse går i oppfyllelse. Det kan derfor ikke være grunn til å snakke om samarbeid uten forpliktelse, Næss (2014).

Samarbeid mellom offentlige og private i helse sektoren er blitt mer og mer akseptert i mange land og foregår ofte som **et partnerskap** ifølge flere studier, Midttun et al. (2005), Torchia et al. (2015), Coyle et al. (2013). Dette betyr i praksis at disse organisasjonene er likestilte og bidrar hver for seg til en felles oppgave Midttun et al. (2005). Horisontalt samarbeid innebærer selvstendigheten til hver enkel organisasjon. Et viktig element her er tilliten til kompetanse i gjennomføring av samarbeidsavtalen. Det er en strategi som bidrar til mindre behov for kontroll ifølge Lauvås og Lauvås (2004). For Rubino, Chassiakos og Freshman (2010) betyr partnerskap også at organisasjoner som er likeverdige organisasjoner blir enige om å bruke alle sine tilgjengelige ressurser på å nå felles målet.

En studie av Coyle et al. (2013) om samarbeid mellom private og offentlig helseorganisasjoner, altså mellom et offentlig sykehus, Baylor University Medical Center i Dallas (BUMC), og Texas Onkologi, et stort regional privat onkologisykehus til å gi kostnadseffektiv pleie og behandling til kreftpasienter, samtidig som tok vare på kvalitet på tjenester ble et vellykket partnerskap. Vesentlige kjennetegn i slikt samarbeid inkluderer holdbare relasjoner; utvikling av felles produkter / tjenester; deling av risiko, kostnader og fordeler; og gjensidig verdiskapning. Brystkreft forskning og behandling er et område i helse hvor det foregår samarbeid, ofte fordi det er tidskrevende og kostbart å gjøre det alene, Coyle et al. (2013).

Samarbeid et begrep som ikke kan beskrives lett, og flere innfallsvinkler kan tas i bruk når man skal definere samarbeidet, begrepet er derfor stadig i utvikling, Willumsen (2009). Men jeg ser på samarbeid først og fremst som en modell for arbeidsrelasjon mellom aktører i samarbeidet. Hudson et al (1999) mener at man har tradisjonelt tenkt på samarbeid i det offentlige rom som noe positivt, at organisasjoner vil samarbeide på grunn av altruisme eller rasjonalitet, det vil si å forplikte seg fordi til sammen vil samarbeidet føre til det gode for samfunnet, og samarbeidspartnere vil være mer effektive sammen enn hver for seg. For Hudson et al. (1999) er påstanden mer normativ fordi i praksis finnes det dessverre flere bestanddeler for at det skal innledes, opprettholdes og vedlikeholdes et samarbeid. Hudson og kollegaer lister opp ti variabler eller elementer som skal være på plass for at det skal oppstå vellykket samarbeid. Viktige betingelser for samarbeid mellom

organisasjoner er for det første mål med samarbeid og forpliktelse rundt dette målet; deretter mulighet til å gjennomføre samarbeidet via god kommunikasjon og et vidt tilhørighet til; så gjensidig tillit, her handler det om det å ordne opp i tilliten (og dermed konfliktløsning), å investere i samarbeidet eller det å pleie tilliten; og til slutt, må partnere bli enige om valg av samarbeidsmodellen, Hudson (1999). Disse elementer stemmer overens med andre studier av Chung et al. (2012); Hogg og Varda (2016); Knudsen (2004) om tillit og verdien av samarbeidet

Midttun et al. (2005) ser at modellene for samarbeid varierer ut ifra aktørene. Men Hudson (1999) mener at man kan velge mellom marked, hierarki eller nettverk, alt ut ifra graden av forpliktelse og deltakelse. Kontakten mellom aktørene i samarbeidet varierer også, på en skala fra full segregering med lite kontakt til integrasjon med fullstendig kontakt i form av samarbeid med felles budsjett og felles utnyttelse av tilgjengelige ressurser i et kontinuum av samarbeidsformer, Willumsen (2009) s. 144 og 145. Graden av forpliktelse kommer til uttrykk i hvor integrert samarbeidet er, noe som involverer ledere av behandlingsskjeder og de med beslutningsmyndigheter (Willumsen 2009).

4.2 2.2 Ulike former for samarbeid på organisasjons nivå

Samarbeid på organisasjons nivå fikk sitt gjennomslag i bilindustrien. Bilprodusentene brukte underleverandører til å skaffe deler av materialet de trengte til produksjon av biler, i stedet for å produsere alt selv. Det ble en arbeidsform som førte til mer effektive løsninger for bilindustrien ifølge Grabber & Powell (2004). Kompetanse og bedre ressursbruk har derfor alltid vært noe som fører foretak sammen i ett nettverk, Knudsen (2004). Vellykket samarbeidet er derfor tidsbesparende og effektivt. I nyere tid er det nesten ingen foretak som overlever uten samarbeid. Det er ulike former for relasjon mellom økonomiske aktører, jeg vil gi her en kort redegjørelse.

Marked er den vanligste måten å samarbeide på. Relasjonen er basert på en part har et produkt, deler av et produkt og finner en annen part, en kunde, som er villig til å kjøpe dette. Det er der kjøpere og selgere møtes. Denne type utveksling har alltid eksistert. I følge Greve (1995a) handler marked i moderne tid om nettverk av bedrifter som samarbeider når interessen er til stede selv om de har hver sin aktivitet eller samme aktiviteten. Behovet for å etablere seg i ett nettverk øker i takt med hvilke stadier bedriften befinner seg, (1) ideutviklings fase; (2) oppstarten av et firma; eller (3) drift et nyetablert

firma. Det er rett og slett tilbud og etterspørsel der prisen er et avgjørende element, det er relasjon når kostnadstransaksjon er lav ifølge Greve (1995). Viktigheten av prisen har ikke forandret seg i tidens løp. Den er blitt systematisert gjennom kanaler som børsen slik at verdien er allment kjent. Begge parter har ofte like mye verdi i seg selv, valgmuligheter til å møtes i handlings øyemed og relasjonen eller avtalen blir kortvarig. De private helseorganisasjoner som har samarbeidsavtaler befinner seg gjerne i dette spekteret fordi de kjøper og selger tjenester som skal gi fortjeneste. En anbudskonkurranse er med å understøtte viktigheten av prisen på tjenester i markedet.

Når det gjelder samarbeid og forpliktelse rundt det argumenterer Hudson (1999), s.239 at det er enklere å prøve å finne løsninger innad egne organisasjoner enn å involvere andre organisasjoner. Særlig i privat sektoren er denne atferden i utstrakt bruk, fordi organisasjoner er ofte i konkurranse med hverandre, og ønske å verne om sin egen forretningside er sterkest. Sektoren preges derfor av det han kaller for organisatorisk individualisme. Dette kan være en hemmer faktor til samarbeid i markedet.

Hierarki: det er det som foregår i det offentlige rom, staten eller kommune, man skal fortsatt arbeide sammen for å produsere noe, men på en hierarkisk måte. I litteraturen referer hierarki til «Public administration». Hierarki er preget av formaliserte relasjoner det vil si at relasjoner er rangert i forhold til hverandre. Det er ofte en lovregulert myndighet og samarbeid her fyller ulike kriterier og funksjoner påpeker Andersen og Abrahamsson (2009). Willumsen (2009) sier at en rekke lover har bestemmelser om samarbeid, som Helse -og omsorgstjenesteloven (2012), Lov om helsepersonell (1999), lov om spesialisthelsetjenesten (1999) og tilhørende forskrifter, lov om barneverntjenester m.m. Disse har et pålegg om samarbeid om produksjon av helse og sosiale tjenester, både innenfor sitt felt og med andre som berører samme felt. Samarbeidet dreier seg om ulike målgrupper, noen ganger ulike kontekster og ulike nivåer. I samhandlingsreformen har krevdes det samarbeid mellom visse aktører fordi man tror at samarbeid fører til dialog, bedre tjenester for befolkning og effektivitet i form av kostnader, Vabo og Vabø (2014).

Nettverk: er den mest omtalte formen for frivillig samarbeid i organisasjonsteori og brukes i forskjellige sammenhenger sier Andersen og Abrahamsson (2009). Widmark, Sandahl, Piuva og Bergman (2016) mener at en betydelig svekkelse i ett nettverk kan forårsakes av hvilke syn og verdigrunnlag partnere har til sine samarbeidspartnere, «what do we think about them and what do they think about us». Kjennetegn på nettverk er at alle

partnere er etablerte organisasjoner. Omdømme er også viktig ifølge en gjennomgang av Hogg og Varda (2016). Det er rapportert at samarbeid mellom de offentlige og private helseorganisasjoner ikke er utfordrende, Chung et al. (2012). I følge samme studie har elementer som bidro til vellykket samarbeid innen helse ofte vært forbundet med organisasjonsformen. Den viktigste driveren for å utvikle integrerende helsetjenester var etterspørselen etter helhetlig omsorg fra pasienter. Studiet sier noe om at prosessen ble ledet med erfarne ledere innenfor feltet, som jobbet systematisk med brobyggende aktiviteter, positiv holdning til partnerskap og samlokalisering av praksisen. Alt dette bidro til å skape samhørighet mellom teammedlemmer. Studiet fant også ut at ressurser bør være forpliktet til å støtte teambygging, samarbeidsprosjekter og større pasientadgang fra begge sider. Ledelse og finansiering fra sentrale myndigheter er nødvendig for å fremme bruken av tilstandsspesifikke henvisningsprotokoller og felles elektroniske helsejournaler, Chung et al. (2012).

4.3 2.3 Ulike nivåer i samarbeid

San Martín-Rodríguez et al. (2005) fant ut at på organisasjons nivå, krevde det mer det å ville «arbeide sammen» mot ett felles mål. Det krevde at flere determinanter på individs-, på organisasjon- og på system nivå ble identifisert og bevisliggjort. Disse nivåene kan faktisk ikke være helt atskilte fra hverandre, fordi det som skjer på system nivå påvirker atferden på individ nivå, for eksempel i denne studien av Chung et al (2002). Det må en politisk vilje til for å etablere samarbeid på høyere nivåer fordi dette vil bety forandringer og noen ganger, skifte i organisering av tjenester og betydelige økonomiske konsekvenser. Samarbeidet på organisasjonsnivå foregår på mange forskjellige nivåer innad organisasjonene og i alle ledd. Fare for at samarbeidet møter vanskeligheter er derfor alltid tilstede. Det betyr at man må ha en kultur for samarbeid for lykkes bedre, noe som ikke er gitt ifølge Hansen og Ramsdal (2014).

Ulike nivåer på samarbeid foregår mellom land. Deretter skjer samarbeid på organisasjoner nivå. Her kan samarbeidet være horisontalt eller vertikalt. I et horisontalt samarbeidsmodells tilfelle kan samarbeidet dreier seg om å være ett ledd, «at man informerer en annen tjeneste man samarbeider med om beslutninger, og så tar den andre over tjenesten», Ness (2014). Samarbeid mellom organisasjoner kan også skje vertikalt, det vil si fra bunnen med små leverandører til toppen. Det er ofte ledelsen i den enkelte

organisasjon som rapporterer vertikalt om samarbeidet i andre organisasjoner. Dette finner vi gjerne også i byråkratiet. I samarbeid perspektiv kan graden av forpliktelse og makt fordelingen påvirker hvordan de ulike nivåer forholder seg til hverandre. Helseforetak har derfor andre helseforetak for andre typer tjenester, for eksempel apotek eller sykehuspartner.

Ellingsen og Monteiro (2006) beskriver hvordan standardisering i et nivå kan forårsake forvirring og ekstra arbeid i andre nivåer i implementering av samarbeidet. Det samme gjelder forsinkelser eller mangler. Det kreves allikevel standardisering når samarbeidsteknologier brukes av samarbeidende partnere, for eksempel om utveksling av sensitive informasjon om pasienter eller når det gjelder opplysninger om medisinske prosedyrer.

4.4 2.4 Nytt offentlig og privat samarbeid for å løse oppgaver

Helse til sin befolkning er en viktig oppgave for ett velferdssamfunn. Å løse det kan by på problemer. Men for Osborne (2010) er det ikke helt nødvendig at store offentlige organisasjoner «alene bærer ansvaret» for slike store oppgaver. Han foreslår at man tar i bruk andre aktører i samfunnet. Staten som er ansvarlig for spesialisthelsetjenestens tilbud kan dele dette ansvaret sammen med andre private aktører, og løse dermed disse samfunnsmessige oppgaver i noe Osborne (2010) kaller for New Public Governance. Osborne mener det har vært en utvikling av leveranse av offentlige tjenester, og det er på tide å utvikle New public Management ideen om «mål og resultatstyring» innen produksjon av offentlige tjenester til innbyggerne til en modell med mer samarbeid. Offentlig tjenesteproduksjon kan faktisk ikke måles som en hvilken som helst næringsbedrift slik det har vært tilfellen under New Public management, fordi det dreier seg stor sett om produksjon av tjenester til mennesker, ikke produksjon av gjenstander. New Public management var et sett av styringsregimer med fokus på effektivitet fra 1980-2000 ifølge Vanebo og Vanebo (2017). Analyse av effekten av New public management viste at forventede resultatene lo seg vente i praksis når det gjald produksjon av tjenester til mennesker. Pestoff, Brandsen og Verschuere (2012) diskuterte begrepet New Public Governance for å finne ut hvilke fordeler det presenterer og konkluderte med at samarbeid vil være en nødvendighet til produksjon av kostbare og fragmenterte tjenester til samfunnsborgere, og det skal legges vekt på flere aktører enn staten, selv om det er snakk

om tjenester til mennesker som i helse og sosial sektoren. Private aktører er til å betrakte som et viktig bidrag.

4.5 2.5 Mot Integrated Care, samproduksjon av tjenester eller partnerskap

Partnerskap mellom organisasjoner handler veldig mye om utnyttelse av hverandres ressurser i en slik modell: Organisasjons A har en kunnskap, en mulighet som organisasjons B trenger. For å utvikle seg/ løse dette vil organisasjon B ha to muligheter, enten å skaffe seg samme kunnskap, noe som vil betyr bruk av tid til opplæring, penger til anskaffelser m.m. eller bruke kunnskapen til organisasjon A og få jobben gjort. Fordelen med den siste er at Organisasjon B slipper faktisk å sløse med tid, eller ressurser, og er operasjonell med en gang. Men ulempen med dette er at organisasjons B kan komme i en avhengighets forhold til organisasjons A, på sikt.

Samproduksjon eller Integrated Care som det også kalles er veldig aktuelt inn i mange land Rubino et al. (2010), Helge (2004), Knudsen (2004). Det er måte å organisere produksjon av tjenester basert på kjeding prinsippet hvor enkelte utfører kun deler av en helhet slik pakkeforløp representerer. Og det betraktes som noe positiv. Askheim (2016) mener at man tror på «samproduksjon som velferdssektorens kinderegg». Det vil si at samproduksjon av tjenester i partnerskap, samarbeid eller samspill mellom flere aktører i velferdssektoren har mange fordeler. Det ligger noen utfordringer i enkelte sektorer. Sykehus sektoren, som ett av de viktigste i helse, er svært preget av faglige hierarkier, autoriteter og hierarkisk ledelse når man se på organisasjonskart til mange av sykehusene. I tillegg opererer spesialisthelsetjenesten med prinsippet om fordelingen. Det betyr at pasienten skal ha rett til behandling hvis nytteverdi av behandling er av betydning ifølge Kjørstad (2004). Når det gjelder dermed brystkreft er sykdommens tilstand et vesentlig argument ifølge Helsedirektoratet (2017). Samarbeid på organisasjons nivå på dette feltet er ikke uproblematisk. Glouberman og Mintzberg (2001) mener at i tillegg til samarbeidet er det en kjent sak at helsesystemene i spesialisttjenesten er vanskelige å styre, fordi de stor sett jobber med og mot forskjellige mål: sykdommen, ledelsen, samfunnet, pasienter. Samarbeid med eksterne aktører blir derfor komplisert og belastende for offentlige sykehus som ofte allerede er svære organisasjoner. Av det ovennevnte betyr det at det vil alltid

være noe som hemmer eller fremmer et samarbeid og aktørene bør være åpne for alternativ, Willumsen (2009).

Begrepene "kontinuitet i omsorg", "delt omsorg" eller "integreert omsorg" forskjellige, men disse ofte er forbundet med typisk samarbeid mellom aktørene i helse sektoren. I likhet med lignende uttrykk handler det her også om å tilby helsetjenester på tvers av tid, sted og fagområde, i en slags nettverk av organisasjoner til fordel for pasienten, Pritchard og Hughes (1995). Men begrepet integrasjon har en mange betydninger fordi det er en del av samordningsbegrepet, Fimreite og Lægreid (2008). I følge Pritchard og Hughes (1995) kan det bety det politiske og ideologiske engasjementet mot integreert omsorg i helse sektoren, dvs. tjenesteintegrasjon hvor pasienten er den store vinneren. På den annen side brukes den samtidig i den meget smalere oppfatning av teknisk integrasjon av relevante kliniske informasjonssystemer, dagens kalt integreert IKT. Her har samarbeidende organisasjoner felles teknisk plattform, noe som er helt nødvendig for å sikre informasjonsflyten mellom organisasjoner. Innenfor helse har man tenkt på integreert omsorg som en type samarbeid som finnes der integrasjon er modellen for samarbeid, slik som i enkelte sykdoms forløp. I teori vil integrasjon befinner seg på toppen av kontinuum av samhandlingsformer med flere felles elementer hvor av felles budsjett mellom samarbeidspartnere er det viktigste Chris Huxham, Siv Vangen, Christine Huxham og Colin Eden (2000a). Det er en type samarbeid hvor man ikke lenger har hemninger for hverandre, fordi det er veldig lett flyt for pasienten som ikke merke forskjell på det ene eller det andre tjenestested ifølge Åhgren (2012). For Willumsen (2009) har også partnere et fellesspråk og felles metoder som er opparbeidet gjennom en konsensus og vilje. I følge Øvretveit (1997) vil bedre samarbeid mellom organisasjoner bidrar til å minske kostnader knyttet til produksjon av helsetjenester nettopp der man har vellykket integreert omsorg. Samarbeid på organisasjonsnivå handler om de store linjer organisasjoner er enige om. I dette ligger også et viktig begrep om hvordan organisasjoner forholder seg til samarbeidet Huxham et al. (2000a). En studie av Widmark et al. (2016) om samarbeid mellom to organisasjoner i sosial sektoren viste at samarbeidet utfordres av hvilke aksepter det hadde. Forfatterne fant ut at det handler veldig om sosial persepsjon mellom organisasjoner, noe som refererer til begrepet holdninger.

Holdninger er innstillinger som sitter dypere enn meninger og i samarbeid perspektiv ligner de veldig på kultur fordi de gjenspeiler en virkelighetsoppfatning innad

organisasjoner, fritt gjengitt fra Hansen og Ramsdal (2014). Nærliggende begreper er verdier. Fastlåste mønster om det man tror man vet, forforståelse og holdninger til andre i samarbeidende organisasjoner kan komme av mange ting ifølge Huxham et al. (2000a). Kulturelle betingelser for samarbeid kan også være mange og dette påvirker samarbeid organisatorisk påpeker Lane og Bachmann (1998). I følge Huxham og Vangen i Willumsen (2009), åpner samarbeid mellom organisasjonsjoner for synergieffekt, det vil si en effekt utover samarbeidet i seg selv. Denne synergieffekten kommer frem gjennom at organisasjoner nyttiggjør seg av ekspertisen og ressursene til hverandre for å finne løsninger til vanskelige utfordringer eller problemer. I slike tilfeller har samarbeidet gjerne en dynamikk med mange elementer.

4.6 2.6 Kommunikasjon og konfliktløsning som verktøy til vellykket samarbeid

Kommunikasjon driver et vellykket samarbeid slik nevnt i store deler av forskning på området. Som nevnt tidligere er det mange grunner til at det oppstår samarbeid på organisasjons nivå. Det handler om forhold og interesser. Men det viktigste verktøy et samarbeid trenger er kommunikasjon. I følge San Martín-Rodríguez et al. (2005) er determinanter for samarbeid på organisatorisk nivå struktur, kultur, ressurser, kommunikasjon og ledelse. Kommunikasjon er det som binder alle faktorer til et samarbeid. Artikkelen beskriver at kommunikasjonsevner har betydelig innvirkning på utviklingen av ett samarbeid i den forstand at den tillater partnere å komme med innspill, slik at man sikrer seg felles forståelse. Felles språk, felles forståelse er viktige elementer i god kommunikasjon slik at beskjeden blir mottatt og forstått slik den skal.

I en studie om samarbeid i helse og sosial sektoren av kommer det fram at kommunikasjon i form av dialog er et viktig element i etablering, opprettholding og konfliktløsning i tverrfaglig samarbeid, Widmark et al. (2016). I spesialisthelsetjenesten er kommunikasjon svært viktig, dermed har man ofte integrert kommunikasjon. Dette betyr at man har felles systemer og felles forståelser, felles rutiner, felles tolkning av bildematerialet, dårlig kommunikasjon kan bety feil. Det er svært alvorlig. Kommunikasjon av sensitive opplysninger om pasienter går fra kryptert IKT kanaler. Både formell og uformell kommunikasjon er nødvendige, og bør ha lav terskel. Det formelle kommunikasjon er den som er planlagt, det vil være en arena for å se progresjon og

utviklingen av det man driver med. Direkte kommunikasjon handler om å ringe hverandre når det trengs. Leder kommuniserer også der det oppstår vanskeligheter eller uforutsette hendelser. Ettersom de fleste undersøkelser er planlagte, vil sjelden oppstå akutte situasjoner. Den helseorganisasjonen som har pasienter under sine fire vegger har også ansvarlige for helsa der og da. Lav terskel kommunikasjon gir god grunn til problemløsning.

Konfliktløsning mellom organisasjoner handler egentlig først og fremst om organisatoriske forhold slik som forsinkelser, tekniske problemer, akutte situasjoner som ulykker og sykdom. Disse forhold tvinger fram kommunikasjon slik at man finner alternativ til produksjon av tjenester uten at pasienten må vente. Det er ledelsen med myndighet som tar avgjørelser. Konfliktløsning er en del av det ha et samarbeid. Det er ikke mulig å ha en interaksjon mellom mennesker uten å tenke på muligheter som konflikt representerer, Deutsch og Coleman (2000). God kommunikasjon, konflikter og utfordringer kommer gjerne på individs nivå, og dette vil påvirke samarbeid på organisasjons nivå hvis det forblir ubehandlet, fordi prosessene kan gå saktere og man skiller mellom de og oss, og samarbeidet blir treig mener Widmark et al. (2016).

4.7 2.7 Tillit som næring til samarbeid på organisasjons nivå

At tillit er en forutsetning for vellykket samarbeid, men kommer ikke av seg selv påpeker Willumsen (2009). Tillit er en også uttrykk for at en organisasjon anser den andre som likeverdig. På den måten gjenspeiler tilliten de verdiene som er investert i samarbeidet. I følge flere studier er nøkkelbegrepene i samarbeid mellom organisasjoner felles mål og tillit. «Tillit øker sannsynligheten for at aktører vil investere (med ressurser som penger, kunnskap osv.) i samarbeid mener Osborne 2010 s.314.

Hudson et al. (1999) definerer tillit som noe som innebærer at den som er i et samarbeidsforhold er villig til å leve med det den andre gjør. På den måten betyr det at den andre partner har «frihet til å skuffe dine forventninger gjennom svik, avhopping og uttredelse». Denne tilstanden av uvitenhet eller usikkerhet om andres atferd er sentralt, for det er begrensninger for vår kapasitet å oppnå full kontroll. Dette er sentrale avgrensninger som ofte blir nevnt når man snakker om tillit. At man skal stole på hverandre. Derfor blir det nødvendig å ha kontroll på elementer som kan true tilliten. Hudson forteller om «economizing on trust» fritt oversatt til forvaltning av tilliten. Tre utgangsmuligheter vil

derfor åpner seg for å få kontroll på tilliten, (1) manipulasjon, (2) bindende avtale, gjerne før selve avtalen, og (3) makt. Ved manipulasjon vil organisasjoner prøver å bruke felles gevinst og solidaritet som agn for å få til samarbeid. Gjennom bindende avtaler skjer dette justering internt i organisasjoner slik at andre vil føle at det er mulig å etablere et tillitsfullt samarbeid sammen den andre. I denne tilfelle vil organisasjoner forberede sitt omdømme, struktur og være rustet til å møte kravene fra eventuelle partnere. Når det gjelder makt så er at det blir et middel til å få til å fullføre en plikt som samfunnet har behov for, Hudson et al. (1999).

Men et samfunnsoppdrag virker ikke alltid til å konsolidere et samarbeidsforhold. Hogg og Varda (2016) gjorde interessante funn da de skulle se på tillit mellom offentlige, hvorav noen kommunale og andre føderale, private frivillige og private kommersielle organisasjoner. Offentlige, men ikke de føderale organisasjoner hadde høyest skåre på tillit, dernest kom private aktører med godt omdømme, til slutt veldedighetsorganisasjoner som ikke hadde så store økonomiske gevinster. Man kunne ha tillit og praise, oversatt til lovord, men disse betydde forskjellige ting. Lovord var knyttet til jobben at man er glad det finnes et samarbeid. Men tilliten handlet om kvaliteten. Det betyr at tilliten kunne påvirkes også av holdninger om gjennomføringsmakt.

Osborne (2010) and flere andre studier krever tillit, respekt, åpenhet innenfor og en aktiv ledelse for å få til vellykket samarbeid mellom organisasjoner. Mangel på et ovenfor nevnte område blir en trussel til samarbeids soliditet. Men tilliten er bindeleddet mellom åpenhet og respekt. Andre mener at Inter organisatorisk samarbeid krever særlig god kommunikasjon og fordeling av arbeidsområder, felles forståelse og kunnskap om samarbeidet, kjente praksiser og avklarte faglige roller, handlekraftig lederskap for å håndtere konflikter og spenninger som ofte oppstår når organisasjoner som har hver sin kultur skal samarbeide, en systematisk overblikk av Sangaleti, Schweitzer, Peduzzi, Zoboli og Soares (2017). Når det gjelder tillit så anses den til å være en viktig sosial kapital som reduserer transaksjonskostnadene, og dermed minsker behovet for formell rapportering, kontroll og sanksjoner ifølge Willumsen (2009). Når ting ruller og går minsker også det behovet for kontroll. Denne type tilliten kommer av erfaring, det vil si tar tid til å bygge opp. Det krever derfor at forholdet varer lengre nok til etablering av tilliten.

I samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner er tillit i hverandre kompetanse det viktigste. Pasienter interesser kan være kvalitet på tjenester eller å unngå

lovbrudd på deres rettigheter, for eksempel å ikke innfri fristen for behandling. Tillit styrker grunnlaget for bevillinger og resultatmål. Tilliten forsterkes av det å ha ett felles mål, eller at målene er sterke nok, noe som å skape en avhengighet til hverandre, Sangaletti et al. (2017).

Samarbeid mellom organisasjoner er basert på tillit mellom aktørene. Videre sier Hudson (1999) noe om at på individnivå trenger ansatte konkret å føle at samarbeid mellom deres organisasjon er nødvendig for å involvere seg. Noen er mer rigide enn andre. Tilliten som skapes på et nivå vil gjenspeile seg gjennom hele samarbeidet på organisasjonsnivå. Derfor er det viktig for samarbeid på organisasjonsnivå at ledelsen involveres for å lage klare avtaler, hindre konflikt, bidra til bedre kommunikasjon og tillit. Det er ledere som koker tilliten som lim i samarbeid.

4.8 2.8 Ledelses viktige rolle i samarbeidet mellom offentlige og private helseorganisasjoner

Ifølge en studie av San Martín-Rodríguez et al. (2005) er faktorer for vellykkede samarbeid mange. Den vanligste forståelse ledelsen i en organisasjon har handler om at ledelsen skal ha « full oversikt og stå ansvarlig for hele organisasjonssunnhet og produktivitet» ifølge Bolman, Thorbjørnsen og Deal (2009). Ledelsen befinner seg overalt i organisasjon, enten gjennom beslutningsprosesser, visjoner, implementeringer, derfor sier man ofte at det er lederen som driver organisasjonen frem, Bolman et al. (2009).

Ledelsen i private helseorganisasjoner har en markert tankegang i sitt forhold til drift av sin virksomhet. Dette impliserer at man er opptatt av produksjon av tjenester skal være noe som bringer inntekter, og at pasientenes skal komme tilbake i lignende tilfeller. Gjeldende holdninger handler om å få fornøyde kunder og drive business. Organisering preges av behov for effektivisering ved å bruke ressursene på en mest mulig effektiv måte. Ledelsen kontrollerer produksjon av tjenester fordi den er ansvarlig for produksjonen, kvaliteten bidrar til å beholde omdømme. Private organisasjoner er helt avhengig av omdømme for å få en kundemasse. Prisen for tjenester motiverer til bruken av tjenester og samarbeid. De private helseorganisasjoner er i en posisjon hvor de må tilby noe som mangler i det offentlige apparatet i et velferdssamfunn for å få pasienter dit, fordi deres tjenester koster ofte mer enn i det offentlige. Derfor blir bedre **tid** en viktig faktor de private sikter mot for å forsvare prisen av helsetjenester.

I offentlig sektor er lederansvar tydeliggjort i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten som trådte i kraft 01.01.17. Forskriftens virkeområde er omfattende og gjelder virksomheter på ulike nivå i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, spesialisthelsetjenesten og private virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet (2017) har opparbeidet en handlingsplan som ledelsen har ansvaret for. Denne er gjerne oppdatert med nasjonale retningslinjer. Det er ledelsens sorger for at den blir operasjonalisert og iverksatt. Ledelsen ansvar gjelder først og fremst for kvalitet av tjenester slik at tilbudet i regionen sikres og pasienter opplever å bli behandlet. Denne oppgaven krever at sykehusledelsen er orientert på hvordan pakkeforløpene ligger an på, om ventetider, fristbruder m.m., Helsedirektoratet (2018). Ledelsen i offentlig sykehus er ansvarlig for driften av pakkeforløpene i så måte at det er ledelsen som er pådriver av arbeid med å legge ut på anbud eller ei. Omdømme er også viktig og forsvares ut ifra ressursene.

Ledelsen i offentlig sykehus har et samfunnsoppdrag som gjør at dette settes høyere enn å drive business sett på markedsøkonomi ståsted. Det er ledelsen som også kan fremme eller hemme grunnlag for endring. Endringsledelsen handler mye om i å involvere flere elementer i organisasjoner slik som samarbeid, eller andre typer endringer som påvirker styringen av organisasjonen ifølge Vanebo 2017. Ledere i offentlige helseorganisasjoner har et vedtatt budsjett å forholde seg til og et normativt ansvar på hvordan de skal bruke felles ressurser. Det er ikke ubegrenset med midler og bruken må forsvares ut ifra departementets oppdragsdokumenter, lover og pasientens rettigheter. Gjennom holdninger intern i organisasjon og i møte med andre samarbeidende organisasjon vil ledelsen sette preg på verdiene som legges vekt på i samarbeidet, Repstad (2004).

Lederen er også ansvarlig for kultur i sin organisasjon. Kultur er et vidt begrep som handler om antagelser, det vil si verdier, kunnskap, moral, skikker, mange typer ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av en organisasjon, Bolman et al. (2009). Og kultur er svært viktig fordi den påvirker atferd. Kulturen er gjerne bygd opp gjennom lang tid og representerer organisasjonen særegne karakter ifølge Bolman et al. (2009) som også påpeker på side 134 at hvilken type stil ledelsen har former kulturen i sin organisasjon og påvirker samarbeidet organisasjonen har med andre. Det er en lukket sirkel av virkning og påvirkning. I tillegg til dette vil ledelses kultur ha innflytelse på

hvordan kommunikasjon foregår og felleskap skapes, Jacobsen og Thorsvik (2013), Greve (1995b).

De utfordringene som samfunnet står ovenfor er store og demografiske, økonomiske, teknologiske endringer nødvendiggjør økende konkurranse, Bolman et al. (2009). Det er sterk teknologisk utvikling i velferssektoren og utviklingen er sterkest i teknologiavhengige felter slik som spesialisthelsetjenesten, Vabo og Vabø (2014). Sykehussektoren er et sted der man finner spesialiserte medarbeidere med høy kompetanse som også er lojal til eget fag.

I et samarbeidsforhold vil ledere ha oppgaver knyttet til samarbeid i tillegg til drift av egne organisasjoner. De fleste ledere har derfor et team rund seg som konkret jobber og tilrettelegge for diverse aspekter av styringen. Men ansvaret og beslutningsmyndigheten vil alltid ligge hos ledere. Spesialisthelsetjenesten loven har et eksplisitt krav til ledelse § 3-9 om enhetlig ledelse. Utover det har spesialisthelsetjenesten frihet til å organisere seg fritt, men er sterk preget av silotenkning med inndeling i enheter som spesialiserer seg på egne sykdommer. Enhetslederen spiller en viktig rolle når organisasjoner skal samarbeide og man kan ikke se bort fra relasjonelle determinanter for samarbeider Bolman et al. (2009), Hudson et al. (1999). Brystkreft har egne avdelinger, dette er ikke uproblematisk når man skal ha samarbeid fordi en avdeling har sin egen «sånn gjør vi det her og sånn vil vi ha det». Det stiller derfor større krav til fleksibilitet for organisasjoner som ønsker å samarbeide. I så fall må styring dreier seg om å påvirke muligheten for måloppnåelse, via synergi av krefter og ressurser, Willumsen (2009).

3. Metode

I dette kapitlet skal jeg presentere forskningsdesign, metodiske verktøy og vurderinger som er valgt for å svare på problemstillingen. Oppgaven bygger på kvalitativ datainnsamling gjennomført mellom oktober 2017 og januar 2018 i Norge. Det er ifølge Ringdal (2013) vanlig å skille mellom tre typer formål med en undersøkelse: et eksplorerende, beskrivende eller forklarende formål, Ringdal (2013). Oppgaven er ett resultat av nysgjerrighet fra min side på utfordringer i spesialisthelsetjenesten og blir derfor en eksplorativt design om hvordan samarbeider offentlig og private sammen på organisasjons nivå når det gjelder brystkreftutredning. En eksplorativt design kan virke som den beste måte å gå fram for å få mer kunnskap om dette fordi det er lite kunnskap om fenomenet på nåværende tidspunkt.

3.1. Eksplorativt forskningsdesign

En forskningsdesign er plan for gjennomføring av et forskningsprosjekt, Krumsvik (2014), det betyr at man skal bestemme seg på hvilken type undersøkelsen man skal foreta seg, avhengig av problemstillingen og forskningsspørsmål, Johannessen, Christoffersen og Tuft (2010). I følge Johannessen et al. (2010) kan en case både være et studieobjekt og en forskningsdesign. Som forskningsdesign, slik det er tilfelle her, inneholder den en problemstilling, valg av teoretisk forankring, analyseenheter, datainnsamlingsteknikk samt kriterier for å analysere og tolke data. I denne oppgave har jeg valgt en eksplorativ design fordi den skal gi en innsikt og forståelse på hvordan samarbeid på organisasjonsnivå mellom de private og de offentlige helseorganisasjoner foregikk i kreftbehandlings felt. Ordet eksplorativt kommer fra latin *explorare* og betyr å eksplorere eller undersøke. Den siste betydning ser ut til å være dekkende i denne oppgave fordi det sa ut som om denne type samarbeid var fortsatt lite undersøkt. Jeg valgte derfor en casestudie, som er en empirisk undersøkelse som ser på et moderne fenomen i dybden og i sin virkelige kontekst, spesielt når grensene mellom fenomen og kontekst ikke er tydelig ifølge Yin (2014). Det handler om utredningen av brystkreftpasienter i pakkeforløp strategi.

Johannessen et al. (2010) påpeker at for å få kunnskap om et fenomen, kan man bruke forskjellige metoder, hovedsakelig kvantitative og kvalitative. I vitenskapelige språk

er kvantitative og kvalitative metoder to forskjellige tilnærminger. Kvantitative metoder brukes på å se på kausalitet og å undersøke sammenheng mellom fenomener. Kvalitative metoder fokuserer på å skape meninger gjennom beskrivelser og opplevelser til informanter og eller beskrivelser av fenomener fra tolknings perspektiv, Krumsvik (2014). Kvalitative metoder innehar forskjellige planer for datainnhentingsteknikker: intervjuer, fokus grupper, observasjoner, dokumenter, Brinkmann og Kvale (2008). Jeg ønsket å se på lederes erfaringer med, eller opplevelser av samarbeid mellom organisasjoner og jeg som forskere mangler kunnskap om dette. Samarbeidsavtaler som er de dokumenter som binder dette sammen, ble også gjenstand for en analyse. Derfor har jeg valgt kvalitativ metode.

3.2. Individuelle semi strukturerte Intervju

Thagaard (2003) mener at «intervjuer gir et svært grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer», kunnskaper og synpunkter om et tema. Men andre ord betyr det at forskningsintervjuer skal generere kunnskap om temaer basert på informantenes erfaringer. Det handler om en samtale mellom et eller flere mennesker som snakker for å utveksle synspunkter i en prosess av type «et spørsmål og svar». Forskeren kan altså snakke med en person av gangen. Det defineres som individuelle intervju, eller med flere personer samtidig, det kalles for gruppeintervju. Den type kunnskapen som genereres rommer meninger, informasjon om tilstand eller livserfaringer, Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge (2015). Kunnskapen blir et produkt av samspillet mellom intervjuer og en eller flere intervjupersoner.

I følge Thagaard (2003) finnes det ulike typer intervjuer avhengig av håndtering av spørsmålene. Det er åpne intervjuer, hvor samtalen mellom forskeren og informanten foregår uten et sett av forhåndsbestemte spørsmål i et lite høytidelig setning. I denne type intervjusituasjon er relasjonen veldig viktig, informanten må ha tillit til forskeren. Videre finnes det strukturerte intervjuer hvor man har spørsmål i en intervjuguide som forskeren følger på prikk og punkter og spørre ikke utover forhåndsbestemte spørsmål. Til slutt har vi semi strukturerte intervjuer som er en kombinasjon av åpne spørsmål i ulike grad, oppfølgingsspørsmål er vanlige å stille. Informanten kan også snakke om det som ikke står i intervjuguide. Semistrukturerte intervju handler å få frem deltageres erfaringer og opplevelser om samarbeidet, det vil si jeg vil legge vekt på den meningsfortolkning av fenomenene som informantene skildrer slik presentert i Kvale et al. (2015). Samtalen her

skal være hverdagslig med muligheter til å utvide repertoar, men den følger allikevel en bestemt metodikk styrt av forskeren : situasjonen under kontroll, spesifikke spørsmål m. ifølge Kvale et al. (2015) .

Jeg brukte intervju som metode for innsamling av data fordi en kvalitativ intervju er en egnet metode for å få kunnskap om et fenomen som er lite belyst slik formulert av Krumsvik (2014), som også mener at semi strukturerte intervju er den mest vanligste intervjumetoden som brukes i kvalitativ forskningsdesign. Samarbeid som prosess er det fenomenet som studeres i denne oppgaven. Begrunnelse på valg av intervjuet henger dermed sammen med oppgavens mål. Jeg valgte semi strukturerte intervjuer fordi det handlet om en samtale som ble dels strukturert ut ifra variabler hentet fra tidligere empiri om vellykket samarbeid av San Martín-Rodríguez et al. (2005), dels fordi ledere skulle ha mulighet til å belyse fenomenet med egne erfaringer. Jeg lagde en intervjuguide med foreslåtte spørsmål om bestemte temaer. Dette ga meg struktur i samtalen og informantene fikk komme med andre temaer underveis, de de mente også påvirket samarbeid mellom organisasjoner.

Jeg som intervjuer skal ha kontroll på intervjusituasjonen, men ikke på kunnskapen sier Kvale, Anderssen og Rygge (1997). Intervju som formen for innhenting av kunnskap var ikke så enkel, det handlet om « et personlig møte mellom to individer» og gjør at intervjusituasjon blir viktig å mestre ifølge Georges (2012). Det kreves noe samtaleferdigheter for intervju, og kultivering av slike evner er ikke gitt. For å kunne få et innblikk i hvordan samarbeid mellom de private og offentlige helseorganisasjoner om utredning av brystkreftpasienter foregår, trengte jeg også å se på samarbeidet på organisasjonsnivå slik den er tenkt. Derfor hentet jeg også samarbeidsavtaler.

3.3. Intervjuguide

Malen for semi strukturerte intervjuguider handler om å spørre om temaer som er tema for innhenting av data, noe som blir viktig er oppfølgingsspørsmål som forskeren kommer med og som gir mer utfyllende informasjon utenom de planlagte spørsmålene Thagaard (2003). Målet mitt var å få mest mulig informasjon om diverse aspekter av samarbeidet mellom organisasjoner, også de jeg ikke hadde tenkt på forhånd. Jeg lot informanter forteller om sine opplevelser om de temaene jeg valgte. I denne studien fikk både de offentlige og de private fikk de samme spørsmålene, med noen unntak da jeg byttet ut

ordene offentlig med privat avhengig av hvor jeg befant meg. Svarene gir ett innsikt i hva som forstås i forhold til tematikken eller hvordan de forstår samme tema eller begrep situasjonen.

Jeg brukte forhånd skrevet spørsmål på de områder jeg var interessert i slik formulert i forskningsspørsmålet i problemstillingen, det vil si begrepene samarbeidsformen, ledelse, tillit, kommunikasjonsformen, struktur, hvorfor samarbeider organisasjoner osv... Jeg hadde åpne spørsmål som ga muligheten til informanten til å si sin mening. Ut ifra svarene jeg fikk, kom jeg med oppfølgingsspørsmål. Jeg valgte å lage en intervjuguide med spørsmål som berørte viktige variabler tatt ut ifra teorien om hvilke elementer som skal til for vellykket samarbeid av Chung et al. (2012) og San Martín-Rodríguez et al. (2005). Ettersom studie har en eksplorativ design ønsket jeg å åpne muligheter for andre variabler som informanter kunne komme med. I samme prosessen holder jeg på å lære av erfaringen.

4.9 3.4 Valg av informanter: Utvalget

Det å ha riktig utvalg er veldig viktig i en studie fordi riktig utvalget er avgjørende for gyldighet og konklusjoner ifølge Ringdal (2013), og man bør ha mange etiske betraktninger i forhold til gyldigheten av studien. Informanter skulle være representativt for å kunne svare på problemstilling ifølge Thagaard (2003). Ettersom oppgaven fokuserte på samarbeidet på organisasjonsnivå ville det være naturlig å finne organisasjoners representanter som er relevante, slik som ledere. I denne studien valgte jeg ledelsen for offentlige og private kommersielle helseorganisasjoner som utvalget. Å snakke med disse sentrale aktører som ledere, deres tilknytning til organisasjoner og brystkreftforløp, samt å analysere viktige dokumenter kunne gi informasjon og erfaringer med samarbeid mellom organisasjoner. Jeg vurderte at det at lederes erfaringer med, eller opplevelser av samarbeid mellom organisasjoner ville best kunne komme i uttrykk gjennom en samtale i semi-strukturerte form, Kvale et al. (2015).

Rekrutteringen av informanter var på frivillig basis. Først foretok jeg en del kontakt med den regionale helseforetak i denne delen av landet for å få informasjon på hvem som var involvert i samarbeid. Jeg ringte sentralbord og forklarte kort, som oftest ble jeg koblet til riktig avdelingen eller ledelsens sekretariat. Jeg ringte flere ganger til nøkkelpersoner rundt ledelsen i organisasjoner for å få en avtale om intervju. Forespørsel om deltagelse ble

sendt via eposten. De som fungerer som kreftkoordinatorer og deres ledere var mitt første valg av informanter. Begrunnelse på dette valget handlet om at de befinner seg i en posisjon som gjør at de har samarbeid med hverandre når pasienter flytter fra offentlige til private, så tilbake til offentlige. De kunne også si noe om hvordan samarbeidet fungerer. I brystkreftforløpet var det mange yrker representert, men ettersom dette dreier seg om samarbeid på organisasjonsnivå, var det nok med å intervju ledere. Men på det ett av de offentlige sykehus valgte de å sende meg til en pasientkoordinator i fravær av lederen.

Ettersom det var få aktører i denne type samarbeidet ønsket jeg at mange ledere i private og offentlige helseorganisasjoner som befant seg i brystkreft behandlings forløpet skulle delta i studien. De fleste takket ja til deltagelse. Jeg tok kontakt per e-post, så per telefon, ledere av brystkreftsenter på det offentlige sykehus, der mesteparten av kompetanse for utredning av brystkreftpasienter lå, de mottok de fleste henvisninger i en aktuelle regionalt helseforetak. Det var ønskelig å snakke også med brystkreft pasientkoordinatorer på de organisasjoner som var involvert i samarbeidet og hadde takket ja. Men noen brystkreftpasientkoordinatorer i private sykehus svarte at de ikke hadde noe å tilføye ettersom jeg hadde snakket med deres øverste leder.

Til slutt ble det fire informanter, to ledere av private sykehus, som refereres videre som leder privat sykehus 1 eller 2, en leder av et offentlig brystkreftsenter som refereres som leder offentlig sykehus, og en brystkreft pasientkoordinator. Kjønnsmessig var utvalget likt fordelt, kvinner jobbet i det offentlige. Informanter var ikke tallrike, men de var de faktisk aktuelle samarbeidspartnere på daværende tidspunkt. De var ledere og typiske sentrale aktører i denne type samarbeid. Ettersom det ikke var mange organisasjoner, ble variasjonsproblemet tydelig. jeg fikk dermed erfaring med kun de private organisasjoner med gjeldende avtaler. Intervjuene var godt forberedt og dyptgående for å få mest mulig kunnskap og varte mellom 41 og 55 minutter.

3.4. Noen vanskeligheter underveis

Det var det vanskelig å komme i kontakt med ledere, særlig i privat sektor for å få til ett intervju. Det tok lang tid for å få svar, selv om jeg brukte flere kommunikasjonsmetoder, altså først telefon, ga forklaringer til sekretærer, som satt meg over til mellomledere, disse ba meg ofte å ringe tilbake etter noen dager. Ledere hadde ofte

lite tid, men jeg prøvde å utnytte dette bedre med å være godt forberedt. Etter første intervju visste jeg hvordan jeg skulle forholde meg nesten gang hos neste leder.

Noen samarbeidsavtaler mellom private og offentlige helseorganisasjoner var ved veien ende, andre ikke ville bli fornyet etter nyttår, dermed var det en del aktuelle private sykehus ekskludert i løpet av prosessen. Det hadde vært interessant å se på samarbeid med disse, men uten en gyldig avtale på dette tidspunktet valgte jeg å se bort fra disse.

Representanter fra pasientgruppe kunne også være aktuelle, målet her ville være å si noe om hvordan de opplever forpliktelser i samarbeidet, men jeg valgte å ikke ta med dette for å avgrense oppgaven. Sekretærer var også et kontaktpunkt, men de hadde en administrativ stilling og hadde ikke noe muligheten til å påvirke samarbeid på noe som helst måte.

3.5. Gjennomføring av Individuelle intervju

Det skilles store forskjeller mellom individuelle intervju og gruppe intervju eller fokusgrupper, Thagaard (2003). men et viktig element er det er viktig å være bevisst på settingen når man skal ha intervju sier Kvale et al (2015). For individuelle intervju som er bruk i denne studie så var spørreskjemaet var organisert i de ovennevnte temaene, de jeg antok ville gi meg ett innblikk i hvordan samarbeidet var organisert og bidro til å svare på problemstillingen. Disse variabler var en pekepinn på hva jeg ønsker å forstå, men jeg hadde bare fokus på dette under selv intervjuet. Intervjuguiden hadde 16 spørsmål organisert under aktuelle temaer for undersøkelsen. Intervjuene varte ofte maksimum i 45 minutter.

I følge Brinkmann og Kvale (2008) åpner begrepene overføring og motoverføring utløper seg i et intervju fordi likhetstrekk med personer man kjenner fra tidligere og reaksjoner overfor meg preges av tidligere erfaringer. Motoverføringer er følelsesmessige reaksjoner hos forskeren som hindrer ham i å ta å etablere en kontakt med intervjupersonene av følelses karakter. Forskerens innflytelse er viktig å ha kontroll under et intervju (Brinkmann & Kvale, 2008). Jeg opplevde i befinner med i 2 forskjellige verdener i intervju situasjonen på mange måter: de fysiske rammene, informantene interesse for min oppgave og min forforståelse av hvordan samarbeid foregikk var forskjellig.

Utfordringen knyttet opp mot informanter i denne oppgaven handlet om at de fleste skulle være nøkkelpersoner med makt og ansvar i kraft av sin stilling. Jeg som forsker må være godt forberedt, og ha nok kunnskap om de vanlige begrepene som er i bruk samt å kunne ta ledelse over intervjuet, noe som kan være utfordrende overfor ledere ifølge Kvale et al. (2015). Denne delen mener jeg å ha mestret ved å være bevisst på mine egne begrensninger og å stille flere spørsmål når jeg innså at jeg ikke helt forstod de begrepene som ble brukt. I tillegg kom jeg med mange oppfølgingsspørsmål som hadde som mål å avklare utsagnene.

Jeg hadde ikke noe interessekonflikt og kjente ingen av aktørene, men jeg var klar over at intervju med ledere kan by på utfordringer hvis man ikke er godt nok forberedt. Da de skal snakke både om egen og andre organisasjon, lagde jeg meg selv etiske retningslinjer på hvordan jeg skulle forholde meg til negativ omtale. Jeg valgte derfor å stille beskrivende oppfølgingsspørsmålene uten å ta parti i utsagnene. Jeg kunne bare undre over ting, noen ganger bare være åpen. Men alle virket å synes at min problemstilling var interessant og ønsket med lykke til. Jeg skrev ut spørsmålene og leste fra disse underveis, første spørsmålet hadde jeg lært meg utenat. Alle intervjuene foregikk på informantenes egne kontor. Jeg hadde med meg en lydopptaker og en skrivebok som jeg brukte underveis mens vi snakket sammen. Samtalene foregikk på en avslappet måte. Ledere hadde tydeligvis lagt det slik at det ikke ble avbrytelser. Brystkreftpasientkoordinator derimot fikk mange telefonsamtaler. Første intervjuet var jeg noe nervøs da jeg ventet i korridoren til direktøren. Jeg hadde slit med å få denne avtalen i boks og tenkte mye på at jeg måtte få alt informasjon jeg trengte med en gang. Fordi det er et lite miljø innenfor brystkreft utredning, altså få organisasjoner, ble det klart at alle mine informanter kjente omtrent alle sentraler ledere på feltet og hverandre.

3.6. Transkribering og Analyse av intervjuene

Jeg transkriberte fra lydopptak til ren tekst hvert intervju samme dag som det ble registrert, dels fordi jeg ville komme på ting jeg lurer på før neste intervju, og notere ned tankene med en gang. I følge Nilssen (2012) bør forskeren selv transkribere fordi dette en begynnelsen av analyseprosessen, ettersom oppgaven er en læringsprosessen for meg var dette veldig nyttig. Jeg kunne komme på tanker og ideer jeg skulle spørre eller unnlate å spørre neste informant, her særlig oppfølgingsspørsmålene. De ble mange sider med

ideer og utsagn. Informanter hadde pent språk, uten mye uttrykk og svarene virket å komme med en gang. Jeg la merke til at ledere i de private institusjoner korrigerer seg selv midt i en setning som hadde negative antydninger. Jeg ble nysgjerrig på denne atferden og ventet noe før jeg stilte neste spørsmål. Men det var viktig å unngå ubehagelig stillhet. Noen ganger måtte jeg forklare nærmere hva jeg spurte om når spørsmålet virket for vidt for informanten fordi jeg ønsket at kunnskapen skulle være relevant. Etter transkribering søkte jeg på temaområder i teksten på datamaskin, deretter markerte jeg disse med korrekturlakk som var kodet med farge per tema slik at relevant utsagn fra informanter ble plassert under relaterte tema. Jeg brukte metode i koding etter Nilssen (2012). Det dukket opp noen temaer som jeg ikke hadde reflektert særlig over, men som noen informanter hadde mye å si om, de meste relevante ble lagt til oppgaven.

Jeg skrev også ut samarbeidsavtaler for grundig lesing og analyse. De var som var gjeldende på utskrifts tidspunkt og lå fritt på helseforetaket nettsider. Jeg sirkler inn ordene som hadde noe med samarbeid mellom organisasjoner å gjøre. Jeg finleste hele avtalen med hensikt til å se på hvordan samarbeidet var tenkt og markerte de determinanter som er nevnt i forskningsspørsmålet.

Analyse av datamaterialet hadde en hermeneutisk tilnærming i det jeg ønsket å gi min tolkning til materialet uten å tro at det var det absolutte svaret. At det å forstå et fenomen er å relatere deler av denne forståelsen til en helhet ifølge Kvale et al. (1997). Tolkning her var et forsøk på å «kaste lys over eller gi mening til et forsknings fenomen som overfladisk sett er uklart, kaotisk, komplekst, uforståelig eller til og med selvmotsigende», Nilssen (2012) side 71-72. Jeg tolker derfor helheten som samarbeid på organisasjons nivå kan være med å kaste lys over deler av det som foregår på utredning av brystkreftpasienter, en tilnærming gjengitt av Kvale et al. (2015). Men jeg hadde også i sikte konteksten rundt samarbeidet for å svare på den andre delen av problemstillingen min.

3.7. Ethiske Refleksjoner, Validitet og reliabilitet

Studiet er godkjent av Norsk datasenter (NSD). Jeg hadde dessverre lite kunnskap om konteksten innad organisasjonene annet enn det som ble formidlet via egne nettsider, men jeg brukte dette som en mulighet til å stille naive spørsmål for å utforske feltet. Muligens kan det være en måte å få informantene til å åpne seg. Mangel på forforståelse kan være en

fordel fordi jeg dermed ikke tolket dataene inn i en ferdig referanseramme, men at det også selvsagt kunne medføre at jeg ikke stilte nødvendige spørsmål som jeg skulle ha stilt. Denne mulige ulempen møtte jeg ved å stille åpne spørsmål og komme med oppfølgingsspørsmål når jeg ikke skjønnte noe. Jeg brukte oppfølgingsspørsmålene for å lykkes gapet mellom min egen for forståelsen og svarene jeg fikk. Videre hadde ledere ikke så god tid når vi endelig møtes, men jeg har tilegnet meg mye kunnskap om hvilke dilemma som finnes i brystkreftforløpet og hvordan tverrfaglig samarbeid innad, og samarbeid mellom organisasjoner er nøkkelen til god kvalitet på tjenester. Informantene og organisasjoner er anonymiserte men dette var spesielt viktig nettopp fordi det er få aktører og mange av disse kjenner til hverandre.

I kvalitative forskningsmetoder er gyldighet og pålitelighet viktige krav ifølge Kvale et al. (2015). Gyldighet handler om å vise til hvorvidt benyttet metode for datainnsamling for å studere et fenomen er relevant for å svare på problemstillingen påpeker Johannessen et al. (2010). I denne studien har jeg snakket med ledere som hadde ansvaret for avtaler og det overordnede ansvaret for samarbeidet på organisasjonsnivå. Av de fire informantene var tre av dem direkte involverte når avtalene ble laget. Gyldigheten handler også om overførbarhet sier Thagaard (2003), og i denne studien hadde de samme private helseorganisasjoner tilsvarende samarbeidsavtaler i andre regioner med tilsvarende regionale helseforetak. Troverdigheten av gjennomføring av undersøkelsen ligger i bevisstheten over egne mangler og forsøk på å lukke gapet. Som nevnt tidligere var spørsmålene organisert slik at jeg fikk noen svar på de temaene jeg skulle undersøke. Spørsmålene var semi strukturerte og det ble mange oppfølgingsspørsmål. Etter første intervju dukket det opp noen temaer som jeg ikke hadde tenkt på forhånd, men som virket relevante. Derfor ble disse med videre og intervjuguide fikk nye spørsmål slik at alle informanter måtte si noe om de nye temaer. Dette i et forsøk for å bevare reliabilitet i min oppgave.

I følge Welch (2002) har man ikke alltid gitt kvalitative studier muligheter for å være gyldige ved generaliserbarheten. Studien trenger replika over helelandet. I en eksplorativ design er man dessuten i en lags kontinuerlig læringsprosess selv, og risikerer å produsere kvalitativ data som man ikke kan generalisere. Men jeg mener gyldighet på en denne studie ligger i den kunnskapen jeg fikk. Dette gjelder her og nå. I følge Welch bør man se på kvaliteten av selve intervju i stedet for antall informanter. I denne studien mener jeg at utvalget står midt i samarbeidet og deres innsikt gir en viktig pekepinn på hvordan

samarbeidet foregår. Det må flere studier til for å finne ut om en modell som kan optimalisere ressursutnyttelse slik formulert i strategiplanen. Studien gir ikke svar på hva som passer best. Dessuten kan det være et misforhold mellom det ledere sier og det som blir gjort i praksis ettersom denne studie mangler observasjoner i organisasjoner på begge sider.

4. Presentasjon av funn

Determinanter for samarbeid mellom organisasjoner ble brukt for å forstå samarbeid på organisasjonsnivå. Funnene vil være delt i to. Først en analyse av eksisterende samarbeidsavtaler og annen tilgjengelig informasjon om samarbeid på nettsidene til de private helseorganisasjonene. Jeg analyser tekster og hvilke ord som er i bruk, og hvordan disse tekstene og ordene påvirker handlingsmulighetene til aktørene på begge sider. Jeg har fokusert på hva avtalene sier om samarbeidet mellom organisasjoner for å få en forståelse av tankene bak samarbeidet. Den andre delen av analyse handler om å forstå informantenes opplevelser og erfaringer med samarbeidet, altså det praktiske samarbeidet. Her har jeg brukt systematisk gjennomgang av intervjuguiden som ble skjematiskert ut ifra de variabler jeg var interessert i. Jeg la også merke til andre temaer som dukker opp underveis med de oppfølgingsspørsmålene. Det er brukt en metodisk tilnærming for koding og fortolkning basert anbefalinger av Nilssen (2012).

4.1. Samarbeidet slik det er tenkt

Fritt sykehusvalg eller fritt behandlingsvalg ble etablert på systemnivå for å gi pasienter muligheten til å velge hvor de skulle behandles ut ifra ventetid på de offentlige behandlingsstedene. Et konkret verktøy for å gi denne valgmuligheten var at det måtte finnes, i regi av det offentlige, flere muligheter for behandling. I dag finnes det offentlige sykehus og private sykehus med avtaler. Offentlige sykehus har ansvar for brystkreftbehandling i Norge, og andre relaterte offisielle screeningsprogrammer for befolkning. Noe av dette medfører en utfordring med ventetider, og samarbeid med private aktører er en måte å møte utfordringen på.

Samarbeid skjer ikke bare med private aktører, men også med kommuner og fastleger. Henvisninger fra fastlege er utgangspunktet for at brystkreftpasienter blir utredet av spesialisthelsetjenesten. Samtlige henvisninger går direkte til sykehusene som henvisende lege velger. Enkelte pasientgrupper kan dessverre ikke velge fritt. Det vanlige ved mistanke om brystkreft er å henvise til pakkeforløp. Sykehus foretar en vurdering om pasienten har rett til behandling og foretar deretter en «siling» ved å beholde noen pasienter selv, ut ifra kriterier for sikkert tilfelle av kreft, eller sende pasienten til private sykehus eller institutt for utredning. En leder på sykehus forklarer:

«Ja, så når vi samarbeider med [X og Y, to navngitte private sykehus og røntgen institutt], så sender vi våre henvisninger til dem. Og da pleier vi ikke å sende de som med sikkerhet skal være i pakkeforløp, for da rekker vi ikke å holde fristene, for det tar litt tid når man skal sende henvisningene, så skal man ha svar tilbake osv.» (Leder på sykehus).

De private sykehus som mottar pasienten og det henvisende offentlige sykehus samarbeider derfor i utredningsfasen, og i kontrollfasen av brystkreftpasientene. Samarbeidsavtaler, eller ytelses avtaler som det også kalles er en bindende avtale på hvordan dette samarbeidet er tenkt å fungere. Det er et resultat av en anbudskonkurranse om å være den samarbeidspartner til helseforetak om akkurat dette.

4.1.1. Rammebetingelser for samarbeid og Samarbeidsavtaler som dokumenter

Samarbeidsavtaler og rammeavtaler lå på hjemmesider til helseforetakene. Dokumenter anses derfor til å være primær eller sikker kilde fordi de er gjeldende avtaler mellom konkrete private helseorganisasjoner og regionale helseforetak. Språket er juridisk, men beskrivende. Jeg la merke til hvilke type ord som gjentas ofte. Type behandlingkoder indikerer type operasjoner eller behandlinger det er inngått avtaler om. Der står det spesifikk hvilke som de private får lov til å utføre slik det er mulig for dem å få dette refundert. Her kalles regionale helseforetak for **oppdragsgiver** og de private kalles for **leverandører**, noe som er en juridisk ordbruk som **formaliserer avtalen**. Ordene indikerer uttrykkelig hvem gjør hva, oppdragsgiver som initierer og leverandører som gjennomfører, og samarbeidsmål i rammeavtale lyder slik:

«Avtalen skal medvirke til å utvikle en samhandling preget av forutsigbarhet, effektivitet, god ressursutnyttelse, faglig utvikling og god kvalitet på de radiologiske tjenestene til det beste for pasienten og private leverandører skal brukes på en måte som bidrar til god geografisk fordeling av tjenester, og som frigjør kapasitet for pasienter som trenger rask utredning og behandling, for eksempel kreftpasienter» s.5.

Grunnlaget for samarbeid mellom offentlig og privat sykehus er rammeavtale om levering av røntgen tjenester, men hvilken type tjeneste de private skal utføre på hver

pasient står spesifisert i pasientens henvisning. Avtaler sier noe om hvilke tjenester som kan utføres og til hvilken kvalitet, varighet og kostnader. Kravspesifikasjoner er klare, og tydeliggjør ansvaret til de private aktørene. Konkret har avtalen flere punkter som sier noe om det direkte samarbeid, de viktigste er mål, krav og rapporteringer. Kommunikasjon er fortløpende:

«Leverandøren skal kontinuerlig holde Oppdragsgiver à jour med endringer i organisasjon, rutiner og lignende som innvirker på forvaltningen av avtaleforholdet» S.11

Og når det gjelder samarbeid heter det at:

«Oppdragsgiver og Leverandøren har et felles ansvar for å bidra til **aktivt samarbeid** med sikte på å oppnå **større effektivitet** i alle ledd i avtaleforholdet». S.11

Ordlyden virker styrkende for samarbeidet og fordeler ansvaret. For brystkreftpasienter har helseforetak avtaler med de private kommersielle helseorganisasjoner innenfor kirurgi (utløpt 31/12/2017), radiologi, laboratorietjenester, «Leverandøren har rett og plikt til å utføre radiologiske tjenester i henhold til den til enhver tid inngåtte ytelsesavtalen», s. 5. Disse kalles for ytelsesavtaler. Helseforetak har et «sørge for oppdrag» som må fullføres tidsnok. Men det er sykehusene i regionen som organiserer det praktiske med å samordne med de private helseorganisasjoner volumet på avtalene. Antallet pasienter som sendes til de private er derfor bestemt av de offentlige sykehusene. Det ligger mange krav til både kvaliteten til det som produseres og tidsfrister. Kravene som ikke ble oppfylt får gjerne økonomiske konsekvenser i form av bøter. Rammeavtaler for radiologi er på 16 sider og handler om mange typer undersøkelser, dette er gjengitt rett fra avtalen på Helse Sør Øst:

- CT - Computertomografi, MR - Magnetisk resonanstomografi, RG – Konvensjonell røntgen og UL – Ultralyd. Med ett varighet for 1 år og mulighet for forlengelse er 12 måneder.
- PET-CT - Positronemisjonstomografi-computertomografi, varighet av avtalen er 3 år, mulighet for forlengelse er 1+1+1 år av gangen.
- Mammografikontroller etter gjennomført primærbehandling, 3 år og ikke forpliktet til mulighet for forlengelse 1 år.
- I tillegg har man MR, RG og UL som gitt i antall undersøkelser, det vil si i volum.

- RG - Konvensjonell røntgen
- UL - Ultralyd

Kravspesifikasjon for radiologiske tjenester inneholder krav som regulerer forholdet mellom helseforetak og de private kommersielle helseorganisasjon som har inngått avtaler. Det stilles særlig krav til ledelsen av de private helseorganisasjoner med å påse blant annet at kravene er fullt opp. Tilsvarende har ledelsen av det offentlige sykehus plikt til å følge nøye med produksjon jamfør avtalene og utnytter ressursene på best mulig måte for å unngå fristbrudd. Det fantes også andre dokumenter av interesse som omhandler samarbeid mellom helseforetak og de private kommersielle samarbeidspartnere, disse krev jeg også ut. Dokument heter «Delstrategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester» Helse Sør Øst, 2013, Hamar. Dokumentet beskriver en plan skal dekke perioden 2013 til 2020. Dokumentene gir et innblikk i både hvilke strategier som ligger til grunn for samarbeidet, hvordan man har tenkt dem ut i livet. Helseforetak ser med begrensede muligheter på samarbeid og strategien er:

«Vi [regionalt helseforetak] skal ha en sterk offentlig helsetjeneste der sykehusene i det vesentlige er eid og drevet av det offentlige, med private virksomheter og avtalespesialister som nyttige samarbeidspartnere» (Delstrategi for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige ytere av helsetjenester) side 3

Jeg noterte meg viktige ord i dette utsagnet, fokus på sterk offentlig helsetjeneste og nytteverdi av de private.

En annen av strategiene som skal sikre fortsatt konkurranse lyder slik:

«Regional Helse Foretak er en stor aktør i markedet [spesialisthelsetjenesten], og det er videre viktig å bidra til en opprettholdelse av konkurransen i markedet. Det ble derfor i samme konkurranse lagt inn en bestemmelse om at ingen tilbyder skal levere mer enn 60 % av samlet volum innenfor et sykehusområde forutsatt at det er mot tatt mer enn et tilbud». S. 4

Viktigheten av konkurranse blir påpekt i avtalene for å begrense hvor mektig en leverandør kan være. Helseforetakene ønsker tydelig å beholde deres store plass. Det skiller mellom de private kommersielle, og de private ideelle aktører. Disse begrepene er også godt forklart på hjemmeside. I strategiplanen (2013-2020) lyder det slik når det gjelder de private kommersielle:

«Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolknings behov med *optimal ressursutnyttelse*» s. 4

Et grundig søk på ordene optimal ressursutnyttelse viser at det er snakk om noe som ligner integrasjon av tjenester, i den forstand at man skal benytte av seg ressursene på en optimal måte. Brystkreft forløp er et nokså spesielt på grunn av tidspress, og ut ifra strategien og planen, bidrar samarbeidet med private aktører til å løse problemet med køer. Regionale helse foretaket forbeholder seg retten til å dømme kvaliteten på tjenester, og holde igjen betalinger ved misnøye, avvik, i tillegg til sanksjoner ved dårlig eller manglende respekt på forskriften om Ikt standarder i helse og omsorgstjenesten § 6 første ledd n 7 på tidsfristen.

Varigheten på avtaler er så vidt kortsiktige at det ikke la seg gjøre å planlegge på lang sikt i forhold til investeringer når det gjelder de private aktører. De private helseorganisasjoner opplever at de får avtaler med forskjellige regionale helseforetak, eller at de har avtaler i nord, men ikke i sør.

Formålet med anskaffelsen fra offentlige helseforetak forklares bl.a. at det er viktig:

«å redusere ventetiden til utredning og behandling for pasienter og bidra til bedring av helsetilstanden», Helse Sør- Øst, kravspesifikasjon kirurgi

Og

«Det radiologiske tilbudet i offentlige sykehus og hos private leverandører skal sikre en rask og riktig avklaring av det videre behandlingsforløp for pasienter i helsetjenesten, innenfor både spesialist- og/eller primærhelsetjeneste», s. 2, Helse Sør-Øst, krav spesifisering for anskaffelse av polikliniske radiologitjenester fra private leverandører.

Avtalene beskriver innholdet i samarbeidet i detalj om hvilke oppgaver som skal utføres. Men det er ikke nok for å styre et samarbeid. I følgende vil jeg si noe om ledelsens ansvar og rolle for samarbeid mellom organisasjoner.

4.1.2. Ledelsens ansvar på organisasjons nivå

Ledelsen på organisasjons nivå er involvert i samarbeidet på mange måter og spiller en viktig rolle. Ledere i private sykehus deltar direkte i arbeidet med avtaler med offentlig

sykehus. De er ansvarlige for avtaler, fra søknader, anskaffelser til gjennomføring. De har ofte et helt team som jobber med avtaler, det vil si:

«Vi har avtaler med alle regionale helsefortakerne, så vi har offentlige avtaler på fleste lokasjoner våre i landet, Ja det er det egentlig meg, med noen av de RHF² vi har faste møter med, hvor vi evaluerer hvordan det går, og ikke minst hvor langt vi har kommet i produksjonen, for vi skal jo, i volumet produsere likt fra måned til måned, det er vel viktig at vi holder oss til det som vi har avtalt, så det er en sånt rapporteringsmøte på det» (Leder, privat sykehus).

Leder i offentlig sykehus er også involvert når man forhandler om avtalene:

«Jeg har vært med å lage anbudet, og inngå avtale forsovet, det er ikke akkurat jeg som skriver under selve avtalen, for vi har jo en innkjøpsavdeling som jobber med disse avtaler, men jeg er med i den gruppe.» (Leder, offentlig sykehus)

Ledere på begge sider må håndtere alle akutte situasjoner som kan true avtalen. Det er ikke akseptabelt at det oppstår fristbrudd. I kravspesifikasjonen punkt 24 om Force majeure presiseres hva som betraktes som force majeure som forhold man ikke kunne forutse, eller som ligger utenfor partneres kontroll. Videre bestemmelser ligger i lover:

«Dette inkluderer forhold som etter norsk rett blir betraktet som force majeure. Som force majeure regnes også streik og lockout» S. 14

En leder på private helseorganisasjon presiserer at sykdommen blant nøkkelpersoner på et offentlig sykehus er også en direkte årsak til at de får mer å gjøre fordi:

«Sub-spesialiteter er jo vanskelig å få kvalifisert arbeidskraft, spesialister, sånn at det er jo veldig sårbare for sykdom og den type ting» (Leder privat 2).

Noe som bekreftes av leder på offentlig sykehus:

² RHF står for regionale helseforetak. I Norge finner man 4 regionale helseforetak. HS står for Helse Sør-Øst RHF, Helse-vest RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord RHF. Ordet helseforetak referer til organiseringen. Staten eier alle RHF og har full styringsrett i kraft av sin status som eier.

«Når ting ikke går som det skal, for eksempel, ved sykdom, som nå, vi har en sykmeldt lege [...] er jo avhengig av leger på alle ledd, forskjellig typer leger»,
(leder offentlig sykehus)

Noen ganger oppstår det organisatoriske problemer, og ledelsen ha gode verktøy for håndtering av dette, hvorav kommunikasjon er den mest effektive. En leder på offentlig sykehus sier dette slik:

«Ja vi har gjensidig tillit, den er der, det er jo slik vi holder avtaler. Det er noe om å være litt åpne for å snakke sammen hvis det er problemer, at vi klarer å løse ting sammen, det er sånn at det aldri er problemer, selvfølgelig er det problemer innimellom og man opplever at dette løser vi sammen fordi vi vil at det skal bli bra». Leder offentlig sykehus, som svarer på spørsmålet om hvordan fungerer samarbeidet.

Ledelsen i offentlig sykehus må holde takt med utvikling i tilbudet til pasienter, og være ajour i forhold til sykehus organisering og forhold som har betydning for kvaliteten av tjenester i sin organisasjon. Å innhente hjelp fra de private er en oppgave som ligger offentlige helseforetak for hånd. Dessuten skal lederen her definere grunnlag for hvordan samarbeidet skal organiseres.

«Også har jeg den kontakten med X og Y om hvor mye vi skal bruke de avtalene, og antall og sånn, og har jeg møte med dem for å se hvordan vi skal samarbeide.
Leder offentlig sykehus.

Vurdering og beslutning på når man skal sette noe ut på anbud handler om predikere utviklingen. Ledelsen i offentlig sykehus er organisert med dyktige medarbeidere og verktøy for oppgaven. Hovedmålet for samarbeid med de private er å respektere fristene i pasientforløpene eller kontrollene:

«Vi får jo henvisninger til oss [i offentlig sykehus], og det er jo forskjellige typer henvisninger, noen er sånn som haster og som skal inne i det vi kaller for pakkeforløp, som man har en frist på seg. Så har vi andre som ikke haster så mye, også har vi også kontroller, de som har vært operert for brystkreft tidligere og kommer for å avgi kontroller i 10 år». Leder, offentlig sykehus.

For de private aktørene er ledelsen den som er ansvarlig for anskaffelser slik at det oppstår samarbeid med offentlige sykehusene. Når dette er gjort begynner oppgave med produksjon av tjenester og det står også ledelsen i private helseorganisasjon ansvarlig for.

«Jo, dette året er det neste alle de HRF ute med nye anbud, HS, Helse vest, Helse nord er ute, og da er jeg veldig involvert i den jobben som skal gjøres der for det er jo en veldig stor jobb, innhenting av CV, skriving av alle inngrepene, prosedyrer, mye bekreftelser, kopier av sertifiseringer, det er mye formalia som skal på plass, så alt det der er jeg involvert i. Så vi er egentlig ett team vi, som jobber med anbud her». (Leder privat helseorganisasjon 1).

Den andre lederen av private organisasjoner mener at ansvaret for anskaffelse øker på grunn av konkurranse mellom flere private aktører om det samme anbud med offentlige helseforetak.

«Så har vi kapasitet, så vi har en avtale, så vil vi ha en viss grad av forutsigbarhet, vi vil jo vite omtrent når kommer noen pasienter og har anslag på hvor mange som kommer, så lang det er mulig. Den avtalen vi har der, og vi hadde jo tidligere, nå har jo en konkurrent fått en større del av det, de har de kliniske pasientene og de har også MR for RHF og alt går på anbud konkurranse i dag, så den biten vi har er vel liten da kan du si». (Leder privat helseorganisasjon 2)

Lederen i private helseorganisasjonen er også ansvarlig for organisering og styring av sin helseorganisasjon, og samarbeidspartner til offentlig sykehus. Dette innebærer mange forskjellige hensyn og mål, og selv om avtaler med helseforetak er bare en del av det totale volumet av deres tilbud, innrømmer ledere i de private helseorganisasjoner at det er mye som skal ordnes:

«Ja, det er jeg som administrerende direktør som har den kontakten, jeg føler at jeg følger opp avtalene godt, om hvordan vi ligger an i produksjon og sørge for at det jeg som passer på når vi skal ta kontakt med HF og når vi ikke skal ha kontakt. Klart vi nærmer oss kvote så må vi ta kontakt, Produserer vi lite så må vi ta kontakt, ja, så jeg føler at jeg har den overordnede kontakten som administrerende direktør» (Leder privat sykehus 2).

Ledere i private skal være på tilbudssiden hvis det trengs:

«... I volumet produserer vi likt fra måned til måned, det er vel viktig at vi holder oss til det som vi har avtalt, så det er en sånt rapporteringsmøte på det, så er det en del uformelle kontakt oss imellom, fordi kanskje man kan avtale på ett område på x antall millioner, så har vi muligheten til å utløse en opsjon, altså få større volum» (leder privat sykehus³ 1).

Det åpne ligner i samarbeidet mellom offentlige og private ledere i dette feltet ser ut til å fungere. De kommuniser og løser den oppgaven som er avtalen bygger på. På spørsmålet på hvordan aktører vil beskrive samarbeidet svarer alle positivt:

- «Det fungerer veldig godt». Leder privat sykehus 2.
- «: Jeg synes dette fungerer veldig bra, men det er klart at det beste hadde vært om det offentlige kunne ta alt». Brystkreft pasientkoordinator, offentlig sykehus.
- «Når avtalen er laget så vet vi jo hvilke inngrep vi skal gjøre, vi vet hvor mange inngrep vi skal gjøre, vi har avtalt pris, sånn at der ligger egentlig alt til rette for at det skal rulle og går». Leder privat sykehus 1
- «Man har en avtale som egentlig beskriver veldig mye av hvordan ting skal være, så mye er gjort der egentlig, [...] det er veldig bra samarbeidet, jeg synes det er fleksible, lydhøre, de vil det har skal fungere.» Leder, offentlig sykehus

Avtalene er utgangspunktet på alt samarbeid. Uten disse er på plass er det ikke noe grunnlag for samarbeid. Målene er spesifikke og avklart i ytelsesavtaler.

Oppsummert har ledere i offentlige og private helseorganisasjoner i samarbeidet ansvaret for kvaliteten og at kravspesifikasjon ble fulgt. De skal også handtere alle force majeure og uforutsigbarheter. Ledere på begge sider må ha et team med dyktige medarbeidere og verktøy for oppgaven for å handtere samarbeidet fordi dette er ressurskrevende. Ledere i offentlige var opptatte av tiden, og jobber for pasientene vel og ve. Private ledere snakker et «markedsspråk» når de snakker om sitt ansvar, de er mer opptatte av volumet, kapasitet, deres bidrag som kan hjelpe offentlige sykehusene med å gjøre oppgaven.

³ Helseorganisasjon tilsvarer et sykehus. Ordene brukes om hverandre i denne oppgaven.

4.1.3. utfordringer med avtalene, kortsiktige og begrensede

Avtalene er svært viktige og har en kort varighet. Helseforetak i offentlig som er oppdragsgiver mener at varigheten bidrar til å holde *konkurranse i live*. De begrenser dermed samarbeid til en liten brøkdel av helsetjenester muligheter. De private aktører var opptatte av å beskrive avtalene fordi dette er grunnlaget til samarbeidet. Behovet for konkurranse har et økonomisk gevinst for offentlige aktørene. Men for de private åpner avtalene for mer samarbeid:

«det fins en mulighet for mer opsjon i mange avtaler, du kan få en mulig opsjon inntil 50% vil ofte regulert, Så er det jo RHF som avgrensar kvote» (Leder private helseorganisasjon 1).

På dokumentet står det også at avtalene kan kortes ned opp til på de gjeldende avtaler står det % hvis det ikke foreligger noe behov. De gjeldende avtalene varer ut dette året:

«Med inngåelse av rammeavtalen vil oppdragsgiver **forplikte seg til å inngå ytelsesavtaler** for kjøp av tjenester knyttet til Del 1 til og med 31.12.2018. Tjenestene leveres etter rekvisisjon fra helsepersonell som av det offentlige er godkjent som rekvirent». S.6. Det vil si at det sykehusledelsen som bestilte anbudet.

Selv om det finnes en mulighet for å forlenge avtaler, med noen måneder mener de private ledere at det er begrensende for samarbeid. Det virker som anbudskonkurranse er krevende for de private, og at ledere på de private helseorganisasjoner av den grunn mener at avtaler er for ensidige og fokuser for mye på kostnader:

Avtaler «kan nok påvirke samarbeidet i det de offentlige sykehusene skal kjøpe av oss via direkte anskaffelser, og at de kanskje synes at det er dyrt. men jeg tror ikke det offentlige har noe regnestykke på hva koster å gjøre en brokk operasjon for eksempel, hva koster det å gjøre en blindtarm operasjon osv. Det er klart at hvis man ikke har regnet på det i det offentlige, så er det fort gjort å tenke at det man kjøper blir dyrt uansett.» (Leder, privat helseorganisasjon 1)

Den andre private lederen har en lignende opplevelse:

«Så det er klart, vi må jo tjene penger på ting vi gjør og vi tjener jo ikke penger på alt vi gjør, vi heller, men vi er nødt til å ha litt igjen på bunn linja og det er klart at når det gjelder denne avtalen så går det det like mye på å opprettholde kompetanse

og å være en aktør på dette området, for dette er jo små avtaler». Leder privat sykehus.

Det fremgår at ledelsene i offentlige sykehus ser på betydning av avtaler på en måte, som en nødvendighet. Behovet for å rekvirere anbud fra de private aktører på dette område handler om en ting:

«Ja, det er etter behov, men det er litt forskjellig, det er ikke nødt for å være 1 år av gangen, men det er ett år av gangen. Det er jo at vi ikke klarer å gjøre alle undersøkelser, og det er omtrent det eneste. Rett og slett å unngå køer» (leder, offentlig sykehus).

Dessuten begrenser avtaler muligheten for de private aktører til å gi et helhetlig tilbud til pasientene, fordi de må forholde seg til bestillinger. Ledere i de private sier at de er avhengige av avtaler fra det offentlige for å overleve. Dette trues av konkurranse dem imellom:

«Selv om det offentlige ser noen ganger på det som en unødvendig onde, men akkurat nå i disse dage så er det [offentlige sykehus] jo målt mye mer, men for oss er det en fordel, så lenge vi skal drive det med dette innenfor dette område, så er vi avhengig av å ha pasienter nok for å opprettholde kompetanse». Leder privat sykehus som forteller videre om avtalen har mye fokus på kostnadsprisen fra det offentlige sin side.

I møte med denne holdning rundt kostnader har andre private andre strategier, å tilpasse seg markedet og møte utfordringen.

«Dette er jo anbud, da er kvaliteten er gitt i anbuds dokumentene på hva den skal være, så den er jo kjent for oss også, da må vi se på hvor kan vi legge oss prismessig for å levere den kvaliteten». (Leder privat sykehus 2)

Ettersom offentlige styrer anbudsrunder, blir det nødvendig å tenke på samarbeidet som en hjelp til de offentlige. En leder sier resignert:

«Jeg tenker vi i de private vi tar inn de inngrepene vi får, sånn at hva vi har, styres at hva de regionale helseforakerne RHF leier ut» (Leder privat sykehus 1).

Andre utfordringer ligger i selve det praktiske ved samarbeidet. Private sykehus siler de mottatte henvisninger for å være sikre at pasienter passer inn i kravspesifikasjon. En

situasjon som fører til at pasienten som ikke passer inn må tilbake til offentlig sykehus. Dette kan oppleves som en kasteball for pasientene og skal begrenses. Et inngrep som skal utføre uten liggedag må pasienten hjem uansett tilstand forklarte lederen på en privat sykehus, løsning ble at hjemkommune må overta ansvaret for denne. Det er ikke rom for unntak.

Konfliktløsning ser ut til å være noe organisasjonene har kontroll over. Ledere på private og offentlige helseorganisasjoner ser ut til å ha et relasjonelt forhold til hverandre på grunn av den tette kontakten gjennom en del år med anbud og samarbeid. De private er etterhvert blitt viktige aktører. Ledere med teamene har derfor møt hverandre en del ganger. Dette har skapt en type trygghet på hverandre i forhold til kvalitet. Utfordringen ligger på det økonomiske nivåer. Eiere av offentlige sykehusene ønsker billige rammebetingelser i avtalene. Utover dette ser det ut som om ledere stoler på hverandre:

«Jeg har jo kontakt jevnlig, hun X [fra det offentlige sykehuset], hun kjenner jeg godt, så vi har jo kontakt, og jeg tar kontakt med henne hvis noe ikke fungerer, og vise versa» leder privat sykehus.

Oppsummert visste det seg at rammer/avtaler er avgjørende for at samarbeidet skal finne sted. Ut ifra krav spesifisering er det klart at ledelsen skal ha kontroll på avtalene. Hver leder jobber iherdig for at avtalen skal fungerer slik spesifisert. Men det er sykehusene som er ansvarlige for pasientene. Uten avtale ikke noe samarbeid. Avtaler er også styrt av økonomi. De private aktørene får betalt for de oppgavene de utfører. Men problemet ligger i fordelingen- og utnyttelse av kapasiteten. Mens de private vil øke denne kapasiteten, ønsker de offentlige å begrense bruken på grunn av økonomi.

I det følgende vil jeg presentere hvordan lederne erfarte det praktiske samarbeidet med vekt på faktorer som kan ha betydning på organisasjonsnivå, kommunikasjon, forventninger og organisasjonskultur.

4.2. Det praktiske Samarbeidet

Det praktiske samarbeid inneholder flere elementer, jeg presenter de viktigste på organisasjonsnivå.

4.2.1. Kommunikasjonsflyt mellom organisasjoner

Lederen spiller en aktiv rolle i samarbeidet på overordnede nivå og representerer organisasjoner når det lages avtaler. Ledelsen må ha kontinuerlig kommunikasjon med sin samarbeidspartner, enten om jobben som utføres via sikre IKT kanaler, eller planlegging:

«Jeg har jo kommunikasjon med leder på mitt nivå på [offentlig] sykehus, jeg er jo institutt sjef her da, jeg har jo da kontakt med mest vanlig med enhetsleder, jeg har jo kontakt jevnlig med vedkommende som kjenner jeg godt». (Leder privat helseorganisasjon 2)

En leder i et offentlig sykehus omtaler kontakten som fruktbar og svært nyttig, men også veldig tett og personlig:

«Det at vi har kommunikasjon, vi snakker med hverandre, de ringer, de melder, de er veldig ryddige i forhold til det de gjør, det ser vi når vi ser på bildene, på møtene og sånn at de gjør en god utredning, og de er raske, vi stoler veldig på det de gjør. Jeg kan jo ikke vurdere noe bilde kvalitet, men røntgenlege er veldig fornøyd med bildene, røntgenlege er veldig fornøyd med den jobben de gjør, for oss». Brystkreft koordinator, offentlig sykehus

Det er direkte kommunikasjon mellom organisasjonene. De har også etablert ett felles IKT løsning der man sender informasjon kryptert til hverandre, for å ta vare på personvern. Dette kalles helsemail. De bruker også epost der det ikke er opplysninger om pasienter. Telefonen på leder nivå brukes når det er uforutsette ting som skjer. Noen private har også Øyeblikkelig hjelp i sine avtaler. Det er også fortløpende kommunikasjon hvis det oppstår problemer på driftssider som organisasjonen ikke klarer å løse med en gang.

Leder helseorganisasjon sa dette:

«Vi har gode kontakter med helse foretak, så hvis du møter en som heter B., kan du hilse» (Leder privat 1).

Og da jeg snakket med offentlig sykehus lurte de ofte på hvem av de private jeg skulle intervju og kunne bekrefte at de var virkelig aktuelle informanter som kan kaste lys på min problemstilling.

Det er planlagte møter minst to ganger i året. Denne kommunikasjon mellom toppledere i organisasjoner gjør at organisasjoner har ett ansikt å forholde seg til, som gjør det lettere å ta opp utfordringer underveis, i tillegg sikrer dette tidsbrudd. Til sammen sikrer en god kvalitet på kontakten, samt at ledere er orientert om mulige trusler. Samtlige informanter i dette studiet mener at kommunikasjon i samarbeidet fungerte veldig bra og bidrar til et vellykket samarbeid.

4.2.2. Forskjellige forventninger og kultur

En gjennomgang av intervjumaterialet viser at de private ofte bruke markedsbegrep om pasientene, ordene som «kapasitet, volum, pris, produsere» er mye brukt når det tales om forhold rundt samarbeidet. På spørsmål om kvalitet på samarbeidet kan man se på dette på en tydelig måte:

«Forut at det er litt uforutsigbart i forhold til hvor mange pasienter vi får, den er god, det er god dialog på alle nivåer der» (leder av privat sykehus).

En annen leder i det private tenker mer på hvordan organisasjons hans jobber:

«Jeg tror at begge partnere opplever at når de sender pasienten til oss så er det kvalitet på tjenester, omdømme, og hvilke leger vi har» (Leder privat sykehus)

De offentlige ledere svarer det samme spørsmål med andre ord:

«Det er veldig bra samarbeid, jeg synes de[private] er fleksible, lydhøre, de vil det har skal fungere» (leder offentlig sykehus).

Eller at man beskriver samarbeidet i forhold til samarbeidspartner:

«Det er jo det at vi har kommunikasjon, [...] De er veldig ryddige i forhold til det de gjør, de har det, det sees når vi ser på bildene på møtene og sånn at de gjør en god utredning, og de er raske, vi stoler veldig på det de gjør. Jeg kan jo ikke vurdere noe bildekvalitet, men røntgenlege er veldig fornøyd med bildene, fornøyd med den jobben de gjør for oss» (Brystkreft koordinator, offentlig sykehus).

Informanter snakker alle om samarbeid. Formen for samarbeidet kommer ikke tydelig fram. I denne studie kunne man se at samarbeid er kontakten man har om en oppgave ifølge ledere i offentlige sykehus.

«Den store fordel er at pasienten får tar sine undersøkelser som de skal ha, selv om vi ikke har kapasitet, så blir det ikke lange køer. [...] det er fordel for oss at pasienten får ta sin undersøkelse», (Leder offentlig sykehus).

Ledere i de private helseorganisasjonene ser på samarbeid som en del av sitt bedriftsgrunnlag, en inntektskilde i tillegg til at de ønsker å være viktige aktører i feltet.

«Vi er avhengig av samarbeidet [...] og når det gjelder denne avtalen så går det like mye på å opprettholde kompetanse og å være en aktør på dette området» (Leder privat 2)

«Men så har jeg lyst å si at vi bruker aldri begreper konkurrenter, vi ser jo på RHF som samarbeidspartnere» (leder privat 1).

Samarbeid nevnes som muligheten til å kunne be om hjelp innenfor en avtale. Innenfor en avtale er det også et spørsmål om bruk av kapasiteten. Dette er en oppgave som ledere i offentlige sykehus styrer.

På grunn av kostnaden ser derfor de offentlige på samarbeid med de private aktørene som en type hjelp mot betaling. Lederen bruker avtalen utover det som er avtalt kun hvis det er fare for køer. Utvidelsen utover dette er ikke på agenda på nærværende tidspunkt.

Kontakten handler om å se og

«høre om ting fungerer som de skal, så er det noe om antall å gjøre, det vi skal bruke», legge inn bestillinger og sender ut undersøkelser ifølge en leder i offentlig sektor.

Slik det har foregått siden sykehus reformen, er det til en hver tid avtale mellom helseforetak og private helseorganisasjoner. Flere av de små aktørene har måtte stenge da avtalene deres ikke ble fornyet forteller en leder av privat sykehus som tror på en utvikling mot mer samarbeid. Det samme lederen formulerte flere forventninger i forhold til fremtidige avtaler, om forutsigbarhet over tid:

«Når vi har en avtale, så vil vi ha en viss grad av forutsigbarhet, vi vil jo vite omtrent når kommer noen pasienter og har anslag på hvor mange som kommer, så lang det er mulig» (Leder privat helseforetak 2)

Brystkreft koordinator forventer at det offentlige en gang i fremtiden skal klare seg uten hjelp fra de private aktører. Lederen på offentlig sykehus ser at kontroll over køer vil gjøre slutt på samarbeid ved å omorganisere hele brystkreftforløpet:

«Nå har de [offentlig brystkreftsentre] fått lov til å samles ett sted, nettopp for å kunne ta av seg flere pasienter innenfor det offentlig og å spare penger» (brystkreft koordinator offentlig sykehus).

Private aktører oppfatter samarbeidet som krevende fordi de hele tiden må skaffe nye avtaler med de forskjellige regionale helseforetak som arbeider forskjellig. Offentlig sykehusene representerer en partner som verdsetter deres kompetanse. På denne måte kan man se på vunnet tilbud som en erkjennelse på denne kompetanse. Private legger ikke skjul på at de ønsker å bidra, for eksempel i utdanningssystemene eller at man skaper en felles arena for faglig vekst.

Ledere i offentlig sektoren rapporterer at de har påvirket arbeidskulturen til de private samarbeidspartnere via kravspesifikasjonene, ved at de har kommet med innspill om hvordan ting skal gjøres, og krevd at det gjøres på den måten. Offentlige helseforetak er heller ikke åpne på andre måter enn det som står i forskriften om IKT standarder i helse og omsorgstjenesten.

«>Vi har jobbet for at de [private] skal ha samme standard som oss. [...] Kultur er jo mye, men [her]dreier det seg mest om **prosedyrer**, sånn gjør vi det, kulturen er jo hvordan vi gjør det, hvordan vi snakker med hverandre» (Leder offentlig sykehus).

Det sikrer kvaliteten på tjenester på begge sider fordi det er samme kultur i gjennomføring av undersøkelser. Noe som er trygg for pasienter.

I tillegg til dette er det klart at

«Man kjemper for å beholde det meste innenfor det offentlige ja. Det er sterk kultur på det ja» (Brystkreft koordinator offentlig sykehus).

For de private handler kulturen mer om holdninger på hvordan man jobber. Man har en kultur i tråd med markedsøkonomi idealer om effektivitet, noe som får ønsket effekt på hvordan man håndterer volumet og får ned køene:

«Det er ikke så veldig viktig med titler i ett team, der vi jobber veldig godt, og gjør at vi er mest effektivt, om så må legen trille pasienten til sengeposten så gjør han det. Her er det fokus på team arbeid» (Leder privat sykehus 1).

4.2.3. Manglende synergi av ressurser

Det er ikke noe utnyttelse av hverandres ressurser utenom avtalene. Ordet kapasitet blir ofte nevnt begge sider. Et sykehus kan bestille mer fra en privat aktør kun hvis denne aktøren har en gjeldende avtale med helseforetak som er eier av sykehus. Hvis en maskin er ødelagt hos en privat aktør, så må ledelsen finne en annen løsning for undersøkelsene. Dessverre kan ikke en tekniker på offentlig sykehus komme og se på problemet selv om det samme utstyr. Det er offisielt ikke tillatt på noen måte å bevege seg mellom organisasjoner. Samarbeidspartnere er pliktet til å informere hverandre etter en visst tid i tilfeller hvor produksjonen stopper opp. Ingen av de faglige ansvarlige i organisasjonene har heller noe forum for faglig utveksling. Møtene skjer utenfor sine respektive organisasjoner, ofte i internasjonale konferanser eller på privat initiativ. Allikevel så vet man ofte hvem hverandre er. Organisasjoner verner om sine spesialister på feltet med aktivt personal politikk.

«Det er ikke mulig eller lov for være lege eller andre ansatte og ta private timer hos de private sykehus eller klinikker» (Leder på et offentlig sykehus).

På spørsmålet om deres ansatte kan jobbe i det offentlige svarer denne lederen på private sykehus på det negative «Nei, det tillatte vi ikke» (leder privat Sykehus).

I et slik atmosfære blir det umulig å ha synergi av ressurser for faglig utveksling. Kompetanse er godt fordelt og bevares innad i organisasjoner. Det kan godt forklares med at utstyret er høyteknologisk og kostbar og at det er mangel på spesialister. Private aktører kan heller ikke delta i de offentlige arenaer hvor det foregår diskuterer om utviklings på feltet, for eksempel anbefalt behandling.

«Vi er utelukket i forumet «samarbeidsutvalget», så får vi ikke være med i denne diskusjonen der behovene fastsettes» (ledere private sykehus)

Ledere i privat sektoren reagerer på varigheten til avtalene fordi dette vanskeliggjør langsiktig planlegging av drift for de private og fordi i avtalene står det at det offentlige helseforetak har første prioritet hos de private med avtaler. Inntektene de private aktører har via avtaler med det offentlige er stabile så lenge avtalen gjelder. Det rapporteres begge sider på at det er mer enn nok å gjøre på dette feltet.

De offentlige er mer avslappet i forhold til avtalen. Her opplever de offentlige helseforetak at de skal være hovedleverandør av tjenestene for denne pasientgruppen og at det

offentlige skal står for alt i tillegg til at «jeg tenker også at det offentlige har kvalitetssikkerhet» sier brystkreft koordinator på offentlig sykehus.

En leder i en privat sykehus mener at det handler om kostnader:

«Offentlig helseforetak har en holdning [...] de vil ha en billigst mulig pris, så frem kvaliteten er god nok, det er mitt personlig syn» (Leder privat helseforetak 2).

«Tidligere opplever jeg at det var noen som hadde en forestilling at det som ble gjort i det private var dømt til å gjøres om i den offentlige, men jeg tror på mange måter det er borte nå, [] Resursene brukes der de her. Etter avtalene. Det er blitt bedre, og man sparer på tid, fordi en ferdig utredet pasient hos oss går rett inni køen i det offentlige». (Leder privat sykehus).

Men tross for at de offentlige har forståelsen for at det ligger kompetanse hos de private, kulturen innad er at det offentlige burde ha hele ansvaret, det påvirker måten de ser på private på. Leder i det offentlige sykehus ser skeptisk på mer et alternativ med mer samarbeidet:

«Man må tenke seg på alternativ, alternativ er jo at man hadde gjort alt, selv, og ha muligheten til å gjøre selv, kontra fordelene med å fortsette å jobbe med private» leder offentlig sykehus» (Leder offentlig sykehus).

4.2.4. De jobber for oss Versus vi jobber sammen

Samtlige informanter mener at de samarbeider med hverandre, men forståelse av formen for dette samarbeidet varierer noe avhengig på hvor man befinner seg. De private aktører mener at «vi samarbeider med offentlig sykehus» ifølge begge ledere av de to store private aktører på feltet. Det ser ut til at de ulike organisasjoner vektlegger samarbeidet ut ifra oppgavens natur, det vil si at private ser på offentlig sykehus som en «partner» i å få ned de lange køene. Avtalene definerer på sin side klar at samarbeidet er en tjenesteleveranse hvor det offentlige er oppdragsgiver.

Private har egne sykehus og flere kunder, disse avtalene er bare en del av deres drift. Behovet for den type tjenester som inngår i utredning og behandling av brystkreft er ett faktum som nevnt tidligere. Private har en stor andel av dette markedet fordi de tilby

raskere behandlingsforløp enn de offentlige. De private aktører betrakter seg som likeverdige partnere av den grunnen:

«og Vi andre private med avtaler er også en del av det offentlige, ettersom vi leverer for det offentlige, det er det som er poeng der, kapasitet».

De offentlige sykehus ser på private som en «viktig hjelper». Ledere på offentlige sykehus tenker at de private er «de vi har avtaler med». At man er avhengig av hverandre er det ikke noen som sier det imot, tvert om, slik en pasientkoordinator formulert det:

«Jeg kan si at vi er helt avhengig av de private sykehusene, la oss si en av de private sier nei, at de ikke kan ta imot noe mer, eller at de ikke kan hjelpe oss, da vil du [pasient] med en kul i brystet måtte vente, ja for før [man etablerte disse samarbeidsavtaler] hadde vi to til tre måneder ventetid og det er jo helt sykt».

(Brystkreft koordinator på offentlig sykehus).

En annen leder i et offentlig sykehus sier at samarbeidet er balansert, men oppgaven skal utføres slik det offentlige ønsker det:

«Jeg føler at vi har prøvd å påvirke de [private] med at vi sier at vi vil ha det som så vi vil ha det, det er jo tross alt vi som har bedt om eller utlyst dette anbudet, ikke sant og vi vet det vi trenger» (Leder offentlig sykehus).

På spørsmål om fordeler og ulemper med det aktuelle samarbeid kommer det ikke overraskende ut at pasienter er fokusområde for offentlige sykehus. At disse slipper å vente er en prioritet. Men veien dit er kanskje ikke like enkelt. På offentlig sykehus oppleves det også administrativ støtte som en burde, merarbeid. Det skal organiseres, ordnes, ringes, følge opp, møtes, kontrolleres osv. ... og det er mer administrativt arbeid, litt mer byråkrati også.

4.3. Tid, ressurser og økonomi påvirker samarbeidet

Mange organisatoriske faktorer påvirker ventetid på et hvert sykehus: utstyr, fravær, sykdom, reiseveien og volumet. For offentlige sykehusene fastleger henviser, og innenfor et regionalt helseforetak er det fritt valg, og sykehuset kan ikke si nei. Sykehus ringer enten pasienten eller fastlegen for rokering hvis det er lange køer. Dette gjør at de sykehusene med lavest ventetid få inn flere pasienter enn andre, Dette vil skape mer trykk der som medfører at man igjen må benytte av seg de private aktørene.

«Vi er midt i sentrum og jeg synes at mange av disse henvisninger vi får tenker jeg de kan bare gå til lokalt sykehus, det er trykk her» (Brystkreftkoordinator offentlig sykehus).

Utgangspunktet har private aktører med avtaler har et visst antall/ volum å produsere, men de offentlige sykehusene er avhengige av å kunne utnytte ressursene til de private hvis det oppstår problemer. Derfor har alle avtalene en mulighet for forlengelse som overstiger 6 måneder som er oppsigelses tid. Dette kan til tider legge press på de private fordi offentlige sykehus har første prioritet på radiologiske tjenester. Det kan oppstå et etisk dilemma i forhold til henvisende pasienten og den betalende pasienten.

De private aktørene trenger gunstige rammer for et vellykket samarbeid:

«Vi har avhengig av de gode rammebetingelser for å holde tretten med utviklingen» sier leder av en privat helseorganisasjon med avtale med offentlige helseforetak om levering av radiologiske tjenester.

Når det gjelder tid har de private aktører ingen begrensinger på hva de tar inn. De reklamerer med rask utredning om man kan betale. De private radiologiske avdelinger har ofte hatt høyteknologisk utstyr.

Samarbeid på det faglige feltet er ikke bedre spesifisert i avtalene, og heller ikke praktiserer. De private er ekskludert på arenaer for diskusjon om håndtering av køer, kanskje man ønsker å beholde alt innenfor det offentlige. For pasienten spiller dette ingen rolle hvor utredningen finner sted. Utredning må skje ett sted fullt ut, enten i det private eller i det offentlige, som i praksis er svar på henvisningen fra fastlegen. Samarbeidende organisasjoner skal ha likt standard på utredning, noe som er spesifisert i rammeavtaler. Men brystkreft utredningsfeltet er sårbar fordi den er avhengig av mennesker og standard på utstyr. En leder forklarer dette slik:

«Standardisering også, det er ganske vanskelig, selv om i mammografi så er det noe små ting, i dette yrke er det legen, altså radiologen selv som står for beskrivelsen av enkelte sak, det er jo *deres egne evne og kompetanse*, hvis radiolog selv står for feil, og ikke fulgte rutinen, så må han eller hun stå personlig ansvarlig for det. Så det å ha standard på mennesker er ikke mulig, men rutiner og resten går (Leder privat sykehus).

Organisasjonene har ikke tenkt å systematisere det faglige samarbeidet. Det kan være flere faktorer som ligger bak det. Regionale helseforetakene er bestiller, og samarbeider samtidig, de spiller altså 2 roller. Et offentlig sykehus blir derfor en offentlig

konkurrent man ønsker å samarbeide med, men som man også diskuterer om pasienter med som samarbeidspartner. Det er en balansegang. Men ledere på offentlige sykehuset følger med det skjer hos de private, slik en leder på offentlig sykehus sa:

«Vi føler med, nå har de [private sykehus] skaffet seg en ny type PET CT apparat, så har de klart det og det, [] så følger på hva de driver med, hva de anskaffer seg, og hvilke typer undersøkelser de driver meg, vi vet jo hvem som jobber hvor, det er veldig lite miljøer innenfor mammografier og radiologer, så ja han der er her og han der er her, fordi det er en kamp om disse ressursene egentlig.» (Leder offentlig sykehus).

Ledere på private sykehus er ansvarlige for å forberede anbudsdokumenter slik at de oppnå konkrete avtaler, det vil si at de utkonkurrerer de andre konkurrentene. Det er fokus på pris og kvaliteten samt det faglige. Ledere er faglige ansvarlige for produksjon av tjenester. Når organisasjoner er valgt som samarbeidspartner, er ledere ansvarlige for å iverksette avtaler, for oppfølging, blant annet gjennom løpende kontakt. Ledere er ansvarlige for konfliktløsning, rapportering og andre lederoppgaver. Samarbeidsavtaler skaper oppgaver for ledere av private sykehus, men det har en struktur som gjør at dette ikke er problematisk. Grunnen til dette er at de ser på oppgavene fra det offentlige som en inntektskilde. Økonomien er noe ledere på begge sider må passe på. Enten ved å prøve å øke inntekten via anskaffelser eller pris, noe som gjøres av de private, En leder forklarer:

«Vi er veldig flinke til å styre etter den etterspørsel vi får, vi sier aldri nei til pasienter, vi har en fleksibilitet med våre leger som sier om at hvis det er behov for å jobbe mer så jobber de mer, er kapasiteten sprengt så leier vi inn en ny lege, sånn at vi er veldig flinke til å styre lik sånn fra uke til uke». Leder privat sykehus.

Eller slik de offentlige sykehusene gjør, ved å begrense tilbudet til den ene konkrete oppgave man trenger hjelp med, og å kontrollere volumet på bruk av de private aktører. En leder sier at det økonomiske er gjenstand til vurdering:

«for ... hva er alternativ her, jo vi kan sende ut litt mer [til de private], men jo, har vi penger til det?» (Leder offentlig sykehus).

Utover undersøkelser, og svar fra undersøkelser, er tiden ett viktig element fordi man vet fortsatt ikke når kreftceller begynner å spre seg. Både offentlige og private sykehus jobber kontinuerlig med å forbedre tiden som går fra mistanke til verifisering av

diagnose. Dessuten ønsker de fleste pasienter at behandlingen skal starte med en gang. Pasientene registrerer at private helseinstitusjoner er svært produktive. Ledelsen på private jobber ekstremt mye med logistikk får å effektivisere driften

«Våre operasjoner kommer i gang kl. 08.00 om morgnen og vi sørger for minst mulig skiftetid mellom operasjonene» sier en leder av et privat sykehus.

Dessuten er samarbeidskultur noe som praktiseres daglig.

«Det er vi gode på, det er det å spare tid, det kan av og til faktisk innebærer at legen triller pasienten til sengepost og sånn, slik at hos oss har ikke de [ansatte i en operasjonsstue] den profesjonskampen, man jobber mer som ett team for å få ting unna», (leder privat sykehus).

Uoffisielle tall viser at mennesker med kjøpekraft nøler ikke med å benytte av seg private helseinstitusjoner fordi disse har tilgjengelige ressurser. At en del sykdommer har fått behandlingsforløp er positiv, fordi dette gir en struktur på behandlingsforløpet når man er alvorlig syk.

Oppsummert mente ledere av private helseorganisasjoner at de har tilstrekkelig med ressurser, både menneskelige og materiell, til et fullverdig samarbeid. De sier også at de har vilje til å bidra mer. De er ønsket inn for å få ned tiden enda kortere, men det er offentlige helseforetak som begrenser hvor mye de skal bidra med til tjenesteproduksjon på grunn av kostandene. De private lederne mener derfor at det må tenkes nytt om modellen for samarbeid og at man må se på mulighetene. De offentlige organisasjoner, anser imidlertid behandling av sykdom som en kjerneoppgave til den offentlige helsesektoren. Dette kan derfor begrense muligheten til å tenke nytt om samarbeidet mellom det offentlige og private når det gjelder leveranse av helsetjenester.

4.4. Politisk innblanding

Samarbeidet befinner seg i skjæringspunktet mellom det å løse oppgaver av god kvalitet og å løse oppgaver på en effektiv måte. Det er gunstig for pasienter at det finnes ett slik samarbeid. Brystkreft forløp er avhengig av spisskompetanse fra radiologi. Et fag som er i utvikling og som har begrensede kapasitet. En leder formulerte hele utfordringen slik:

« Hvis det offentlige ikke klarer det, da ville ventetiden til pasienten blitt alt for langt, det går ikke an, vi er helt avhengige av de private, som det er i dag med det offentlige, dette har også noe med at BRYST eller hele røntgen systemet sliter, og i forhold til røntgen bilder og bryst er det sårbart, det er ikke så veldig mange røntgenleger på område i landet, det er ett sårbart system, og er helt avhengig av de private, slik jeg ser det, og du kan også si at når vi henviser til de private, så er det vi som setter tidsfrister, og de private blir fulgt i forhold til de når disse tidsfristene eller ikke». Brystkreft koordinator offentlig sykehus.

Det å kunne tilby behandling til pasienter behøver ikke å være så problematisk mener en informant, leder av et privat sykehus. Det handler om politisk vilje til å få gjennom ting. Og erkjennelse. Private leverandører av helsetjenester på spesialist nivå har alltid eksister, og nyter allerede et godt omdømme i befolkning. En leder av privat sykehus ser på dette slik:

«Jeg synes det er litt mye politisk styrt, jeg synes vi går inn en blind gate når vi diskuterer om de private skal bidra eller ikke bidra, jeg tenker at i framtiden, med de utfordringen vi har også inn for pleie og omsorg, sektoren og helsevesenet, så blir det viktig med innovasjonskraften, at vi har både private, og offentlige tilbud og får en del konkurranse, og få en del innovasjonskraft. Sånn at den politiske debatten om private ja eller nei synes jeg er helt tullete» (Leder privat sykehus1).

«Ja vi får henvisninger fra departementet, selvsagt, men fra media gjør jo vi det også, de ringer og spør, kanskje ikke så veldig mye i det siste, men før så har vi hatt køer, da lurte mange på hva som skjer» Leder på offentlig sykehus som forklarer at dette skjer også ved «pasientklager også, for vi vet jo at vi klarer ikke å oppdage alle kreftsvulster, for eksempel».

Brystkreft koordinator forklarer at politiske føringer gir grunnlaget til organisering av jobben slik den er i dag, at pasienten har en person å forholde seg:

«Jeg synes det er bra med politiske føringer, men når vi har store problemer med, på en måte å dekke disse føringene, og vår sjef melder ifra at nå er det altfor lang ventetid på operasjon, så skjer det ingenting, ikke sant, da kommer de med sånne løsninger som er jeg føler vi ikke kan godta eller at de ikke kommer med noe forslag i det hele tatt» (Brystkreft koordinator, Offentlig sykehus).

Noen ganger er det politiske prioriteringer som setter press på ledelsen av offentlige helseforetak. Staten er eieren av helseforetak:

«Politikken kan endre det meste ja, men det er ganske rolig nå, men før hvis det dukker opp en annen avis omslag så popper de opp, eller lange køer, men hver gang det er anbudskonkurranse så er det en del som har mye å mene, de vil viser seg, Høyre hadde jo meninger før de kom til makta» (Leder privat helseorganisasjon).

Disse holdningene speiles av hva forventes av politikere i et demokratisk samfunn.

Politikere ønsker å få til god kvalitet av tjenester med minst mulig bruk av ressurser. Noen politiske partier er åpne for privates bidrag, mens andre synes det ikke er en god løsning i et velferdssamfunn. Rapportering om milliard forbruk av skattebetalers penger for å kjøpe tjenester hos private aktører gjør saken politisk betent.

Fritt sykehus valg er en ideologisk og politisk tilnærming hvor pasientene kan velge behandlingssted ut ifra ventetid på de offentlige sykehusene. Pasientene kan imidlertid ikke krysse regiongrense. Noen går til private, andre forblir i det offentlige. De som velger private vet at de skal betale alt sammen selv. Til fordel finner de et system og en kultur hvor kjøpekraften avgjør hvor fort behandling blir igangsatt. «Time på dagen» reklamerer disse private aktører. Det offentlige tilbudets ønske om å matche det samme når det gjelder tid er utfordrende på mange områder. det

«Krever veldig mye av pasienten, om hva er et bra tilbud for dem, du skal vite ganske mye for å vite om du får en god behandling selv om man får en god utredning hos de private, de fleste sitter ikke med sånn kunnskap, de fleste sitte ikke med fagkunnskap om mammografi og diagnostikk» (Leder offentlig sykehus).

Ett eksempel er syv års prinsippet når det gjelder utstyr. Dette gir et press på investeringene hos de private aktørene. Mens private derfor ikke kan ha utstyr eldre enn syv år, er det det ikke en slik begrensning i det offentlige. Dette skaper en mulighet som de offentlige kan bruke som «brekkstang» for å fornye av utstyret ved sykehusene.

5. Drøfting

Samarbeid på organisasjonsnivå mellom private kommersielle og offentlige helseorganisasjoner innenfor brystkrefts forløp var casen i denne studie, fordi samarbeidet på dette feltet var knyttet opp til det brennende tema med tidspress og helsekøer. Dette fører til politisk innblanding bland annet. Oppgaven fulgte en eksplorativ design og problemstilling lød slik: *Hvilke utfordringer møter et samarbeid mellom offentlige og private kommersielle helseorganisasjoner innen brystkreftforløpet? Og hvilke roller spiller spesifikke determinanter for samarbeidet.*

Etter en analyse av dokumenter og flere intervjuer viser det seg at dette samarbeidet ikke er enkel å definere, men det finnes flere elementer: Avtalene har mål, struktur, ressurser, aktører har holdninger, kommunikasjon, og en aktiv ledelse. Hovedfunnet er imidlertid at synet på samarbeid og holdninger er forskjellig, noe som gir forskjellige forventninger.

5.1. Avtaler og synet på samarbeidet mellom de private og de offentlige.

Avtaler er dokumenter som konkretiser en relasjon mellom en eller flere parter. Samarbeidet mellom offentlige og private helseorganisasjoner er beskrevet i forpliktende avtaler og ligger på helseforetakene nettsider. For Hudson et al. (1999) trengs det et tydelig rammeverk for at et samarbeid skal lykkes. Avtaler gjør målet for samarbeid synlig, samt hvordan man skal samarbeide med fordeling og ansvar. Studien viser at samarbeidsavtaler fungerer som et instrument, konkret verktøy for samarbeidet, det er en slags referanse som tydeliggjør oppgavene. Disse dokumenter med fokus på uttrykk på viktigheten av rammebetingelser, legger premisser omtrent alt rundt samarbeidet. Jeg vil argumentere for at det er vanskelig å definere denne type samarbeid, men at det ligner mer på marked. Offentlige helseforetak er etablerte, store bedrifter. Det samme gjelder de private i dette studie. De inngår et samarbeid på bakgrunn av en konkret oppgave mot betaling. I marked har parter forskjellige fordeler med samarbeidet.

Askheim (2016) argumenterer for samproduksjon ved å gi den tre gevinster, hvorav den siste er økonomisk. Samfunnsutfordringene som den velferdsstaten møter i tidene fremover nødvendiggjør nytenkning og involvering av andre aktører enn de offentlige i produksjon av helsetjenester. Dette er ikke så enkel å gjennomføre på grunn av kostnader.

Samarbeid offentlige har med andre private aktører fra markedet møter noen utfordringer på grunn av forskjellige syn på kostnader. Det brukes mer av for skattebetalernes penger for å ha «hjelp» fra de private er retorikken i offentlige debatt blant annet når tallene for transaksjoner blir offentliggjort. De private aktører i denne studier argumenterer med at kostnaden er ikke så stor som man vil ha det til. De skal være i tråd med de faktiske kostnader på markedet. De private aktører gir inntrykk for å være stolt av å bidra i samfunnet og av «å være en viktig aktør». Offentlige aktører mener pengebruken skal forvalte på en riktig måte ved å prøve å beholde produksjon av tjenester «innenfor det offentlige». Troen på at dette er mer lønnsomt er ikke bevisst, jeg argumenterer for at det handler mer om et syn på måten det offentlige ønsker å løse «kø» problemet enn en reell sammenligning av kostnader. At offentlige ansatte har et nært forhold til sin organisasjon, «har stor tro på det offentlige», slik en leder i offentlig uttrykker det.

Partnerskap i helsesektoren handler om å finne felles interesse i den oppgaven som bringer partnere sammen ifølge Chung et al. (2012), men man må ha vilje til slik. Å ha en vilje til samarbeid har vist seg å være tvetydig. For det første når man ser på avtaler kommer ikke ordet vilje opp et eneste gang, i strategiplaner derimot har offentlige helseforetak ønsket å regne med de private sine ressurser, dog som en underleverandør. Dette viser en begrenset vilje til inkludering. Argumentet på at det er slik på grunn av kostnader og behov for konkurranse kan være interessant å se nærmere på. Brystkreft er avhengig av tidsrammen for overlevelse ifølge Richards et al. (1999). En vane på det offentlige sykehus er at spesialisters kompetanse vektlegges i saker om behandling og det ofte trengs tid for slik, i tillegg til at systemene er tunge og byråkratiske. De private aktører klarer å effektivisere oppgavene med ny teknologi og en helt annet kultur på hvordan man jobber. Det koster gjerne mer å ha behandling hos de private, men pasientgruppe er helt avhengig av fortere behandlinger som gir større overlevelses sjanser.

Jeg mener at avtaler innskrenker mulighet til å hjelpe utover, ikke bare på grunn av økonomi, men er det en maktdemonstrasjon. Staten ønsker å styre spesialisthelsetjenesten så langt det er mulig. Dette kommer til uttrykk ved en analyse av avtaler hvor tallet på «skal» eller «må» ord er høyt. Det er mange krav. Kravene kan også sees på som en måte å kontrollere tillit ifølge Hudson (1999). Hvis de private fullfører kravene fra det offentlige, opparbeider de seg på denne måte tilliten fra det offentlige. For å ha en slags mot makt har de private aktører en annen strategi: de siler pasienter som ikke passer til avtalene. Forstillinger om at de private er gjerrige, det vil si de plukker de enkleste inngrepene er

vanlige, forteller en leder på et privat sykehus. Men situasjonen er egentlig annerledes fordi «vi i de private vi tar inn de inngrepene vi får, sånn at hva vi har styres at hva de regionale helseforakerne RHF leier ut» sier en leder av et privat sykehus 2. Kravene i avtalen kan derfor sees på som et middel det offentlige har for å se at tilliten til private organisasjoner vil holde mål. Men det er ennå ingen virkelige partnerskap.

Det har en sammenheng mellom effektivitet, konkurranse, og pris. Avtaler handler om anbud, det er system som hører til marked, og prisen er viktig element i følge Greve (1995b). Gode avtaler booster omdømme. «Det er noe bra med konkurranse», sier en leder i det offentlige, fordi «man har noe å se hos de andre, hvordan de gjør det, kanskje vi burde også gjøre det annerledes», og at man driver hverandre litt fremover» ifølge samme lederen. Tanken på at det offentlige sykehuset er best til å ivareta pasienten er en gjenganger i det offentlig miljø i dette studie. Til tross for at det offentlige helseforetak møter noen vanskeligheter i form av helsekøer, mangel på spiss kompetanse, at de fleste kjenner hverandres faglige kompetanse, og har tillit til hverandres gjennomføringskraft, omdømme og rykte, forblir samarbeidet veldig spisst for å gjelde kun en liten del av brystkreft pasientforløp. Det er ikke entydig på hvorfor, det vises til litteraturen om determinanter på vellykket samarbeid på organisasjons nivå av San Martín-Rodríguez et al. (2005) om de mange faktorer som er i sving i slike tilfeller.

En måte å forstå dette behovet for kontroll fra det offentlige kan handle om den nordiske tradisjonen med det offentlige som tar av seg helse, Sejerstad (2005). Det verdsettes mer samarbeidet med frivillige og veldighetsorganisasjoner om pasientgrupper enn aktører som akter å tjene penger i transaksjonen slik det fremgår i statistikken av Emshaw (2017). Jeg ønsker å argumentere for at tallene om bruk av private aktører i helse og sosial viser at det er andre felt av helse som koster mest. Problemet med behovet for private aktører er derfor globalt innenfor helse sektoren.

Siden politikere er opptatte av pris, kunne det tenkes at fokus på en helhetlig tilnærming til produksjon av tjenesten kunne være en løsning slik det er forsøk andre steder Coyle et al. (2013). I stedet viser dette studiet at samarbeidet fragmenterer en helhetlig tankegang fordi pasienten komme ut at pakkeforløp i det offentlig for å få bestemte tjenester hos private aktører, eller blir sykdommen oppdaget hos de private må pasienten bli med det offentlige tilbudet hvis de ikke kan betale.

Helseforetak skal sørge for at pakkeforløp tidsfrister respekteres. Dette er hovedmålet med samarbeid mellom offentlige og private helseforetak. Dette målet ser ut til å være i mål,

men gjelder så lenge de offentlige har behov for kapasiteten til de private, i nødvendige tilfeller, og en fortløpende vurdering. Avtaler sikrer de private ett sikker inntektskilde og pasienten får sin utredning raskest mulig.

Ressursbruken blir påvirket av manglende integrasjon av tjenester. Hver organisasjon utfører hver for seg. Noe som fører til arbeidet i og rundt samarbeidet er omfattende. Det er mange menneskelige ressurser involverte i mottakelse av henvisninger, siling av disse, sending, oppfølging osv... Økonomien er også begrensende på samarbeid fordi den styrer avtaler økonomisk, sett fra de offentlige helseforetak. Økonomien er gjenstand til politisk oppmerksomhet, den begrenser bruk av privates kompetanse i sin helhet og gjør samarbeid rigid. På grunn av anbud blir det konkurranse imellom de private aktører, noe som har påvirket prisen. Offentlige helseforetak får derfor billigere tjenester og små private helseorganisasjoner forsvinner ut. De private aktørene mener politikken påvirker samarbeidet. «Offentlig helseforetak har en holdning [...] de vil ha en billigst mulig pris, så frem kvaliteten er god nok, det er mitt personlig syn» sier en leder på privat sykehus som også forklarer at hans organisasjon foretrekker det som tidligere het «penger følger pasienten» prinsippet, styrt av Helfo i stedet for dagens «avtalt pris» per behandling. En leder i privat helseorganisasjon mener at «Disse prisene har vært konkurrert i mange år og det er ikke noe gode priser i mange tilfeller».

Brystkreftpasienter befinner seg i en sårbar situasjon. Jeg mener det viktigste er å få raskt behandling for å forbedre sjansen for overlevelsen. Det å tilrettelegge for sosialisering for å skape en innovativ arena for faget slik ønsket av de private aktører er leder oppgave på de offentlige helseforetak. De har muligheten til å initiere et slik samarbeid, men kulturen i organisasjoner tillater det ikke. Det kan skape en samarbeidskultur, slik Hansen og Ramsdal (2014) mener er mulig, men partnere trenger en solid holdning til og vilje. De ressursene som er tilgjengelig kapasitetsmessig kan være utgangspunktet til organisering av samarbeidet på hvordan minske, eller rett og slett unngå køer i fremtiden. Etterspørselen er merkbar økende og kan forklares med nasjonale faktorer som pakkeforløp eller med en aldrende befolkning.

De private helseorganisasjoner kan konkurrere med det offentlige tilbud på lik linje når det gjelder kvalitet på dette feltet. Og avtalene gjelder kun for noen konkrete oppgaver, dermed fortsetter man å være konkurrenter på alle andre områder. I et slikt samarbeid er det svært viktig at man ikke blander roller. Selv om pasienter befinner seg hos en privat røntgen institutt er det offentlige rekvirerende sykehus som fortsatt sitter med ansvaret for denne pasienten. Med andre ord representerer samarbeidsavtalene hvordan ser samarbeidet

ut på papiret i lys av rammebetingelser og ansvarfordeling på system og organisasjonsnivå. I organisering av samarbeid er det viktig at premissene og målene er definerte fordi dette påvirker grad av involvering og måloppnåelse, Vabo og Vabø (2014). Private aktører kan derfor ikke blander seg i andre deler av behandlingen for denne pasienten, selv om de kunne hjelpe med sine ressurser og få mer betalt. Med grunnlag i dette vil private oppleve at målene for samarbeid er definert i anbudet som de konkurrerte om er det eneste de kan bidra med. De private aktørene må tenke om de vil innlede dette samarbeid før de prøver å få en avtale. Eller finner andre måter å få en større andel av pasienter til seg.

Funnene tyder videre på samarbeidet fungerer innenfor samarbeidsavtalene fordi disse er presise konkrete et spesifikt krav. Flere studier tidligere har også nevnt at tydeligere mål virker og bidrar til vellykket samarbeid slik formulert av Chung et al. (2012). En kan også hevde at disse samarbeidsavtalene er en betydelig begrensning i hva man kan foretar seg. Mennesker i denne pasientgruppe opplever ofte at komorbiditet ikke så uvanlig. Derfor virker denne måten å samarbeide som mennesker på utrednings samlebånd. På den ene siden lager offentlige parter anbud og ser på samarbeidet som et nødvendig «løft» for helseforetak som «vil jo ikke ha køer» slik denne leder på offentlig sykehus formulerer det. På den andre siden har de private aktører *ett kort på hånda* med sitt utstyr, kapasitet og kompetanse til å avhjelpe de offentlige helseorganisasjoner. Samarbeidet ser derfor ut til å være uunngåelig.

5.2. Ledelsens viktige rolle i dette samarbeidet

I følge Vanebo (2017) fungerer ledelsen som en slags veiviser. Selv om ledere i offentlige sektoren er med å implementere politikeres beslutninger, og det å tjene penger er ikke et mål, men bedre befolkningshelse, er det mulig at de kan være pådrivere av innovativ tankegang. Ledere hos de private aktører er mer proaktivt i forhold til hvilke behov organisasjon har for å nå målene som er stort sett «på en måte en slag sikkert inntekt, forutsigbar». Å få jobben gjort virker som en oppgave ledere begge sider er meget opptatte av. Men ikke nødvendigvis av de samme grunner som sagt tidligere. Funnene viser at det er tillit til selve jobben er upåklagelig, innenfor en avtaler «ligger egentlig alt til rette for at det skal rulle og går». Ledelsens håndtering av forhold utenfor som truer gjennomføring av oppgaven viser seg å ikke være det samme hos begge. I det offentlige vil slike forhold takles ved å **sende mer** til de private som i dette tilfelle fungerer som en slags buffer av ressurser for de offentlige sykehusene, litt avhengig av graden av hendelser og

økonomien. På ledelses nivå i det offentlige ser på helseoppgave som offentlig anliggende, i tråd med lover og departements, altså eieren, styringsrett, Vabo og Vabø (2014).

Andre utfordringer gir seg i uttrykk på hvordan aktører ser på samarbeidet. På den ene side har offentlige helseorganisasjoner lite fleksibilitet i organisering, og kultur i møte med de private. Ledelsen i offentlig sykehus styrer en stor organisasjon, og rapporterer til flere andre offentlige instanser. Til forskjell til fra ledelsen til privat sykehus som rapporterer til eiere, og står mer fritt til å organisere sin virksomhet, med lange åpningstider for å nevne ett eksempel. Organisasjoner er også strukturert på forskjellige måte. Men hvert enkelt helseforetak står fritt til å organisere helseoppgaven på sin måte. Ledere i offentlige helseorganisasjoner vil «løse helsekøer innenfra» av forskjellige grunner og gir ikke uttrykk for å trenge hjelp før det er allerede ett køproblem. Slik kan oppleves som unødvendig i kampen mot tiden for brystkreftpasienter. Det er grunn til å tenke at en grunn til dette ligger i kulturen som er utviklet at «de private jobber for oss». De private må selv ordne opp i alle typer force majeure de møter, dette ordner de ved å **leie inn** mer ressurs. Fordi de er i en konkurranse posisjon har ikke disse organisasjoner kultur med å spørre etter for eksempel teknisk hjelp hos hverandre, selv om de har omtrent samme utstyr.

Kommunikasjon er et viktig verktøy for samarbeidet ved forsinkelser i produksjon eller annet sykdom av nøkkelpersoner. Det handler for de offentlige om å vite **hvordan det står til med** produksjon av tjenester. Slik brystkreftkoordinator i det offentlig sykehus formulerte det «de gjør en god utredning, og de er raske, vi stoler veldig på det de gjør». Og for de private å forklare **hvordan de går fram med** produksjonen slik en leder på et privat sykehus sier «kvalitet på tjenester, omdømme, og hvilke leger» er merkevare på produkter vi leverer. Standardisering av felles kommunikasjonsplattform er vellykket ved hjelp av IKT, men det er fortsatt den enkelte spesialisten som sitter med ansvaret i forhold til hvordan man tolker bilde i utredningsfase. Ikt løsninger har også gjort det lettere for de private å følge ventetiden i det offentlige, slik at når de private aktører «ser at det er mye kø på ett område hvor vi har mye ekspertise, så kan vi sende en henvendelse og si at kanskje dere bør gjøre løses dette sånn og sånn» forteller en leder på en privat om en utvikling som ikke var mulig for noen få år siden.

Jeg kunne merke frustrasjoner hos de private ledere når det gjald kostnader på private tjenester. Med få aktører i bransjen kan presset på pris fra det offentlige mulig

tvinge interesseorganisasjoner for de private til å samkjøre prisene slik det har hendt i andre bransjer. Leder av private ønsker et anbud som fokuserer mest på best mulig kvalitet enn på pris fordi han mente det «det er nok helse eller sykdom til både private og offentlige aktører».

5.3. Holdninger til samarbeid

Det er ulike tanker om hva det faktiske samarbeidet er: partnerskap eller bare vanlig tjenesteleveranse. Denne studie viser også at kulturen i det offentlige tjeneste produksjon preges av visir tankegang på grunn av kostnaden på tjenester og tradisjon. Det betyr at skattebetalerne penger går til private eiere av private sykehus, for å sette det på spissen slik et gjennomgang av Statistisk sentralbyrå Emshaw (2017) viser, mener lederen av en privat sykehus at « mange i de offentlige sykehusene tenker nei, vi trenger ikke noe hjelp vi håndtere våre pasienter selv, vi trenger ikke hjelp fra det private». Denne holdning er årsaken til begrenset samarbeid mellom organisasjoner.

Kulturen på å beholde alt innenfor det offentlige er en direkte bremse på samarbeidet utover det økonomiske argumentet. Offentlige har derfor snevret samarbeidet med de private helseorganisasjoner til en type «de jobber for oss» tankegang, og man har ikke lykkes med å utvikles samarbeidet utenfor rammene slik private aktører med godt omdømme og god kvalitet på tjenester ønsker. Det kreves at samarbeidsavtaler indikerer klart hvilken modell for konkret samarbeid som bør være ledende, slik at det er mulig for partnere å komme til et kompromiss i organisering av arbeidet i slike tilfeller.

For private har ikke det samme ansvar for befolkning som det offentlige har, men behovet for spesialiserte helsetjenester er økende. Styring gjennom samarbeidsavtaler er ikke juridisk bindende, slik jeg kan se det. Dette får meg til å tro at det er relasjonelle kontrakter mellom organisasjoner som et viktig element og eller i kombinasjon med økonomi, i tidens løp har organisasjoner blitt godt kjent med hverandre og i samarbeid øyemed organisasjoner vet hva det andre står for og hva de selv får ut av et samarbeid. Hippe og Trygstad (2012) ser at økonomien til sykehusene påvirker mer enn samarbeid med det private aktører, for ledelsen har mange økonomiske utfordringer hele tiden.

De private aktører har fokus på hva de bidrar med, mens de offentlige har fokus på hvordan de bidrar med når man skal beskrive samarbeidet. Denne forskjellen i tilnærmingen gjør at hvis man skifte fokus mellom hva og hvordan, få man problemer med

en gang. Utfordringer ligger i at de private ønsker å bety mer enn «den gode hjelperen». En privat leder sier:

«så jeg tenker at en del av de RHF⁴ har en del å gå på og tenke litt nytt og tenke litt mer helhetlig pasientforløp, ikke bare det knær, den skulder, det bryste, den broken, osv. så at man klare å få til den helhetlige forløp, for vi ønsker å ta hele pasientforløpet, der vi har muligheten til det» (leder privat helseorganisasjon).

Det vil si at de private helseorganisasjoner har behov for å styrke sitt eksistensmål. Samarbeidet ville være en måte å få til et effektivt pasientforløp, sett fra kriterier på kvalitet og tidsbruk i helsekøen. Deretter vil det sosiale og forretningsmessige nettverket som skapes gjennom avtaler sådan spiller en sentral rolle i relasjonens overlevelse. Begge parter har tillit til hverandres gjennomføringskraft av avtalen. Dette i sin tur skaper gjensidig respekt. Avtaler bygger på respekt av hverandres kompetanse.

I helse sektoren, og særlig i utredningen av brystkreft hvor teknologi spiller en stor rolle i fastsettelsen av diagnose har organisasjoner som samarbeider behov hele tilgjengelige kompetanse for å styrke faget. Chung et al. (2012) mente at viktig for samarbeid mellom organisasjoner er selvfølgelig at opplevelse av makt skal være så likt som mulig. Det er det offentlige som setter standarder, men en kan hevde at det er for å skape tillit og å kontrollere på kvaliteten av det som produseres, lederen på offentlig sykehus mener at «man har jo inngått en avtale, og man må jo være to partnere for å vedlikeholde avtalen og man er interessert i at samarbeidet skal gå bra, både for pasienten sin skyld og eget rykte». Slike forhold er også til fordel for de private aktører fordi de bidrar til å skape og opprettholde et godt omdømme og rykte som seriøst.

Inter organisatorisk fagutveksling kunne være til hjelp når oppgavene skal løses ifølge (Willumsen, 2009), men er ikke en del av dette. Alle er lojale til sin egen organisasjon. Det ser som om det handler om økonomiske betraktninger som spiller inn i holdninger på samarbeidet på organisasjons nivå. Det koster milliard beløp ha slike samarbeid. Utsiktene og predikasjoner viser at behovet vil ikke avta med tiden, tverr imot. Jeg vil derfor argumentere for at helse er bli et samfunnsoppdrag som angår alle og trenger bidrag av alle som kan og har kapasitet til slik Osborne (2010).

⁴ Regional helseforetak

5.4. Organisasjonens rolle i å skape mer samarbeid

Helseforetakere styres som private bedrifter med egne styre, men de har et samfunnsoppdrag. Derfor vil de alltid forholde seg til de målene som er fastsatt innenfor de rammene som er fastsatt. Økonomien spiller en viktig rolle fordi det er budsjett som ikke skal overtredes. Finansiering kommer nemlig fra overføringer, og betalinger via egen andel. Dette setter en begrensning på graden av samarbeidet med eventuelt de private hvis noe betraktes som kostbart.

I markedsandelen av pasienter vil ikke lenger de private sykehusene blir på sidelinja og vente på at helseforetakene skal legge ut noe på anbud som det går an å søke om. De har gjennom samarbeid med de offentlige opparbeidet seg et rykte, slik at de kan overleve uten disse samarbeidsavtalene. Hvis vi derimot tenker på pasienter, er det det grunn til å tro på at det valgmuligheten som private aktører representerer er avgrenset til mennesker med kjøpekraft. Det kan føles urettferdig for enkelte ubemidlede pasienter. Et integrert samarbeid med felles budsjett og mer felles synergi for utnyttelse av ressursene, både menneskelige ettersom faget krever særspesialitet, og materielle i form av utstyr ville minske forskjeller og blir et vellykket samarbeid for alle.

De som ble den gang utredet ett sted, opplever å måtte gå andre steder for hver kontroll. Dette skaper mer administrativ burde, til tross for elektroniske systemer som er på plass. Lederskap og finansiering kan bidra til å skape mer fyldig tjenestetilbud for brystkreftpasienter ved å ha brobyggende aktivitet på det faglige plan. Slik McDonald et al. (2011) ser på det «I teoriens verden, forskning på ulike former for samarbeid har to prinsippfokuser: på transaksjonen og gjensidig utveksling av rettigheter; og om forholdet og mekanismene der informasjonen strømmer og gjensidig tilpasning finner sted. Den mer utvekslingsorienterte analysen behandler typisk samarbeidet som en variant av foretakets eller kjøpsbeslutningen og analyserer nøkkelfunksjoner i transaksjonen: hvordan det forhandles og hvilken part som beholder hvilke kontrollrettigheter.³ Det betyr så mye om felles eiendeler blir samlet eller ulike ressurser handles, hvilket utviklingsstadium et prosjekt er på, og om noen form for eierskap er involvert» Dette betyr at helseforetakene har der en mulighet til å gjøre samarbeid ett læringsarena med muligheter for alle samarbeidspartnere.

Modellen som er i bruk begrenser noe dette samarbeidet ved mangel på reel synergi av ressurser på det faglige nivået utover bestillinger. Det er også ikke noe samlokalisering slik at pasienter må flyttes. Men samarbeidet har nådd sine mål med å få alle pasienter til

utredning før fristene utløper i større grad enn før. Retorikken er preget av ordene «avtaler» mer enn ordet «samarbeid».

De aktuelle private aktører i Norge er gjerne internasjonale selskap som har lang erfaring med typiske oppgaver. Det kan også være etablerte i andre nordiske land og forstår den kulturen som finnes her. Dette gjelder særlig i ledelses stil, og i personellpolitikken. Jeg mener dette er med å lete kommunikasjon mellom de private og offentlige sykehus, man har dermed ett felles språk, herunder rutiner og standard. Lo, Field og Committee on Conflict of Interest in Medical (2009) hadde sett på hvordan det å skape felles praksis kan by på problemer særlig der ekspertise er basert på ekspertens faglige kompetanse. Dette er ikke utelukket i utredning ab brystkreft hvor røntgens leger er ansvarlige for forståelse av bildene og forslag til behandling. Det er utfordrende for samarbeidet at organisasjoner bygget sitt samarbeid på ekspertise fra enkelte hver for seg.

Men klare ønsker fra de private er mange:

- Et langstrakt samarbeidsforhold skaper mer forutsigbarhet. Private aktører besitter med god kompetanse og oppdatert utstyr som kan bidra på å heve kvaliteten på tjenesten på et høyere nivået generelt. Private helseorganisasjoner har som krav om å investere i nyere teknologier enn det offentlige. De har også kjøpekraft til slik. Mens det raser debatter om hvor mye kreftbehandlinger og andre sykdommer skal få lov til å koste skattebetalere, er det her en reel mulighet til å utjevne tilgangen for alle. Det vil gjenstår oppgaven med å finne en form for slik samarbeid ut ifra kostnad perspektiv.
- Private helseorganisasjoner er ikke inkludert i nasjonale forskningsforum, heller ikke i «Samarbeidsutvalget» som er et forum hvor beslutninger tas i forhold til håndtering av behandlingsskøer med mer. Informanter i denne studie snakker om behov for mer inkludering utover samarbeidsavtaler ettersom disse avtalene representerer en liten del av deres totale kundemasse. Om man fortsatt tenker på et samfunn med likeverd, så vil det være behov for et videre samarbeid mellom de forskjellige aktører innenfor helsetjenesten, ideen hevder jeg samsvarer med bland annet Osbourne (2010), Vabø (2014) og samhandlingsreformen intensjoner.
- Inkludering i forskning og utdanningssystem på spesialistnivå ble også nevnt av private som veien å gå, noe som Willumsen (2009) påpekte for å få en reel kultur for samarbeidstenkning og effektivt tverrfaglig samarbeid. Det gjøres mange undersøkelser hos de private og disse helseorganisasjoner kan godt ta imot andre som er i utdanningssystemene. Dette vil kreve en politisk vilje styrke og mer samarbeid. Noe som kan berolige investorer og gjøre forholdene forutsigbare.

5.5. Samarbeidet ga mindre køer og et viktig mål for sykehus er nådd.

Ledere på både offentlige og private helseorganisasjoner svarer positivt på kvaliteten på det samarbeidet som foregår. Det handler om en konkret oppgave rundt pasienter. De offentlige aktørene har et ideal om å klare selv alt innenfor pasientforløp, men ingen tør si at det kan fungere uten å bidra fra de private aktørene. Men pasienter opplever mindre venting. Det kan tenkes at offentlige helseorganisasjoner setter pris på nærvær av de private helseorganisasjoner fordi dette gir deres pasienter en valgmulighet, I tråd med politiske føringer i samhandlings reformen, Vabo og Vabø (2014), (Hippe & Trygstad, 2012).

På en måte regner kapasitet hos de private som en del av helhetsspakke for tilgjengelig tilbud i regionen. De fleste private aktører har nesten ikke noe ventetid til undersøkelsen, samt lange åpningstider hvis man er villig til å betale prisen for undersøkelsen. Dette tilbudet gjør dem konkurransedyktige vis a vis de offentlige sykehusene. Helseforetaks «sørge for» tilbud krever at man skal ha rett til behandling. For de som ikke har rett for behandling er de private helseorganisasjon et alternativ. Det er ikke unaturlig at pasienten går selv fra det offentlige tilbud til det private når de selv kan betale. Andre ganger har private måtte steppe inn for det offentlige der spisskompetanse i det offentlige ble noe forkortet.

Samarbeid er en god gjerning i seg selv og bra for pasienter. Men det er viktig at dette gjøres på en systematisk måte, at viljen er tilstede. Det har kommet mange positive resultater med samarbeidet mellom offentlige og private helseorganisasjoner innenfor brystkreft forløp etter at dette ble innført. Dette samsvarer med studiene av Torchia et al. (2015), Coyle et al. (2013) som sier noe at innenfor brystkreftbehandling er partnerskap effektivt. Tidsfristen respekteres i større grad og det rapporteres mindre brudd. Private brukte høyteknologiske instrumenter, nyere enn sju år. Undersøkelser går raskere og kvaliteten av utredningen bedre på grunn av bedre bildekvalitet med nytt utstyr.

Innenfor avtalene skal alt ligge til rette for at det fungerer. Offentlige og private sykehus er ellers konkurrenter om samme pasientgruppe, men de klarer å løse oppgaven på en god måte med god kommunikasjon og håndtere utfordringer uten å skade ivaretagelse av pasienten. Når det oppstår ting som truer tidsfristene, klarer de private eller offentlige

sykehusene å finne gode løsninger. Begge sider av samarbeidsbordet rapporterer på at kommunikasjon, kvaliteten på tjenester og tilliten er vesentlige elementer som bidrar til vellykket samarbeid. Dette stemmer overens med studiene til Hudson 1999, Øvretveit , og gjennomgangen av San Martín-Rodríguez et al. (2005).

På grunn av disse avtalene opplever pasienter en slags mangel på kontinuitet når de stadig må forholde seg til de nye private aktørene, fordi deres avtaler med offentlige sykehus etter kort tid har gått ut, slik det skjedde med de små private helseorganisasjoner, mens pasientenes forhold med den offentlige helseorganisasjon vil vare i nærmere ti år etter påvist diagnose. Det er dessuten uheldig at helseorganisasjonene ikke er samlokaliserte, slik at pasienten slipper distanser mellom organisasjoner. Pasientene kan ikke regne med å få noe som helst for hjelp som ikke er spesifisert i avtalene når de er sendt til private helseorganisasjoner, med mindre det handler om en akutt livstruende situasjon.

Varighet av samarbeidsavtaler bidrar til å opprettholde konkurranse, men miljøet er lite et trenger spisskompetanse, det ville heller være mer hensynsfull å tenke mot en reel synergi av ressurser, slik at ikke private helseorganisasjoner bidrar bedre, og ikke plutselig får hasteoppdrag i slutten av en avtaleperiode. Private aktører har etablert et godt omdømme i befolkning i regionen, og kvalitet på deres tjenester er godkjent, derfor vil det være ønskelig om man etablerer et forum hvor både private og offentlige faglig sett utvikler hverandre gjennom samarbeid.

6. Konklusjon

Private og offentlige helseorganisasjoner er organisert på forskjellige måter og har forskjellige eksistensmål. For å få til vellykket samarbeid mellom disse aktører kreves det mange faktorer. Hovedtrekkene som mål for samarbeidet, hvorav definisjoner og modellen bør være innforståtte og avklarte, kommunikasjon og ledelsen blir viktige aktører: Forventninger er forskjellige, avtaler fungerer som presist verktøy, gjensidig tillit til oppgaven som utføres er limet i dette samarbeidet. Kulturelt mangfold i hver organisasjon har eget syn på samarbeidet, men ledelsen med sin handlekraft fører til vellykket samarbeid innad avtalene.

Ledelsen av organisasjoner har det overordnede ansvar for samarbeid, men det å komme fram til at formen av samarbeid som ett fellesmålsetning gjenstår. Samarbeidet bærer fortsatt mye mer preg av å «slukke brannen» som tidsfrister representerer, samtidig som man ønsker at brystkreftutredning skal gå raskt, og innenfor det offentlige.

De modellene for å løse problemer bør initieres ad de offentlige helseforetakene, men disse har ennå ikke sett på involvering av private på en permanent basis og foretrekker kortsiktige avtaler. Dette innebærer at private aktører investerer mer i de tingene som er penger innbringende. Andre løsninger er å ha integrerte tjenesteproduksjon med flere aktører, ett felles budsjett, ny teknologi, flere «øyer» som sikrer for bedre kvalitet: et integrert brystkreft pasientforløp.

Litteraturliste

- Andersen, J. A. & Abrahamsson, B. (2009). *Organisasjonsteori : fra argument og motargument til kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Askheim, O. P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kinderegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(01), 24-36.
- Barr, D. A. (2007). Ethics in public health research: A research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *American Journal of Public Health*, 97(1), 19-25.
- Bolman, L. G., Thorbjørnsen, K. M. & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse : strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinkmann, S. & Kvale, S. (2008). Ethics in qualitative psychological research. *The Sage handbook of qualitative research in psychology*, 24(2), 263-279.
- Chung, V. C. H., Ma, P. H. X., Lau Chun, H. & Griffiths, S. M. (2012). Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: Systematic Review of Qualitative Studies. *PLoS ONE*, 7(11), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0050022
- Coyle, Y. M., Miller, A. M. & Paulson, R. S. (2013). Model for the cost-efficient delivery of continuous quality cancer care: a hospital and private-practice collaboration. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 26(2), 95.
- Deutsch, M. & Coleman, P. T. (2000). *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Ellingsen, G. & Monteiro, E. (2006). Seamless Integration: Standardisation across Multiple Local Settings. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 15(5), 443-466. doi: 10.1007/s10606-006-9033-0
- Emshaw, G. (2017). Staten betaler 14 milliarder for private spesialisttjenester. *Samfunnspeilet*. Hentet <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/staten-betaler-14-milliarder-for-private-spesialisttjenester>
- Eriksen-Deinoff, M. & Melhus, J. M. (2013). *Sykt bra. Resepten på friske sykehus*: Melhus Communication.
- European patchway association. (2018). Care pathways. Hentet fra <http://e-p-a.org/care-pathways/>
- Fimreite, A. L. & Læg Reid, P. (2008). *Byråkrati og partnerskap hånd i hånd? Om samordningsutfordringer i NAV*.
- Georges, M. (2012). Katrine Fangen og Ann-Mari Sellerberg (red.): Mange ulike metoder. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(03), 278-280.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration. *Health care management review*, 26(1), 70.
- Greve, A. (1995a). Networks and entrepreneurship — an analysis of social relations, occupational background, and use of contacts during the establishment process. *Scandinavian Journal of Management*, 11(1), 1-24. doi: 10.1016/0956-5221(94)00026-E
- Greve, A. (1995b). *Organisasjonsteori : nyere perspektiver*. Oslo: Universitetsforl.
- Hansen, G. V. & Ramsdal, H. (2014). Kan man skape en samarbeidskultur? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01).
- Helge, R. (2004). Psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet - noen organisasjonsteoretiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(02), 5-17.

- Helse -og omsorgstjenesteloven. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Helsedirektoratet. (2017). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft. 2017: IS - 2634. Hentet <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-diagnostikk-behandling-og-oppfolging-av-pasienter-med-brystkreft> 18/4/2018
- Helsedirektoratet. (2018). Ledelse og kvalitetsforbedring, Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>
- Heløe, L. A. (2013). Nye signaler i helsepolitikken – treffer de blink? *Stat & styring*, 23(04), 40-43.
- Hippe, J. M. & Trygstad, S. C. (2012). Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus *Fafo rapport* FAFO.
- Hogg, R. A. & Varda, D. (2016). Insights Into Collaborative Networks Of Nonprofit, Private, And Public Organizations That Address Complex Health Issues. *Health Affairs*, 35(11), 2014-2019. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0725
- Hudson, B., Hardy, B. & Henwood, M. o. W., G. . (1999). In Pursuit of Inter-Agency Collaboration in the Public Sector. What is the Contribution of Theory and Research? *Public Management: An International Journal of Research and Theory.*, 2(1), 235-260.
- Huxham, C., Vangen, S., Huxham, C. & Eden, C. (2000a). The challenge of collaborative governance. *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358.
- Huxham, C., Vangen, S., Huxham, C. & Eden, C. (2000b). The Challenge of Collaborative Governance. *Public Management: An International Journal of Research and Theory*, 2(3), 337-358. doi: 10.1080/14719030000000021
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kjønstad, A. (2004). Rett til helsetjenester. *Jussens Venner*, 39(03-04), 217-272.
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I Pål Repstad (red.) (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker - Tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kothari, A. S., Beechey-Newman, N., D'Arrigo, C., Hanby, A. M., Ryder, K., Hamed, H. & Fentiman, I. S. (2002). Breast carcinoma in women age 25 years or less. *Cancer*, 94(3), 606. doi: 10.1002/cncr.10273
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode : ei innføring*. Bergen: Fagbokforl.
- Kvale, S., Anderssen, T. & Rygge, J. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lane, C. & Bachmann, R. (1998). *Trust within and between organizations: Conceptual issues and empirical applications*: Oxford University Press.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lo, B., Field, M. J. & Committee on Conflict of Interest in Medical, R. (2009). *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington, UNITED STATES: National Academies Press.

- McDonald, J., Powell Davies, G., Jayasuriya, R. & Fort Harris, M. (2011). Collaboration across private and public sector primary health care services: benefits, costs and policy implications. *Journal of Interprofessional Care*, 25(4), 258-264. doi: 10.3109/13561820.2011.566650
- Midttun, A., Dirdal, T. & Gautesen, K. (2005). Offentlig-private partnerskap som supplement til det offentlige velferdstilbudet.
- Ness, O. (2014). Samarbeid eller samhandling? Er det noen forskjell? *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*.
- Nilssen, V. L. (2012). *Analyse i kvalitative studier : den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Osborne, S. P. (2010). *The new public governance: Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*: Routledge.
- Pestoff, V. A., Brandsen, T. & Verschuere, B. (2012). *New public governance, the third sector, and co-production* (Vol. 7). New York: Routledge.
- Pritchard, P. & Hughes, J. (1995). *Shared Care. The Future Imperative?* London: Royal Society of Medicine Press.
- Repstad, P., (Red.). (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P. & Ramirez, A. J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*, 353(9159), 1119-1126.
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Rubino, L., Chassiakos, Y. R. & Freshman, B. (2010). *Collaboration across the disciplines in health care*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.
- San Martín-Rodríguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 132.
- Sando, M. K. & Andersen, T. K. (2007). *Budsjett som styringsverktøy : en casestudie av et offentlig, et privat ideelt og et privat kommersielt sykehus* (Master). Forfatterne, Bergen.
- Sangaletti, C., Schweitzer, M. C., Peduzzi, M., Zoboli, E. L. C. P. & Soares, C. B. (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), 2723-2788. doi: 10.11124/jbisrir-2016-003016
- Sejerstad, F. (2005). *Sosialdemokratiets tidsalder Norge og Sverige i det 20. århundre*. Oslo: Pax forlag.
- Sørensen, R. J. (2002). Er det nok å la ledere lede – eller må de presses? Bruk av eierskap, kontrakter og konkurranse i offentlig tjenesteyting. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 18(04), 380-397.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (2. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Torchia, M., Calabrò, A. & Morner, M. (2015). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236-261. doi: 10.1080/14719037.2013.792380
- Toscan, J., Mairs, K., Hinton, S. & Stolee, P. (2012). Integrated transitional care: patient, informal caregiver and health care provider perspectives on care transitions for older persons with hip fracture. *International Journal of Integrated Care*, 52(4), 749-787.

- Vabo, S. I. & Vabø, M. (2014). *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforl.
- Vanebo, J. O. & Vanebo, M. H. (2017). *Ledelse og ledelsespraksis i det offentlige : veikart til ledelseslisens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K. & Bergman, D. (2016). What do we think about them and what do they think about us? Social representations of interprofessional and interorganizational collaboration in the welfare sector. *Journal of Interprofessional Care*, 30(1), 50-55. doi: 10.3109/13561820.2015.1055716
- Willumsen, E. r. (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo.: Universitetsforlaget.
- Wisløff, N. F. & Omsorgsdepartementet, H.-o. (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste : innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005* (Vol. NOU 2005: 3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research : design and methods* (5th ed. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Zelman, W. N., McCue, M. J. & Glick, N. D. (2013). *Financial Management of Health Care Organizations : An Introduction to Fundamental Tools, Concepts and Applications (4)*. Somerset, US: Jossey-Bass.
- Øvretveit, J. (1997). Planning and Managing Interprofessional Working and Teams. I J. Øvretveit, P. Mathias & T. Thompson (Red.), *Interprofessional Working for Health and Social Care* (s. 34-52). London: Macmillan Education UK.
- Åhgren, B. (2012). Integration, not fragmentation. *Public Service Review. Health And Social Care*(31), 75-76.

Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt: en masteroppgave

”Case studie: Samarbeid på organisasjonsnivå mellom offentlige og private helseorganisasjoner i utredning av brystkreftpasienter”

Bakgrunn og formål

Å undersøke samarbeid privat offentlig innen kreftbehandling er av interesse i denne oppgaven. Bakgrunnen er at som følge av fritt behandlingsvalg samarbeider offentlige sykehus med private helseinstitusjoner for å unngå helsekøer og redusere antall fristbrudd. Kreftbehandling og brystkirurgi er ett av områdene helseforetakene har rammeavtaler med noen private helseforetakene. Determinanter for god samarbeid ligger til grunn for undersøkelsen. Et samarbeid som har blitt beskrevet som «unngåelige» (Osborne, 2010) og nødvendig (samhandlingsreform, 2012; Sykehus reformen 2002), for å klare å unngå køer i spesialisttjenesten. Forskjellene mellom privat og offentlig sektor innenfor spesialisthelsen i Norge kan påvirke samarbeidet. Å se på fenomen samarbeid på organisatorisk nivå er lite undersøkt, dette synes jeg er interessant.

I denne casestudien vil fokus være samarbeid mellom organisasjoner innen spesialisttjenesten, samarbeid mellom private helseinstitusjoner som har en form for avtale med regionale helseforetak.

Problemstilling

Målet med denne studien er derfor å undersøke

«Hvilke utfordringer møter ett inter organisatorisk samarbeid mellom offentlige og private helseorganisasjoner i utredning av brystkreftpasienter?»

Hvilke rolle spiller følgende faktorer for samarbeidet?

Ledelses rolle i samarbeidet

Oppgaver og mål som variabel som hemmer eller fremmer samarbeidet

Kommunikasjon mellom aktørene, flyt, begrensninger

Struktur som en variabel som fremmer eller hemmer

Tid og ressurser på begge aktørene

Samarbeidsforhold (tillit til mellom aktørene)

Hvordan spiller politiske føringer inn på alt dette?

Studien er en Masteroppgave ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse og velferd.

Deltagere

Ledelsen for kreftbehandling, daglig ansvarlig leder for samarbeidsavtaler mellom helseforetak, leder for kreftkoordinatorer på sykehus, både på private og offentlige sykehus vil kunne gi viktig informasjon om hvordan samarbeidet mellom private og offentlige aktører oppleves.

Metoder

Deltakelsen i denne studien innebærer gjennomføring av et intervju på ca. 0,5 times varighet. *Spørsmålene vil handle om beskrivelse av samarbeidet, samt faktorer som påvirker samarbeidet slik formulert i problemstillingen.* Videre vil det handle om hva som eventuelt fungerer eller ikke fungerer i samarbeidet mellom offentlige og private sykehus. Det vil bli tatt referat av intervjuet ved hjelp av lydopptaker.

Det er derfor ønskelig å fastsette dato for intervjuene så snart som mulig.

Personvern

Alt materiale vil lagres forsvarlig og slettes ved prosjektslutt. Det er undertegnede og prosjektleder som vil ha tilgang til data og opplysninger gjennom hele perioden. Datamaterialet vil bli lagret i egen pc med kode og passord fram til prosjektets slutt. Prosjektet i sin helhet skal etter planen avsluttes 31.05.2018. Ved prosjektets slutt vil opplysninger og opptak bli destruert.

Masteroppgaven vil behandle samtlige opplysninger om intervjupersoner anonymt. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner, institusjonene vil anonymiseres og referes til som privat sykehus og offentlig sykehus.

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 slettet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Hanna Marie Ihlebæk, Forsker og prosjektleder, 41560926 og/eller student Beatrice Nilsen på 99410574 epost: mekongoj@yahoo.fr

Studien er meldt og godkjent av til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg samtykker til å delta i intervjuet. Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta -----
Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2 Intervjuguide master oppgaven:

Problemstilling: Samarbeidet på organisasjonsnivå mellom offentlige og private helseorganisasjoner i utredning av brystkreftpasienter).

Fenomen samarbeid mellom private og offentlige er nøkkel ord, jeg er interessert i hvordan dette fungerer ut ifra rammene som finnes: pasientforløp, ledelse, diverse føringer, og forskjeller.

Sykehus samarbeider gjerne med flere aktører, men i denne oppgave er de private sykehusene som er av interesse, hvorfor, hvordan, hvem gjør hva og hvorfor, med andre ord, formen og grunnlaget for samarbeid, struktur av samarbeid, ressurser i samarbeidet, kommunikasjon i samarbeidet, oppgaver i samarbeidet, tillit i samarbeide, maktforhold i samarbeidet og politiske føringer som påvirker samarbeidet.

Tema	Spørsmål	Gjennomført
Ledelses rolle, formen for samarbeidet, Rammebetingelsers innflytelse, Felles mål?	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="616 882 1225 1043">1. Avtaleytelser legger grunnlag for samarbeid, hvorfor ble det samarbeid mellom nødvendig på nåværende tidspunkt?<li data-bbox="616 1093 1206 1173">2. Hvilke oppgaver har du som leder i samarbeidet med helseforetak?<li data-bbox="616 1223 1235 1384">3. Helseforetak kunngjøre avtaler hjemler som dere søker på, som leder, er du involvert når det lages samarbeidsavtalen?<li data-bbox="616 1433 1235 1594">4. Etter at avtalen er inngått, hvem leder og har hovedansvaret om samarbeid videre? Helt konkret praktisk saksgang.<li data-bbox="616 1644 1235 1765">5. Hvilke fordeler er det i den avtale dere har med helseforetak, nevnt noen områder?<li data-bbox="616 1859 1235 2020">6. Private helseorg. og offentlig sykehus er i praksis konkurrent, påvirker dette samarbeidet i spesialistavtalen? Private skal sørge for å «tilbakeføre	

	<p>pasienter til henviser når behov for utredning og behandling ikke lenger foreligger», §4-1 rammeavtaler, hvordan påvirker dette samarbeidet?</p> <p>7. Hva synes du om fritt sykehus valg nytt spørsmål etter første intervju?</p> <p>8. Hvilke rolle spiller økonomi og personal politikken hos dere i dette sørge - for oppgaven som er innbakt i rammeavtalen?</p>	
<p>Kommunikasjon, Struktur: tid og ressurser</p>	<p>9. Hvordan kommuniserer dere med hverandre? Ved akutte situasjoner?</p> <p>10. På hvilken måte blir samarbeidet påvirket av at de samme ressurser brukes både i private og offentlige organisasjoner?</p> <p>11. Hvor mange ledd er det i praktiske samarbeidet utover pasienten?</p> <p>12. Hvilke forhold ved dette samarbeidet er påvirket av RHF sine egne organisasjonskultur? Deres egen struktur påvirker også samarbeidet, på hvilken måte</p>	
<p>Tillit / evt. maktforhold</p>	<p>13. Hvilke faktorer påvirker gjensidig tillit til Helseforetak?</p> <p>14. Hvordan fordeler maktforholdene seg i samarbeidet i spesialistavtalene?</p> <p>15. På hvilken måten er spesialist avtale en fordel for et privat sykehus som dere?</p>	

Politiske føringer	Hvilke andre eksterne krefter påvirker samarbeid mellom dere - Akademien -Fagmiljø -politikk -internasjonalt (utviklingen?)	
	16. Er det noe du vil tilføye?	

Vedlegg 3 Godkjenning fra NSD



Hanna Marie Ilhebæk
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 26.04.2017

Vår ref: 53711 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.03.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

53711	<i>Samarbeid på organisasjonsnivå mellom offentlige og private helseorganisasjoner om rehabilitering av kreftpasienter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hanna Marie Ilhebæk</i>
<i>Student</i>	<i>Beatrice Josianne Mekongo Nilsen</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/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.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, 31.12.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17
Faks: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.no
www.nsd.no

Org.nr. 985 321 884

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Beatrice Josianne Mekongo Nilsen mekongoj@yahoo.fr

