

Samhandlingsreforma og dei økonomiske insentiva

Korleis påverkar økonomiske insentiv pasientflyten mellom sjukehuset og kommunen?

Norunn Stavø
Prosjektoppgåve, Helse og omsorg i plan
Høgskulen i Volda
Våren 2014

Innhold

1.0 Innleiing.....	3
1.2 Utdjuping av problemstillinga.....	4
2.0 Teori	6
2.1 New Public Management	6
2.2 New Public Government	8
2.3 Den biomedisinske modellen	9
2.4 Den sosialmedisinske modellen	10
2.5 Instrumentell og kommunikativ rasjonalitet.....	10
2.5.1 instrumentell planlegging	10
2.5.2 Kommunikativ planlegging	11
3.0 Metode.....	13
3.1 Validitet og reliabilitet.....	14
4.0 Erfaringar og resultat	15
4.1 Intervjua.....	15
4.1.1 Dei økonomiske insentiva	15
4.1.2 Samhandling.....	16
4.1.3 Tilbaketrekking av utskrivingsvarsel og reinnleggingar	16
4.1.4 Trygt og forsvarleg.....	18
4.2 Erfaringar frå Flora kommune.....	19
4.3 Utarbeiding av delavtala og den avsluttande dialogkonferansen	21
5.0 Analyse.....	23
5.1 Fører dei økonomiske insentiva til for kort liggetid på sjukehuset	23
5.2 Arbeider sjukehuset og kommunen etter ulike syn på helseomgrepet	28
5.3 Samhandlar sjukehuset og kommunen utifrå instrumentell eller kommunikativ rasjonalitet ..	31
6. 0 Oppsummering	34
7. 0 Refleksjon og drøfting over eiga læring og utvikling.....	35
Litteraturliste	37
Vedlegg	40
1. Intervjuguide	40
2. Nasjonale tal frå evaluering av utskrivingsklare pasientar	40
3. Spørjeskjema frå dialogkonferansen	43

1.0 Innleiing

Hausten 2011 forberedte både kommunane og helseføretaka seg på Samhandlingsreforma som skulle innførast frå 01.01.2012. Den nye Helse- og omsorgstenestelova (LOV2011-06-24nr.30) §11-4 gjev eit kommunalt finansieringsansvar for utskrivingsklare pasientar.

Kommunen skal betale kr. 4000,- for kvart ekstra liggedøgn i privat eller offentleg institusjon i spesialisthelsetenesta for å dekke utgifter for pasientar som ventar på eit kommunalt helse- og omsorgsteneste tilbod. Dette skal fungere som eit sterkt økonomisk insentiv for at kommunane skal ta raskare imot sine innbyggjarar som vil ha behov for kommunale tenester etter at dei kjem heim.

Kommunar og regionale helseføretak fekk ei lovpålagd plikt til å inngå dei samarbeidsavtalene som var nødvendige i høve reforma. Som dåverande pleie – og omsorgssjef var eg med i gruppa som arbeidde fram delavtala; "*Betre praksis for utskrivingsklare pasientar*". Avtala skulle gje pasientane ei samordna teneste utan skøytar, og det skulle alltid vere klart kven som var ansvarleg for tenesta pasienten hadde behov for. I gruppa var det representantar frå fem pilotkommunar i Sogn og Fjordane, frå Helse Førde, brukarorganisasjonar og representantar frå dei tilsette. Deltakarane som kom frå ulike nivå, hadde ulike ståstadar, og ulike forventningar til kva føringar avtala skulle legge. Det var utarbeidd ein statleg rettleiar til hjelp i arbeidet, men kva som skulle ligge til grunn for at ein pasient kunne erklærast utskrivingsklar måtte partane definere i lag. Det same gjaldt prosedyre ved varsling og utskriving av pasienten.

For å finne svar på problemstillinga brukar eg min heimkommune, Flora, som case kommune. Kommunen er ein mellomstor kystkommune, med om lag 12 000 innbyggjarar. Samarbeidsavtala¹ mellom Flora kommune og Sentralsjukehuset i Førde om utskrivingsklare pasientar er heimla i "*Helse- og omsorgstenestelova*" § 6-2, og "*Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten, og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter*" (HOD 18.11.11 .)

¹ Samarbeidsavtala har tittelen: "*Samarbeid om utskrivingsklare pasientar som vert vurdert å ha behov for kommunale tenester etter utskriving frå spesialisthelsetenesta – somatikk*"

Forskrifta sin §9, presiserer vilkåra for når ein pasient kan erklærast utskrivingsklar, og teksten i forskrifta er tatt ordrett inn i avtala.

«En pasient er utskrivingsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart

b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart

c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for

d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten

e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert»

1.2 Utdjuping av problemstillinga

Det er no to år sidan samhandlingsreforma vart satt i verk. Flora kommune har endå ikkje betalt for ekstra liggedøgn, men vi har opplevd at sjukehuset har sendt ut pasientar som vi meiner ikkje er ferdigbehandla.

I denne prosjektoppgåva ynskjer eg å finne svar på om dei økonomiske insentiva kan føre til for kort liggetid på sjukehuset, og om den hurtige utskrivinga kan ha samanheng med ulik tolking av kriteria som ligg til grunn for at pasienten skal kunne bli erklært som utskrivingsklar. Kan årsaka vere at sjukehuset og kommunen har ulike syn på helseomgrepet? Er det mulig at dei økonomiske insentiva legg så sterke føringar at det vert ein utrygg situasjon for pasienten?

Eg ynskjer også svar på om kommunen tek i mot alle pasientane som vert varsla utskrivingsklare utan å vere kritisk nok til om kommunen har tilstrekkeleg kompetanse, eller medisinsk teknisk utstyr, til å ivareta pasienten godt nok? Kommunen har tross alt fått overført midlar til å betale sjukehuset for dei døgn dei ikkje kan ta imot pasienten.

Helseføretaket og kommunane har i lag utarbeidd delavtala som beskriv ganske detaljert kriteria som skal ligge til grunn for at ein pasient skal kunne seiast å vere utskrivingsklar, men det kan virke som det i praksis vert gjort ulike vurderingar. Det er same

profesjonsgrupper som jobbar både i helseføretaka og i den kommunale helsetenesta, og vi har same delavtale som ligg til grunn for utskrivningane, så kvifor vert i tilfelle vurderingane ulike? Flora kommune var ein Robek² kommune i 2011, og til vi gikk ut av Robek hausten 2012. Vi hadde stram økonomi, og måtte spare der vi kunne. Kommunen fekk overført omlag 2,5 mill. som skulle gå til å betale for ekstra liggedøgn på sjukehuset. Dersom vi klarte å ta imot alle utskrivingsklare pasientar med behov for kommunale tenester, kunne desse pengane gå til å bygge opp drifta, eller betale ned underskot.

*I prosjektoppgåva har eg lagt til grunn forskningsspørsmålet; **Korleis tilpassar sjukehuset og kommunen seg dei økonomiske insentiva?***

² **ROBEK** - Register om betinga godkjenning og kontroll - er eit register over [kommunar](#) og [fylkeskommunar](#) som må ha godkjenning frå [Kommunal- og regionaldepartementet](#) for å kunne ta opp [lån](#) eller inngå langsiktige [leigeavtaler](#). Registeret er oppretta i medhald av [kommunelova](#)

2.0 Teori

Først vil eg sjå på New Public Management (NPM) som den nye styringslogikken og på New Public Government (NPG) som er ein vidareføring av denne, og eit svar på fragmenteringa som kom i kjølevatnet NPM. Korleis kan desse teoriane ha vore styrande for Samhandlingsreforma, og korleis legg dei føringar for handlingane som sjukehusa og kommunen møter kravet om ei kostnadseffektiv drift med?

Deretter vil eg belyse problemstillinga gjennom å bruke ulike teoriar på helse. Her finn eg at den biomedisinske modellen og den sosial medisinske modellen kan belyse problemstillinga, og at dei kan vere gode å bruke når eg skal drøfte om kommunen og sjukehuset jobbar utifrå ulike styringslogikkar når dei vurderer ein pasient som utskrivingsklar. Helseomgrepet er i stadig endring i takt med den teknologiske og den medisinske utviklinga, og sjølvstøtt spelar også sosiale og kulturelle faktorar inn.

I tillegg vil eg kort presentere instrumentell og kommunikativ rasjonalitet for å kunne sjå på samhandling mellom nivå i lys av desse teoriane.

2.1 New Public Management

Styringslogikken New Public Management (NPM) kom som ein kritikk mot utviklinga i offentleg sektor, der sektoren vart utfordra til å lære av det private næringslivet. Offentleg sektor var blitt for byråkratisk og regelstyrt, og prega av lav effektivitet, lite fleksibilitet og lav brukarmedverknad.

Før 1980 var det eit klart skilje mellom politikk og administrasjon. Politikarane gjorde vedtak, og administrasjonen sette vedtaka ut i livet. Politikaren vart sett på som kommandant og administrasjonen som tener (Ringholm, Teigen og Aarsæther, 2013).

Så frå 1980 talet kom NPM, der staten vart sett på som ein organisasjon med mykje til felles med private bedrifter. Modeller frå privat sektor vart overført til offentleg sektor. Dette førte til ei konsernorganisering der offentleg administrasjon vart meir regulatorar. Dei ulike offentlege institusjonane fekk ansvar for å nå måla som politikarane utforma. Politikarane bestiller, administrasjonen overvaker marknaden.

Lian (2007:124) ser ei tredeling av NPM logikken som forklarar styring og organisering av offentleg sektor. Den deskriptive delen beskriv trekk ved utviklinga i offentleg sektor, og

den analytiske gjev ei forklaring og ei analyse av utviklinga. Medan den preskriptive kan gje råd om vidare utvikling.

I det offentlege er det i følgje Public Choice teoretikarane mangelen på marknads disiplinerande kraft som lager dei største problema. Ein ser at mangelen på incentiv kan hindre at dei offentleg tilsette tek i bruk ny teknolog, noko som igjen er ei årsak til ineffektivitet. Det offentleg må innrette seg slik private bedrifter gjer, for å bli meir kostnadseffektive i drifta. Lian (2007:134) seier: ” *På individnivå bør offentleg ansatte stilles overfor strengere krav til innsats og resultater, og organisasjonen bør ha belønningssystemer som sikrer at den enkelte har økonomiske insentiver som samsvarer med det som er målsetjingane for organisasjonen.*”

I NPM er det resultatet som tel, med klare krav til måloppnåing. Ein ser ei oppsplitting og desentralisering med mindre og klarare ansvarlinjer. Det skal vere profesjonell leiing, konkurranseutsetting og effektivisering gjennom å gjere meir for mindre økonomi. Frå NPM kjem resultatorientert leiing der alle nivå i ein organisasjon skal jobbe mot klare resultatmål. Tilsette skal stillast til ansvar for dei resultata som vert levert noko som krev tett overvaking og rapportering. Teorien bygger på at mennesket treng sterke insentiv til eigennytte for å endre åtferd og jobbe effektivt. Derfor er straff og belønning viktig. Dette inneber ei tru på at mennesket berre innrettar seg og jobbar effektivt dersom det kan få økonomisk vinning eller tap for seg sjølv eller sin organisasjon. Gjennom å knytte økonomi til graden av måloppnåing vert incentiva styrka.

Heløe (2012:434) ser at NPM førte til ei endring i frå pasient til kunde. Valfrihet og pasientrettigheter vart i fokus, helseprofesjonane fekk mindre å sei, juristar, pasientar og administrasjonen fekk meir. Det som ein tidlegare såg som ei sterk paternalisme der fagprofesjonane og legane forvalta folk si helse vart endra etter som pasientrettighetslova og autonomiprinsippet vart i fokus. Men denne rettsleggjinga av helsepolitikken førte også til ei 3-4 dobling av den administrative ressursen i offentleg forvaltning.

Amdam ser at mål- og resultatstyringa i NPM fører til at kvar eining tilpassar seg styringslogikken og ikkje ser på effekten av handlingane:

I praksis ser denne resultatstyringa ut til å legge vekt på å måle produksjonen og produktiviteten, framfor konsekvensane og effektiviteten, noko som medfører at leiarar og organisasjonar i offentleg sektor blir meir opptekne av å produsere rett i høve økonomiske rammer, standardar, manualar og prosederer enn å produsere det riktige og samfunnsgagnlege. (Amdam 2012)

På same vis ser Veggeland (2012:70) at leiinga ved sjukehusa er for opptatt av innsatsstyrt finansiering (ISF) og å halde budsjetta til at dei klarer å halde eit heilskapeleg pasientfokus. DRG systemet fører til at ein har produksjon og lønnsemd i fokus, og pasienten vert ei brikke i eit økonomisk spel der kortast mogeleg liggetid er fokuset.

Christensen (2012) hevdar at politiske leiarar har mista innflytelse på bekostning av administrative leiarar. NPM har også ført til meir byråkrati, ikkje mindre som ein trudde. Det er blitt stadig fleire kontrollsystem og aktørar knytt til desse. NPM tanken var på topp i 1990 åra men er nå supplert og moderert av post-NPM-reformer i mange land, karakterisert av mindre vekt på effektivitetstenkning og meir vekt på styring og samordning

2.2 New Public Government

New Public Government (NPG) eller samstyring på norsk, er komme som ein reaksjon på fragmenteringa i kjølevatnet av NPM. Dette er å sjå på som eit supplement til NPM, og legg opp til forpliktande samarbeid mellom det offentlege, næringslivet og frivilligheit (Amdam, 2013:138). Ringholm, Teigen og Aarsæther (2013) ser at NPG nettverksstyring eller samstyring kom frå starten på 1990-talet. Denne forma voks fram pga. aukande kompleksitet og fragmentering. Ein organisasjon var avhengig av samarbeid for å vere effektiv. Derfor er det no meir samarbeid mellom offentlege verksemder, næringsliv (private bedrifter) og frivillige organisasjonar. Politikarane leier og fortolkar, administrasjonen utforskar. Dette er ein komplisert form for styring då det er mange aktørar.

Samhandlingsreforma i kommunane er også retta mot NPG, der fleire kommunar går i partnerskap og alliansar for å forhandle med helseføretaket om avtaler. I samhandlingsreforma kjem legitimiteten ovanfrå i form av nye lover og forskrifter. Og med krav om å utforme klare avtaler om ansvars- og oppgåvefordeling. Samarbeidet må vere basert på gjensidig avhengighet, diskursar og forhandlingar, og vere målretta og legitimitetssøkande. Partnerskapa må kunne gjenkjennast på tillit, likeverd, innsyn og demokratisk kontroll. Ingen skal tape på samarbeidet. Det krev at aktørane innser at partnerskapet vil gje vinning og vere ein meir effektiv måte å arbeide på. Styring av nettverka kan vere utfordrande, då ein ikkje kan bruke makt og tvang. Sjølve grunntanken i eit nettverk er gjensidig avhengighet. Ein er likevel sjølvstendig og deltek frivillig.

Amdam (2013:138) meiner at institusjonelt partnerskap må rettferdiggjere seg sjølv og er avhengig av vel fungerande prosessar. Det må ha rammer og stimulere partane til å utføre sin del av avtala.

Røiseland og Vabo (2012) hevdar at skal eit demokratisk styresett ha legitimitet må det dekke og løyse problema i samfunnet. Men samstyring kan også vere problematisk, spesielt der økonomiske interesse og makt og innflytelse står på spill. Derfor kan konflikter føre til at samstyringa ikkje vert vellykka. Skal dei ulike sektorane oppleve likeverd, som avtalene skal bygge på, må dei også oppleve at dei har like mykje makt og medverknad. Samstyring skal baserast på ei kommunikatív målretta styring, der deltakarane er avhengige av kvarandre, og avgjerder er basert på diskusjon fram mot einigheit. Å bruke makt som middel skal ikkje eksistere i samstyring. Føresetnaden for samstyring er at det er sterke signal frå offentlege myndigheiter. Styring som skjer gjennom tillit og felles verdiar syner seg å vere den mest effektive måte å styre på. Dette er krevjande då det tek tid å bygge opp tillit, og det skal ikkje så mykje til før tillita forsvinn. Røiseland og Vabo (2012) gjer greie for tre allmenne styringskonsept, der økonomiske insentiv kan vere det eine, offentlege reguleringar det andre og normative overtydingar det tredje.

2.3 Den biomedisinske modellen

Denne modellen har eit strengt instrumentelt og naturvitskapleg objektivt syn på helse, og behandling av sjukdom og skader, og byggjer på læra om årsaka til sjukdom. Sjukdom vert sett på som generisk, uavhengig av tid og stad, der dårleg helse er eit avvik frå det normale.

Innan biomedisinen vert vitskap vert sett på som objektiv og er eit positivistisk omgrep, og pasienten får standardisert behandling avhengig av kva diagnose han har. Modellen ligg til grunn for standard sjukmeldingar tidfesta etter diagnose (Blaxter 2004:11).

Tilnærminga til helse er knytt til at det er medisinen si oppgåve å behandle sjukdom og skade, noko som har ført til at det tradisjonelt har vore meir fokus på dårleg helse enn på kva som fremmar god helse. Denne modellen tek ikkje omsyn til at medisin vert praktisert ut frå kva som skjer i samfunnet, geografiske eller tidsmessige variasjonar.

Baxter ser at utviklinga mot moderne biomedisin, som byggjer på den biomedisinske modellen, tek meir omsyn til at ulike faktorar i samfunnet kan påverke helsa til individet.

” Social and psychological causes of ill health-stress, unhappiness, life events-are admitted as agents of disease, or contributing factors, but they are not themselves defined as ill health” (Blaxter 2004:15). Men den er likevel meir ein tilpassing av den medisinske modellen enn ein fundamental revisjon av den.

2.4 Den sosialmedisinske modellen

Denne modellen vektlegg kva som gjev god helse. Mennesket kan ha det bra til tross for at helsa ikkje er på topp. Modellen vektlegg mestring og myndiggjering og ser mennesket som ein heilskap i samhandling med omgjevnaden.

Antonovsky (1979) lanserte omgrepet ”*sense of coherence*”. Han såg at dersom individet opplevde tilværet sitt som føresigbart og meningsfullt, til ei viss grad mogleg å påverke og at ein opplevde ein viss samanheng, så var ein i stand til å tåle store påkjenningar og likevel ha god helse. Antonovsky hadde fokus på det friske i mennesket som han kalla ”*salutogenese*” i staden for ”*patogenese*” som er fokus på det sjuke. Han ser heile mennesket i samspill med omgjevnaden, der oppleving av mening og samanheng er viktig. I følge Blaxter (2010) såg Antonovsky at det er viktig å ha fokus på kva som fremmer god helse i staden for kva som er årsak til eller forhindrar sjukdom.

Modellen fokuserer ikkje berre på sosiale faktorar si betydning for helse, men har ei heilskapleg tilnærming, der ein også tek omsyn til biologiske prosessar i ein sosial kontekst. Modellen ser i følge Blaxter (2010) ikkje berre på korleis levesett eller fattigdom påverkar individets helse, men ser på dei biologiske prosessane i den sosiale samanhengen, der ein tek omsyn til heile mennesket og ikkje berre dei ulike kroppsdelane. Ho ser at fråvær av sjukdom er ein del av helseomgrepet, men helse er likevel meir enn berre fråvær av sjukdom.

2.5 Instrumentell og kommunikativ rasjonalitet

Instrumentell og kommunikativ rasjonalitet kan brukast som perspektiv for å belyse planleggingsarbeidet og samarbeidet når delavtalene vart utarbeidd, og korleis ein planla då ein førebudde kommunen mot 1.1.2012. Vidare til å drøfte samarbeidet mellom sjukehuset og kommunen om pasientane som vart erklært utskrivingsklare og hadde behov for kommunale tenester når dei kom heim til kommunen.

2.5.1 instrumentell planlegging

Amdam og Veggeland (2011) ser på instrumentell planlegging som ein prosess med klar start og avslutning. Dette er den naturvitskapelege, evidensbaserte metoden, der ein har full oversikt over no situasjonen, liten kompleksitet og klare og eintydige mål. Her må ein finne alle alternativ som oppfyller måla, og finne alle konsekvensane av alle alternativa. Deretter

må ein velje det alternativet som har dei konsekvensane som best oppfyller måla. Dette er kausaltanking med klar årsak verknad tenking. Instrumentell metode passer for små og oversiktlege prosjekt, der ein kan utrede alt fagleg godt, redusere kompleksiteten, avgrense planfeltet og redusere deltaking.

Krav til instrumentell planlegging er å handle rasjonelt, det vil sei å handle på ein slik måte at ein står seg mot kritikk. Instrumentell planlegging er planlegging frå profesjonelle planleggarar, der kunnskap er makta som gjev legitimitet til dei planlagde handlingane. Ei kvar handling reiser eit kunnskapskrav om formål og resultat som gjer at rasjonalitet kan evaluerast.

2.5.2 Kommunikativ planlegging

I kommunikativ planlegging skal alle relevante parter vere med, deltakinga må vere reell der alle opplever at dei er deltakande. Ein må snakke saman og einast om ei felles verkelegheitsoppfatning. Her må eksperten vere tilbakehalden, og heller prøve å stille dei rette spørsmåla. Men kommunikativ og samarbeidande planlegging kan også føre til fragmentering og avstand mellom kunnskap og handling som igjen kan føre til problem for medverknad og legitimiteten til planlegging i eit komplisert samfunn i stadig endring.

Ein kommunikativ metode kalla ”muddling through”, er ein improvisert metode der ein ikkje har oversikt over alle problema som vil dukke opp. Ein skal planlegge for noko som er komplekst og der ein veit at uforutsette problem vil dukke opp, og der ein må prøve å ”hoppe frå tue til tue” for å komme seg heilskinna gjennom prosessen og finne vegen ut av ”blautmyra”. Ein kan ikkje framtvinge konsensus og kommunikative handlingar hos aktørane, fordi desse berre kan kome i stand i den grad aktørane overheld krava til den *tvangfrie diskursen* eller den *ideelle samtalen*.

Ein føresetnad for å lukkast med ei kommunikativ planlegging er at alle viktige aktørar er representerte og er legitime representantar for dei som dei taler på vegne av. At dei er kompetente og har vilje til å komme til felles forståing og semje med kvarandre, og at dei har same grad av påverknad gjennom deltakinga. Alle må kunne innrømme feil og skifte oppfatning i dei tilfella dei vert møtt med betre argument og alle antakingar og ytringar må kunne kritiserast og diskuterast.

Kommunikativ rasjonalitet kan auke avstanda mellom kunnskap og handling. Men fagpersonen må også ha respekt for lekfolk sine kunnskap og oppfatningar. Dersom vi skal få til god samhandling er det viktig å halde fokus på konsekvensane ikkje produksjonen.

3.0 Metode

For å finne svar på problemstillinga har eg gjennomført kvalitative intervju med kommunalt tilsette sakshandsamarar og sjukepleiarar på medisinsk avdeling på sjukehuset. Årsaka til at eg har valt ei kvalitativ studie er at eg ynskter å kunne spørje utdjupande spørsmål og finne dei små nyansane i svara. Intervjua er gjennomført med dei to kommunalt tilsette i lag og dei sjukehusstilsette i lag. Etter samtykke frå alle er samtalene tatt opp på lydband. Eg hadde på førehand utarbeidd ein intervjuguide (vedlegg 1), som var utgangspunktet for spørsmåla. Men eg let praten gå og spurte utdjupande spørsmål undervegs.

For å analysere intervjua brukte eg Malterud (2003). Eg laga først fem analysegrupper som eg meinte ville gje best svar i høve problemstillingen. Deretter transkriberte eg intervjua ordrett. Så fargekoda eg delane av intervjua alt etter kva analysegruppe dei tilhørte, og samla det som hørde til under kvar gruppe. Eg gikk så nøye og kritisk gjennom kvar analysegruppe med tanke på å belyse den aktuelle problemstillinga. Ein del direkte sitat som eg meiner belyser tema godt er også tatt med. Til slutt vart dei ferdig analyserte intervjua sendt til mine informantar for godkjenning og eventuell korrigerings.

I prosjektoppgåva brukar eg også egne erfaringar som leiar av dei kommunale tenestene som tek imot dei pasientane som har behov for hjelp frå kommunen etter heimkomst. Og gjennom dei erfaringane som eg fekk under prosjektarbeidet med delavtala *”Betre praksis for utskrivingsklare pasientar”*.

Eg har dei siste fire åra hatt min arbeidsstad i kommunen og opplever og ser sjølvsagt samhandlinga frå ein kommunal ståstad. Forsking i eige felt er vanskeleg og faren for å ”go native” er stor. Dette kan sjølvsagt påverke korleis eg tolkar både statistikkar og data som eg samlar inn. Men før eg tok til som kommunal leiar har eg i mange år jobba med akuttmedisinske pasientar i spesialisthelsetenesta, så eg håper eg klarer å gjere vurderingar ut frå den ståstaden også.

Grappa som utarbeidde delavtala arrangerte hausten 2012 ein oppsummerande to dagars dialogkonferanse, med deltakarar frå nesten alle kommunane knytt til same helseføretak, og deltakarar frå sengepostane ved helseføretaket. Der vart det gjennomført ei spørjeundersøking om endringane i høve reforma. Det vart i undersøkinga skilt mellom om ein var tilsett på sjukehuset eller i kommunal teneste. Undersøkinga vart gjennomført berre åtte månader ut i 2012, men eg finn likevel at den vil kunne belyse problemstillingen godt.

Eg presenterer også ein del statistikk frå Flora kommune som syner tal reinnleggingar og lengda på sjukehusopphald i 2013. Samt samla tal liggedøgn på sjukehuset for utskrivingsklare pasientar til alle kommunane i Sogn og Fjordane.

Informasjon som kom fram under den nasjonale Helsekonferansen 09.01.14, der tal frå evaluering av dei to første åra av samhandlingsreforma vart lagt fram, vert brukt i analyse og drøfting (vedlegg 2). Dette er nasjonale tal som vert brukt for å samanlikne utviklinga i min eigen kommune med landet elles. I drøftinga av problemstillinga vil eg også bruke egne statistikkar frå kommunen.

3.1 Validitet og reliabilitet

Verdien av kunnskap vert ofte sett i høve til omgrepa validitet, reliabilitet og generaliseringsverdi. Forståing og kunnskap om sosiale samanhengar og menneskelege opplevingar vert vektlagt i kvalitativ forskning. Malterud (2003) seier at metoden ein brukar til innhenting og korleis ein handterer kunnskapen, er det som avgjer om den held mål vitskapleg.

Å validere vil sei å stille spørsmål til gyldigheita av kunnskapen, og om metoden vi har brukt er relevant i høve til å belyse den problemstillinga som vi vil ha svar på. Det kan vere vanskeleg å gje konkrete svar på om funna våre er sanne eller ikkje (Malterud 2003). Som intervjuar må ein også vere klar over at ein ubevisst kan styre samtala slik at ein får underbygd eige forventningar og bekrefte egne synspunkt. Det at eg har grundig kjennskap til områda som eg undersøke, kan såleis seiast å vere negativt for validiteten til studien.

Med reliabilitet viser ein til kor pålitelege funna er og kor nøyaktige dei ulike trinna i prosessen har vore. Reliabiliteten vil avhenge av om undersøkinga er klart utforma og fungerer eintydig, og om datasamlinga er grundig og systematisk (Kvale 2008). Det er viktig at ein er bevisst på korleis ein kan påverke resultatet, og la intervjuar avspegle informantane sine meiningar. For å vere sikker på at eg skjønnte kva informantane meinte stilte eg heile tida oppfølgings spørsmål for å sikre rett forståing. Eg transkriberte også intervjuar så raskt som mogleg for å klare å vektlegge stemning og tonefall.

Med omsyn til generalisering så kan ein ikkje gjere noko statistisk generalisering med eit strategisk utval. Men mine informantar har lang erfaring, og eg finn at det dei uttrykker sannsynlegvis også gjeld fleire.

4.0 Erfaringar og resultat .

4.1 Intervjua

Sakshandsamarane i kommunen er sjukepleiarar med lang og mangesidig erfaring frå den kommunale eldreomsorga før dei tok til som sakshandsamarar. Den eine har vore tilsett som saksbehandlar i omsorgstenesta i to år før samhandlingsreforma starta, og var også med å utarbeidde rutinar for korleis vi skulle jobbe etter 1.1.12. Den andre har jobba som saksbehandlar i eit år, og starta dermed eit år etter at samhandlingsreforma trådde i kraft. Dei hadde derfor litt ulike føresetnader for å svare på spørsmåla. Desse sakshandsamarane er det som tek imot alle meldingar på dagtid om utskrivingsklare pasientar. På ettermiddag og kveld går meldingane rett til ansvarleg sjukepleiar ved korttidsavdelinga på sjukeheimen.

Sjukepleiarane ved medisinsk avdeling var begge erfarne sjukepleiarar, med om lag ti års praksis frå avdelinga. Dei hadde derfor godt kjennskap til korleis samhandlinga med kommunane var både før og etter samhandlingsreforma trådde i kraft. Erfaringane dei bidrog med var ut frå samhandling med alle kommunane som sokna til sjukehuset i Førde

Analysen av intervjua vil søke å finne svar på kva informantane meiner vert lagt vekt på når pasienten vert erklært som utskrivingsklar. Korleis fungerer kommunikasjonen mellom sjukehuset og kommunen med omsyn til å få fram situasjonen til pasienten slik at ein kan ta gode avgjerder?

4.1.1 Dei økonomiske insentiva

Dei tilsette på sjukehuset hadde sett fram til denne reforma i lang tid. Dei meinte at kommunane spekulerte i at dei før 1.1.12 hadde 12 dagars frist til å ta imot pasienten, i tillegg til to dagar postgang. ”(...) vi lengta veldig etter denne reforma her, så kommunen ikkje skulle misbruke desse dagane dei hadde til rådighet”. Men sjølv om kommunane stort sett brukte 12 dagar på å ta imot pasienten, så hevda sjukehuset at dei aldri skreiv han ut før han var ferdig behandla.

Kommunen ynskjer å ta imot alle pasientane for å sleppe å betale for ekstra liggedøgn, men dei er likevel svært opptatt av at pasienten skal få rett omsorgsnivå. Kommunen er priggitt opplysningane dei får frå sjukehuset for å vurdere om pasienten kan sendast til eigen heim med heimeteneste, eller treng eit korttidsopphald på institusjon. Fagleg er det sjukehuset som definerer og vurderer når pasienten er ferdigbehandla, kommunen har ikkje noko anna val enn å ta imot pasienten eller betale for ekstra liggedøger. "Legen på sjukehuset har

definisjonsmakt, vi har klagemulighet. Vi er veldig ivrige å ta imot også, vi vil ha fin statistikk". Men sjølv om delavtala seier at kommunen skal ha ei funksjonskartlegging av pasienten, er det vanskeleg for kommunen å få svar på korleis pasienten fungerer, noko kommunen meiner alle reinnleggingane er eit teikn på. Men dei er likevel klar på at dei tek imot pasientane for å unngå å betale døgnmulgt. Sjukehuset finn at det kan vere vanskeleg å sjå kva kommunalt tilbod pasienten vil ha behov for etter utskriving, ofte fungerer pasienten betre i kjente omgjevnader enn på sjukehuset. Men dei må likevel søke på det kommunale tilbodet dei meiner pasienten treng.

4.1.2 Samhandling

Kommunen trudde det ville bli større press med utskrivingsklare pasientar enn det vart. Gode rutinar var laga og det var klarert kven som var ansvarlig for kontakt med sjukehuset på kveld og helg. Det første året var all kommunikasjon på telefon. Men no vert nesten berre elektroniske meldingar brukt, noko som gjer arbeidet lettare. Tidlegare hadde sjukehuset problem med å få tak i dei rette personane i kommunen, då det var fleire kommunar som ikkje hadde eit fast telefonnummer slik som delavtala seier. Då kunne sjukehuset treffe tilsette som ikkje hadde kompetanse til å ta imot og dokumentere varselet.

Sakshandsamarane i kommunen ser at dersom all kommunikasjon skal skje elektronisk så kan nødvendig informasjon lett bli utegløynt, noko som kan føre til utrygge situasjonar for pasienten. *"Når vi treng rask info så ringer vi og dei er alltid imøtekommande. Før så spurte vi jo veldig mykje og dei kunne bli litt utålmodige der inne for at vi spurte så mykje (...) ein del får vi ikkje svar på no, dersom vi ikkje etterspør"*. Ved komplekse pasientsituasjonar så sikrar både kommunen og sjukehuset informasjonen med å ta ein telefon. Det same gjeld dersom kommunen finn at epikrise og medisinaliste frå sjukehuset ikkje er fullstendige.

4.1.3 Tilbaketrekking av utskrivingsvarsel og reinnleggingar

Sjukehuset meiner kommunen og sjukehuset har ulike syn på når ein pasient er utskrivingsklar. Det gjeld spesielt eldre pasientar med komplekse problemstillingar. Kommunen ringer gjerne og ynskjer at fleire problemstillingar, som kanskje heller burde vore sjekka hos fastlegen, skal utredas før pasienten vert sendt heim, medan sjukehuset meiner dei skal greie ut og behandle det som pasienten er innlagt for: *" (...) mange pas har kjempekomplekse problemstillingar, og vert han meldt med brystsmarter og vi avklarar at det var ikkje det, så er han ferdig behandla og vi melder han utskrivingsklar."*

Men dersom sjukehuset vert merksam på at blodprøvene kan syne andre problemstillingar enn truande hjarteinfarkt, så må ein gjere noko med det. *”Er det noko som er så graverande at ein må ta tak i det, så gjere ein det, men det kan sjølvstundt vere ting som vi ikkje ser”*. Det hender også at spørsmålsstillingar frå kommunen gjer at pasienten vert liggande eit par ekstra døgn for å avklare desse. Pasientar vert ikkje sendt heim på grunn av plassmangel, sjølv om sjukehuset har stekt press og effektivitetskrav. Men likevel er sjukehuset klar på at demente og urolege pasientar vert sendt heim før problemstillingane er heilt avklara. Det vert gjort fordi dei finn at pasientane har det betre i kjente omgjevnader. Tilsette ved sjukehuset meiner at fleire av desse pasientane ikkje skulle vore lagt inn i det heile tatt.

Men sjukehuset innrømmer at nokre pasientgrupper vert sendt heim for tidleg *”(...) vi jobbar med iv behandling som er spesialisthelsetenesta som skal gjere, og så skal pasienten heim med peroral behandling, og eg føler av og til at pas ikkje er 100% innstilt i høve overgang frå iv til tablettar... at ein kanskje skulle ha bruket eit døgn til for å vere sikker på at det er rett dose”*. Sjukehuset grunner ofte utskrivninga med at infeksjonsprøvene syner teikn til betring, og at det ikkje kan vere noko problem når det vert søkt opphald på institusjon for pasienten. Men dette opplever kommunen som utrygge situasjonar der problemstillingane ikkje er avklart, og at pasienten dermed ikkje kan vere ferdig behandla. Sjukehuset ser det ikkje som urimeleg at ein pasient vert sendt til kommunen med ein sjukehusinfeksjon som til dømes urinvegsinfeksjon. Dette vert sett på som komplikasjonar etter sengeleie, og ikkje noko grunn til at pasienten skal bli liggande på sjukehus. Kommunen meiner det er avhengig av kva lege som er på vakt kor tidleg ein pasient vert utskrive. Kommunen opplever også at sjukehuset ikkje er heilt klar over at institusjonen ikkje har lege heile døgeret.

Frå første dag har kommunen også hatt problem med alle utskrivingsvarsla som vert trekt tilbake. Kommunen meiner at sjukehuset syner lite forståing for at det vert satt i gang mykje arbeid for å gjere alt klart til mottak av pasienten som er meldt utskrivingsklar. For ofte vert varselet trekt tilbake etter nokre timar. Det hender at pasienten er dårlegare enn det som sjukehuset beskriv, noko som kommunen finn svært uheldig, då reinnleggingar er ein stor belastning for ein eldre pasient. Dei fleste reinnleggingar skjer om sommaren. Men kommunen ser også at pasientane som vert utskrivne er eldre og kanskje svært sjuke, og det kan vere vanskeleg å avgjere om det er eit pleiebehov eller det er sjukehus behandling som er det rette.

"(...) det er utfordrande for oss å vite, for vi spør sjukehuset om alt er avklart... dei er kjappe på utskriving, og ofte dukkar det opp ting når dei ligg inne... vi kan oppleve at sjukehuset balanserer på ein knivsegg sidan vi må sende så mange i retur er dei nok ikkje heilt sikre,- så eg tenker at kvar avdeling er opptatt av sine diagnosar(...)".

Sjukehuset forklarar reinnleggingane med at det er ukjente vikarar og kanskje lite bemanning som kan vere årsaka til at pasienten vert sendt for tidleg heim til kommunen. (...) *eg trur nok kanskje at det kan gå litt fort i svingane, det trur eg (...).*

Men sjølv om kommunen meiner at pasienten får eit godt kommunalt tilbod, og dei eldre er fornøgd med å komme til institusjonen i staden for å vere på sjukehuset, så skulle nokre pasientar lagt inne ein dag eller to til. Ofte kan det vere sårinfeksjonar som først syner seg når pasienten er komme heim til eigen kommune.

4.1.4 Trygt og forsvarleg

Hittil har det berre hent ein gong at kommunen ikkje har tatt imot ein utskrivingsklar pasient. Då låg det faglege vurderingar til grunn, kommunen hadde ikkje god nok sjukepleiedekning i helga til å ta imot ein pasient med så samansett og krevjande problemstilling. I ettertid vart det sendt avvik på dette utskrivingsvarselet, det vart då semje om at pasienten ikkje var klar for utskriving til kommunalt tilbod og betalingskravet vart sletta.

Det hender sjukehuset melder at ein pasient treng nokre dagar på den kommunale institusjonen, gjerne utan at dei har avtalt dette med pasienten sjølv. Ein del pasientar ynskjer ikkje å ta imot hjelp frå kommunen og reiser til eigen heim sjølv om han burde hatt tett oppfølging over fleire dagar. Dette opplever sjukehuset som vanskeleg når ein heilt klart ser eit behov for hjelp. *"(...) nokre vil ikkje ha hjelp og det kjennes ikkje godt, dei har tilbodet og kommunen stiller med hjelp. Vi prøver å gjere vår jobb og så vil dei ikkje ha hjelp (...)"*.

Kommunen er usikker på om sjukehuset ser heilskapen kring pasienten. Stundom har sjukehuset kartlagt bustaden til pasienten, og bestilt hjelpemiddel som er på plass når pasienten kjem heim. Men sjølv om dette står i avtala så vert det ofte usemje om dette. Her finn dei at sjukehuset ikkje er gode nok. Skal kommunen bestille så må ein vente til pasienten kjem heim, for å få hans underskrift, og då kan det ta fleire dagar før det er på plass.

At sjukehuset ikkje kjenne pasienten og det at dei ser han i ukjente omgjevnader kan føre til at pasienten vert opplevd til å ha høgre hjelpebehov enn han vil ha i eigen heim. Det kan føre til at sjukehuset sender søknad på institusjonsplass i staden for å søke på heimeteneste. Men sjukehuset opplever at dette er vanskeleg å unngå, dei er usikre på om pasienten får godt nok tilsyn i eigen heim. ”(...) *det står i avtala at pasienten skal ha same eller betre tilbod i kommunen som sjukehuset gjev... det vert litt vanskeleg... for vi har mykje tilsyn, her er vi 24 timer i døgnet (...).*”

Ofte spurte kommunen om sjukehuset var heilt sikre på at pasienten var utskrivingsklar, dette vart opplevd som at kommunen ikkje ville ta imot pasienten enda. Sjukepleiarane meinte dei vart haldt nesten personleg ansvarleg for avgjerda om å sende pasienten heim: ”(...) *det vert slik at dei går rett på meg og spør...og då kjenner eg at eg vert heilt stilt til veggen (...)*”.

Sjukehuset opplever at det er ulikt kva kompetanse og ressursar kommunane har. Og på helg er det ofte mangel på sjukepleiarkompetanse. Sjukehuset har også meir erfaring med medisinsk teknisk utstyr, som kommunen no skal bruke meir, og lettare for å få til opplæring då der alltid er fleire sjukepleiarar og legar med kjennskap til utstyret. Men dei hevdar at sjukepleiarar har same grunnutdanning om dei jobbar i kommune eller på sjukehus, noko som krev at ein sjølv må skaffe seg den naudsynte kompetansen.

4.2 Erfaringar frå Flora kommune

Kommunen hadde klart eit fast telefonnummer til 1.1.2012, der all kommunikasjon mellom sjukehuset og kommunen skulle skje, også kalla ”den raude telefonen”. På dagtid hadde dei to saksbehandlarane i kommunen ansvaret for telefonen. Dette er erfarne sjukepleiarar som hadde oversikt over heile omsorgstenesta og kvar det til ei kvar tid var ledig kapasitet. På kveld, natt og helg var det ansvarleg sjukepleiar på korttidsavdelinga ved sjukeheimen som hadde telefonen.

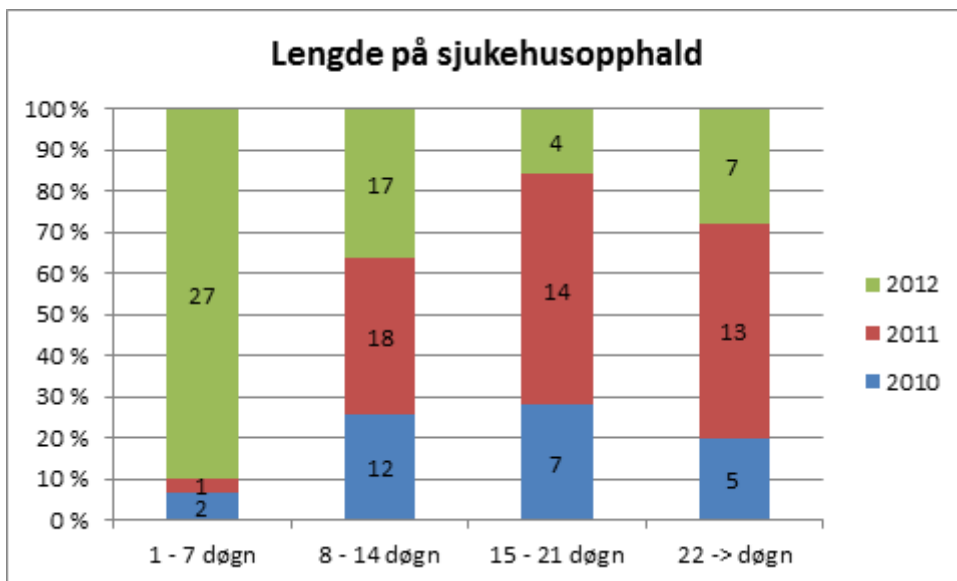
Kommunen hadde som mål å kunne ta imot pasientane same dag som dei vart meldt utskivingsklare, men i mange tilfelle trekte sjukehuset utskrivingsvarselet når kommunen meldte at pasienten kunne takast imot. Vi opplevde fleire gongar at pasienten vart meldt utskrivingsklar kvar dag fleire dagar i strekk. Dette skapte mykje arbeid, og frustrasjon for dei tilsette. Etter dei første månadane og etter gjentekne samtaler med leiarane på dei aktuelle avdelingane på sjukehuset, så vart det etter kvar slutt på denne praksisen.

Fig. 1. Syner tal reinnleggingar frå kortidsavdelingen i Flora kommune i 2013, i løpet av 14 dagar etter utskrivning.

Tal pasientar reinnlagt	Månad	Døgn til reinnlegging
1	Jan	0
1	Feb	6
2	Mai	7
		11
1	April	3
2	Juni	5
		11
4	Juli	4
		6
		1
		1
2	Okt	2
		14
2	Nov	4
		12
1	Des	2

Figuren syner at samla vart 16 pasientar sendt tilbake til sjukehus frå kortidsavdelingen før 14 dagar var gått. Fem av pasientane i løpet av ein til tre dagar. Tabellen syner også at det var flest reinnleggingar i løpet av sommaren og under ferieavviklinga. Totalt tal utskrivne pasientar til korttidsavdelinga var 80 i løpet av 2013. Det betyr at om lag 13% av pasientane vart reinnlagt i løpet av 14 dagar.

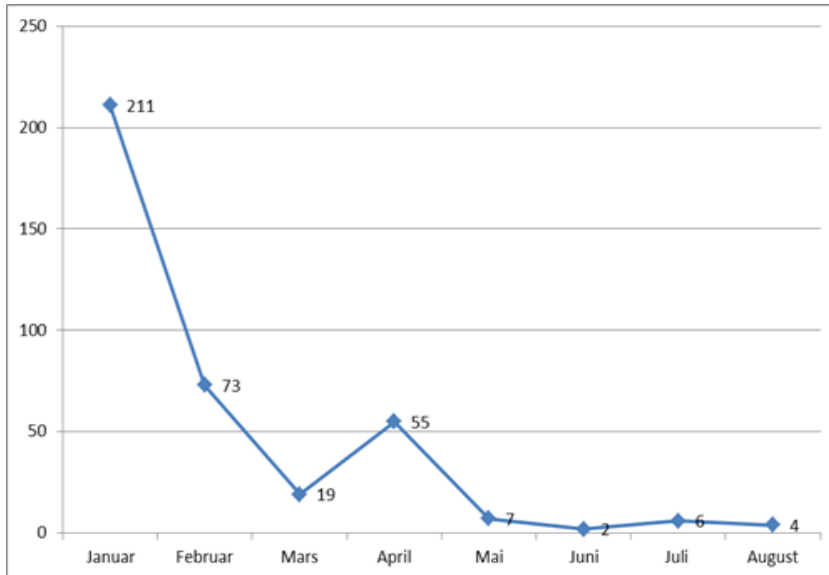
Fig.2. Lengda på sjukehusopphald for innbyggjarar frå Flora kommune 2010-2012



Figuren syner den totale lengda på sjukehusopphalda for Flora kommune sine innbyggjarar. I 2010 og 2011 som er dei to siste åra før samhandlingsreforma trådde i kraft, var det nesten ingen pasientar som var innlagde kortare enn 7 døgner. Medan det i 2012 var omlag 90% av

pasientane som låg under ei veke på sjukehuset. For pasientar som ligg frå 8-14 døger er ikkje endringane så store før og etter 2012. Men for pasientar som ligg over 14 dagar så er det ein kraftig reduksjon frå 2011 til 2012.

Fig.3. Liggedøgn for utskrivingsklare pasientar jan-aug 2012



Diagrammet over syner utviklinga med omsyn til liggedøgn for alle pasientar meldt utskrivingsklare frå Førde sentralsjukehus dei første 8 månadane av 2012. Som ein ser er talet liggedøgn redusert til nesten null. Dette betyr at kommunane har tatt hand om pasientane desse døgn.

4.3 Utarbeiding av delavtala og den avsluttande dialogkonferansen

Denne konferansen var for tilsette i Helse Førde og alle kommunane i Sogn og Fjordane som sokna til sjukehuset i Førde. Målet med konferansen var å evaluere samarbeidet kring utskrivingsklare pasientar på tvers av nivåa, og få ei vurdering av korleis avtala om samarbeidet kring utskrivingsklare pasientar hadde fungert for dei som jobba nærast pasienten. Konferansen skulle samstundes vere ei avslutning på arbeidet og samarbeidet kring delavtala. Dialogkonferansen samla over 80 deltakarar frå dei aktuelle avdelingane i Helse Førde, og frå dei ulike kommunane i Sogn og Fjordane. Frå kommunane var det dei tilsette i heimetenesta og på omsorgsinstitusjonen der dei utskrivingsklare pasientane vert tatt imot, som deltok. I tillegg til saksbehandlarar og leiing.

Under konferansen vart det gjort ein liten spørjeundersøking der alle deltakarane skulle gje individuelle svar (vedlegg 3). Spørjeundersøkinga var meint å skulle gje ein peikepinn på om dei tilsette på sjukehuset vurderer situasjonen for pasienten meir utrygg etter 1.1.2012 i

forhold til korleis dei kommunalt tilsette vurderer situasjonen. Det var tre spørsmål som skulle svarast på, dei to første med ja eller nei, det tredje med prosentvar. Alle svara er rekna i prosent av tal deltakarar. Svara vart merka med om ein jobba i Helse Førde eller var kommunalt tilsett.

	Tilsett i kommune (N=61)	Tilsett i Helse Førde (N=24)
Kommunikasjonen mellom Helse Førde og kommunane er betre hausten 2012 enn hausten 2011	95%	100%
Utskrivne pasientar er sjukare enn tidlegare	84%	38%
Del av utskrivningane der kommunen gir eit godt nok tilbod til pasienten på utskrivingsdagen	85%	82%

Fig.5 Resultat frå spørjeundersøkinga under dialogkonferansen(Jan Helge Dale 2012).

Tabellen syner at alle tilsette på sjukehuset meiner at kommunikasjonen mellom sjukehuset og kommunen vart betre etter 2012. Medan 95 % av dei tilsette i kommunane har svart ja på spørsmålet. Med omsyn til om dei utskrivingsklare pasientane er sjukare etter 2012 enn før så meiner i alt 84% av dei tilsette i kommunane at pasientane er sjukare enn tidlegare, medan berre 38% av tilsette på sjukehuset meiner at pasientane er sjukare. Av dei tilsette i kommunane meiner 85 % at kommunen gjev eit godt nok tilbod til pasienten på utskrivingsdagen, medan tilsette på sjukehuset meiner det gjeld i 82 % av utskrivningane.

5.0 Analyse

5.1 Fører dei økonomiske insentiva til for kort liggetid på sjukehuset

NPM krev profesjonell og resultatorientert leiing der alle tilsette jobbar mot klare resultatmål, noko som krev tett kontroll og rapportering. Dei høge krava til produksjon vert fremma gjennom økonomiske insentivsystem. Med omsyn til utskrivingsklare pasientar er det produksjonen som vert rapportert på, ikkje effektane av at ein tek imot pasientane første dag. Skal ein evaluere den økonomiske styringa i ei verksemd må ein måle oppnådd resultat mot oppsett mål (Busch, Johnsen og Vanebo (2013:33)). Økonomistyring er ein del av verksemda si totale leiing, og vert utført av alle i ei verksemd som tek avgjerder som medfører bruk av ressursar. Enten det er tilsette som jobbar tett på brukaren og tek små avgjerder i det daglege eller toppleiinga som tek avgjerder på systemnivå. Dei siste åra fram mot 2012 syner statistikken at kommunane hadde ei sterk oppbygging av korttidsplassar. I vest Noreg auka talet plassar pr 1000 innbyggjar over 80 år frå 29 i 2009, til 35 i 2012. Det syner at kommunane har hatt ei langsiktig tilpassing til reforma. Men manglande måling av effektane av insentivsystemet og fokuset på produksjon kan føre til at pengar som ein sparer med å ta imot alle pasientar første dag, fører til at pasientane får for korte rehabiliteringsopphald. Dette kan igjen gje auka press på langtidsplassane på kommunale institusjonar og føre til fleire reinnleggingar.

NPM styringslogikken legg vekt på at det offentlige må innrette seg slik private bedrifter gjer, der tilsette på individnivå har klare krav til innsats og resultat. Insentivsystem skal sikre at tilsette arbeidar for å nå tenesta sine mål. Både nasjonale tal og lokale tal for Flora kommune syner at tal liggedøgn på sjukehuset som utskrivingsklar pasient gikk kraftig ned i 2012, etter innføring av økonomisk insentiv for å ta imot pasienten første dag. Sjukehuset meinte at kommunen før 2012 let pasienten ligge på sjukehuset sjølv om han var klar for eit kommunalt tilbod, noko som tala syner kan vere rett. Kommunen tilpassa seg nok dei mulighetene som låg i den ordninga. Men kommunen var også snar til å tilpasse seg dei nye økonomiske insentiva. Når tilsette uttaler at dei vil ha fin statistikk med omsyn til liggedøgn, så jobbar dei med insentiva i tankane. Men intervjuar syner også at dei tek omsyn til pasientens tryggleik, og ikkje er villige til å kompromisse med sikkerheita til pasienten. Men informasjonen frå dei tilsette på sjukehuset og i kommunen syner også at det er fare for ei utvikling av einingsegoisme. Begge partar er opptatt av å oppnå gode økonomiske resultat, og nå sine produksjonsmål. Kva verknad dette får for enkeltpasienten og korleis brukaren

sjølv kan påverke dette er det lite fokus på. Under utarbeiding av delavtala var det representantar frå brukarorganisasjonar med, men korleis sjukehuset og kommunen føl opp intensjonane i avtala kan brukaren lite påverke. Kunnskapssenteret (2013) ser at brukaren sin erfaring og profesjonane sin kompetanse i lag kan utvikle felles kunnskap og tette igjen hol av mistydingar, og tyder på at brukarmedverknad burde vore sterkare i fokus.

Lian (2007:124) ser ei tredeling av NPM logikken der den første forklarar styring og organisering av offentleg sektor. Samhandlingsreforma er klart tilpassa styringslogikken NPM. Veksten i andrelinjetenesta var blitt så sterk at sjukehuset ikkje lenger hadde kapasitet, og av ulike årsaker voks ventelistene. Den demografiske utviklinga dei næraste tiåra med ein sterk auke i tal eldre ville truleg føre til manglande berekraft i andrelinje tenesta. Kommunane var lite villige til å ta pasientane raskt ut igjen frå sjukehuset. Dei hadde ikkje økonomisk gevinst av det. Som statistikken frå Helsekonferansen syner så har kommunane etter 2012 tatt imot dei fleste pasientane første utskrivingsklare dag. Flora kommune hadde verken tid eller ressursar til å bygge nye korttidsplassar, men ut frå tanken om at på sjukehuset låg pasientane på fire- sengers rom, så vart fleire kontor bygd om til funksjonelle tre- sengers rom.

Den analytiske logikken meiner Lian forklarar og analyserer samfunnsutviklinga. Ho ser at individet tilpassar seg den samfunnsutviklinga som gjev økonomisk tap eller vinning for eigen organisasjon. Både dei nasjonale og lokale statistikkane syner ein kraftig nedgang i liggedøgn på sjukehuset, noko som samsvarer med Lian sin teori. Men spørjeundersøkinga frå dialogkonferansen syner at kommunalt tilsette meiner pasientane er betydeleg sjukare når dei kjem får sjukehuset no enn før 2012. Kommunen meiner også at ein del av pasientane som vert sendt ut igjen er for sjuke for eit kommunalt tilbod. Det er mulig at dette er heilt naturleg sidan pasientane låg nesten 14 dagar lenger på sjukehuset før reforma, at dei då var like sjuke som no ved utskrivningstidspunktet, og at tenesta den gang hadde tilpassa seg den pasientgruppa som dei fekk ut.

Kommunen hadde mange ulike opplevingar i starten av det første året. Pasientane kom også utan papir med seg, utan ny medisin ol. Og dei kunne også komme utan at dei var varsla utskrivingsklare. Det var også ein del pasientar som var så sjuke og hadde så uavklara problemstillingar at dei heilt klart ikkje var klare for eit kommunalt tilbod. Men spørjeundersøkinga syner at både sjukehusetilsette og kommunalt tilsette meiner at pasientane får eit godt nok tilbod frå kommunen. Det betyr at kommunane har klart å bygge både

kompetanse og ressursar for å møte reforma, og at insentiva gjer til at ein gjer det ein kan for å ta imot pasientane, både for økonomien og statistikken si skuld. Og ut frå tanken at pasienten vil ha det betre i sin eigen heim under rehabiliteringsprosessen.

Marstein (2008) ser at ulike forskarar prøver å finne svar på kva logikk som ligg til grunn for helsepolitiske val. Når Lian då meiner at den preskriptive logikken legg føringar for utviklinga av helsetenesta, så vil det vere bygd på analytiske bidrag. New Public Government (NPG) eller samstyring på norsk, som er komme sterkt dei siste åra, mest truleg som ein reaksjon på den sterke fragmenteringa etter NPM, syner at satsing på å samarbeide sterkare for å meistre dei kommande samfunnsutfordringane kan vere nyttig. Eit par av kommunane som soknar til same sjukehus som Flora måtte kjøpe institusjonsplassar av nabokommunar for å klare å ta imot sine innbyggjarar. På den måten fekk dei redusert dei økonomiske utgiftene ein del. Når delavtala som regulerer utskrivningane vart utarbeidd var det også gjennom administrativt samarbeid mellom fleire kommunar, brukarorganisasjonar og helseføretaket. Men i det høve kom kravet om samarbeid i form av nye lover og forskrifter. Det er mange ulike samarbeidsprosjekt på gang mellom kommunar og sjukehus. Flora kommune og Helse Føde har satt i gang hospiteringsprosjekt, og eit felles trainee`prosjekt. Målet er at dei som jobbar nærast pasienten skal få grundig kjennskap til begge sektorane for å fremme samarbeid og unngå einingsegoisme.

Talet reinnleggingar for 2013 syner at 16 av totalt 80 pasientar frå Flora kommune vart lagt inn igjen på sjukehuset i løpet av dei første 14 dagane etter at dei kom heim. Det er sjukehuset som har avgjerdsmynde og definisjonsmakt med omsyn til når pasienten skal seiast å vere utskrivingsklar. Sjukehuset får pasienten innlagt frå legevakt eller fastlege med ein relativt klar bestilling, enten det gjeld utredning eller behandling. Når dette er gjort vert pasienten sett på som ferdigbehandla, og skrive ut til heimen eller eit kommunalt tilbod. Kommunen kan skrive avvik, eller sende pasienten i retur til sjukehuset dersom dei finn at han ikkje er ferdigbehandla. For kommunen er dette dårleg økonomi, då ei innlegging utløyser nye DRG³ poeng, og for pasienten er det ei ekstra påkjenning å bli flytta mellom institusjonane. Ein kan her sjå at kvaliteten på utskrivingsrutinane til sjukehuset påverkar økonomien til kommunen negativt, og tilsette på sjukehuset innrømte også at utskrivningane kunne skje litt for raskt av og til. Nasjonale tal frå Helsekonferansen (2014) syner at nesten ingen pasientar etter 2012 ligg meir enn tre-fire døgn på sjukehuset, sjukehuset har dermed

³ Diagnose Relaterte Grupper. Pasientar vert klassifisert etter dette systemet utifrå ulike sentrale variablar. Tal DRG poeng er mål som vert brukt på gruppenivå med omsyn til ressursbruk og aktivitetsnivå.

tilpassa seg resultatstyringa og nytta seg av den retten som delavtala gjev dei til å sende pasienten raskt ut, medan kommunen ikkje kan gjere anna enn å ta imot for å unngå døgnmulkt. At den raske utskrivinga kan føre til utrygge situasjonar for pasienten har kommunen i opplevd fleire gonger. Det har hendt at ambulansen som kom med pasienten har vore nøydd til å ta med seg pasienten i retur til sjukehuset då han har vore for sjuk til at institusjonen har kunne tatt imot han. Her har tilstanda til pasienten vore betydeleg dårlegare enn beskrive frå sjukehuset når dei meldte han ferdigbehandla og kommunen aksepterte å ta imot.

Amdam (2012) meiner at mål- og resultatstyringa som NPM fører med seg gjer at dei ulike tenestane tilpassar seg denne styringslogikken i staden for å sjå på effekten av dei handlingane som vert gjort. På den eine sida kan ein sjå at Amdam kan ha rett i denne betraktningen, for som Busch m.fl. (2013) også ser, så vil ein organisasjon måtte tilpasse seg dei ulike delsystema eller interessegruppene, som forventar ei løn som er høgre enn det dei bidreg med. Dette gjeld då spesielt for private bedrifter, men kan overførast til offentlege tenester, sjølv om det spesielle der er at det kanskje ikkje finns alternativ til tenesta det offentleg kan tilby. Men det kan bli meir aktuelt framover dersom vi får ei auke i privatiseringa, då vil brukarane truleg kjøpe tenester der tilbodet og kvaliteten er best. Men på den andre sida så skal ein ikkje sjå bort frå fagprofesjonane sine høge etiske standardar og verdiane som dei tilsette har med seg. Dei har sin faglege autonomi og er opplært til å sjå pasienten i eit heilskapleg perspektiv. Sjølv om styringslogikken set klare krav til produktivitet skal ein ikkje undervurdere denne mekanismen, dei tilsette er organisasjonen sitt åtferdssystem og dei handlingane og sjølvstendige vurderingane dei gjer legg føringar for effektiviteten til tenesta. Intervjua synte at vurderer dei tilsette kompetansen i kommunen til ikkje å vere god nok i høve problemstillingane til pasienten, så tek dei ikkje imot sjølv om sjukehuset melder han utskrivingsklar.

Veggeland (2012:70) ser også at helseføretaka sine mål er kostnadseffektiv drift som kan gå på kostnad av heilskapleg omsorg for pasienten. Men ein kan sjå at dei tilsette, som i stor grad vert målt på produktiviteten, og ikkje om dei produserer det som er mest gagneleg for samfunnet, likevel klarer å sjå heile pasienten. Intervjua med sjukehusstilsette kunne tolkast til at dei prøvde å vurdere kva som var best for den enkelte pasient. Kommunen opplevde at urolige eldre nesten vart snudd i døra på sjukehuset, noko dei sjukehusstilsette forklarte med at desse urolige pasientane, som gjerne var demente, ville få beste tilbodet i eigen

kommunen der dei kjende seg trygge. Veggeland meiner også at DRG systemet fører til at kortast mogeleg liggetid er fokuset, og at pasienten lett kan bli ei brikke i eit økonomisk spel. Men her også skal ein ha med seg at ein ikkje kan gjere ei direkte overføring av styringslogikkane frå privat sektor til offentleg sektor, der varen som ein handlar med er menneske og at ein produserer helse for enkeltindividet.

Det tidlege varselet som sjukehuset skal sende innan 24⁴ timer etter innlegging inneheld for lite informasjon til at kommunen kan førebu mottak av pasienten. Truleg er årsaka at sjukehuset ikkje sit med den informasjonen fordi dei ikkje kjenner heilskapen kring pasienten. Når kommunen så får utskrivingsvarselet har dei knapp tid til nødvendig førebuing og planlegging i høve kva tilbod pasienten bør få i kommunen. Grimsmo (2014) synte at når utskrivingsvarselet kom starta kommunen ei jakt på informasjon gjennom gjentekne telefoner til sjukehuset, og opplevde at det var vanskeleg å nå tak i den som var ansvarleg for pasienten. Kommunen måtte jobbe stegvis for å skaffe seg nødvendig oversikt og kunnskap om pasientens situasjon, og det var krevjande å omsette observasjonane som sjukehuset gjorde til dei rammene som kommunen jobbar innafor. Kommunen brukte tid på å analysere og tolke data om pasienten sin funksjonsevne som sjukehuset sendte, det var også faglege spenningar mellom kva som var pasienten sitt behov og sjukehuset sitt mandat til å bestemme.

Det er vanskeleg å sei om den raske utskrivninga av pasientar fører til utrygge situasjonar for pasienten. I den nye helselova heiter det at kommunen skal kunne gje like gode eller betre tenester og dette er også vektlagt i delavtala. I ein del tilfelle må vi kanskje kunne sei at pasienten ikkje får like godt tilbod i kommunal institusjon eller i eigen heim som han ville fått på sjukehuset. Dette kan eg spesielt knytte til svært sjuke pasientar som treng meir overvaking enn det kommunen har medisinsk teknisk utstyr til å kunne gje. Men i andre tilfelle vil pasienten få betre omsorg i kommunen der dei er kjende og der dei kanskje føler seg trygge.

Med omsyn til dei økonomiske midlane som vart overført til kommunen frå helseføretaket så skulle kommunen gjennom dei få muligheit til å bygge opp tenesta til å ta imot desse pasientane, eller pengane skulle kunne brukast til å betale for liggedøgna på sjukehuset. Så

⁴ Delavtala seier at sjukehuset skal sende melding om at pasienten er lagt inn på sjukehuset i løpet av 24 timar. Dette varselet skal innehalde informasjon om pasienten sin tilstand og forventa utskrivningstidspunkt.

ein kan sei at kommunen hadde muligheit til å la pasienten ligge på sjukehuset dersom dei meinte at han ikkje var utskrivingsklar. Men Flora kommune opna fleire senger på korttidsavdelinga for å ta i mot pasientane og pengane vart brukt til drift av desse. Det var ikkje tilstrekkeleg midlar til å betale for ekstra liggedøgn i tillegg til å byggje opp drifta..

Når pasienten låg 12-14 dagar lenger på sjukehus før 2012 så seier det seg sjølv at han ofte kunne reise rett heim, medan pasienten no gjerne må ha eit korttids rehabiliteringsopphald. Når det er økonomi med i bildet så tilpassar tenestene seg dette. Den hyppige varslinga frå sjukehuset om at pasienten er utskrivingsklar gjer at ein kan tru sjukehuset spekulerer i at kommunen ikkje klarer å ta imot, for så å løyse ut ei betaling på 4000 kr. Når kommunen meldte i frå at dei kunne ta imot pasienten så vart utskrivingsvarselet svært ofte trekt tilbake. Dette vert styrka gjennom oppleving av at pasienten vart varsla utskrivingsklar tre-fire dagar på rad. Kommunen er tvinga til å ta omsyn til heile pasientsituasjonen. Det kan vere busituasjon, i kor grad pårørande kan stille opp eller generell helsetilstand hos pasienten. Kommunen er også avhengig av at fleire kommunale tenester jobbar i lag rundt pasienten for å få eit vellykka pasientløp. Flora kommune hadde bygd opp rutinar, kompetanse og kapasitet til å ta imot pasienten første dag, men for dei kommunane som då ikkje hadde kapasitet til å ta imot, og som måtte sei nei og dermed fekk betalingsdøgn, så kan ein undre seg over om dette var reell varsling eller om sjukehuset kravde betaling dei ikkje skulle hatt.

5.2 Arbeider sjukehuset og kommunen etter ulike syn på helseomgrepet

Det biomedisinske synet på helse og behandling av sjukdom byggjer på eit naturvitskapleg syn og på læra om årsaka til sjukdommen. I følge Blaxter (2004:11) så er det diagnosen som legg føringar for standardisert behandling. Sjukepleiarane på sjukehuset var heilt klare på at dei har fokus på å behandle innleggingsdiagnosen og ikkje dei andre problemstillingane som kommunen ringer og ynskjer avklart før pasienten vert sendt heim. Men alvorlege problemstillingar som vart oppdaga under opphaldet på sjukehuset, vart likevel utreda og behandla. Statistikkane over reinnleggingane syner også at det vart ei betydeleg auke etter reforma trådte i kraft frå 2012. Årsaka kan vere komplikasjonar etter eit sjukehusopphald, som sjukehuset meinte, eller manglande behandling av ein kompleks og uavklart problemstilling. Innleggingsdiagnosen kan vere uklar då eldre og svake pasientar ofte har samansett og komplisert sjukdomsbilde. Då er det ikkje nok å berre behandle den diagnosen som er mest framtreddande. Dei andre problema som då ikkje er avklart vil kunne

føre til at pasienten må leggest inn igjen på sjukehuset. Så kan ein spør om dette er god samfunnsøkonomi? Ein vil ha ein høg produktivitet med mange pasientar gjennom systemet, men effektiviteten vil synke, og dei menneskelege omsyna vert lite ivaretatt.

Sakshandsamarane i kommunen meinte at det ein stor belastning for eit eldre menneske å verte flytta fleire gonger mellom heim og sjukehus. Kommunen har også hatt fleire episodar der pasienten døyr rett etter innkomst til institusjonen, eller ambulansen har måtte snudd tilbake til sjukehuset på veg ut til kommunen med pasienten. Det som var mest utfordrande var dei ulike syna på når ein pasient er utskrivingsklar. Kommunen opplevde at sjukehuset følgde sine rutinar utan å ta omsyn til kvar enkelt pasient sin situasjon. Desse erfaringane kan tyde på at sjukehuset handlar etter ein biomedisinsk modell og ikkje ser pasienten i samhandling med omgjevnadane som vesentleg.

På dialogkonferansen der deltakarar frå Helse Førde og kommunane var samla for å oppsummere korleis delavtala hadde fungert hittil, kom det fram at 84% av kommunalt tilsette opplever pasienten som sjukare når han vert utskriven til kommunen etter 2012, medan det var 38% av dei tilsette ved sjukehuset som meiner det same. Her burde spørsmålsstillinga truleg ha vore definert litt klarare, det skulle vore spurt om når pasienten kjem til kommunen, ikkje når han vert utskriven til kommunen. Men at så mange i kommunen meiner at pasienten er sjukare etter 2012 enn før, samsvarer med statistikken som syner fleire reinnleggingar etter 2012 enn før reforma. Det er også opplevingane til dei tilsette ved korttidsavdelinga der vi tek imot dei som ikkje kan klare seg med hjelp i eigen heim. Ein del av pasientane er så sjuke at dei ikkje kan gjere anna enn å sende dei i retur til sjukehuset, sjølv om innleggingsdiagnosa er avklara.

Kommunen må vurdere heile situasjonen til pasienten når han kjem til korttidsavdelinga før han kan skrivast ut til heimen. Det er kanskje ikkje berre lungebetennelsen som skal vere behandla eller hofteprotesen som skal fungere, men bustaden skal vere tilrettelagt, hjelpemiddel må vere på plass, pårørande bør kunne bidra og andre sjukdommar må vere tatt i vare. Pasienten må også vere mentalt innstilt på å klare seg sjølv, han må oppleve meistring i kvardagen, og vere motivert for å bu i sin eigen bustad. Den biomedisinske modellen har fokus på dårleg helse og ser det som medisinen si oppgåve å behandle sjukdommen. Det kan sjå ut som om det er dette sjukehuset jobbar etter, medan kommunen er nøydd til å sjå heilskapen kring pasienten og jobbar i sterkare grad etter den sosialmedisinske modellen. Å finne pasienten sine sterke sider vert viktig for å fremme meistring. Men sjukehuset

fokuserte på at dei såg pasienten i ukjente omgjevnader, og derfor kunne ha vanskar med å finne pasienten sitt funksjonsnivå i kjende omgjevnader. Dette førte gjerne til at dei ”bestilte” høgre omsorgsnivå enn kva pasienten i realiteten trengte. Dei var usikre på korleis dei skulle tyde ordlyden i delavtala som seier at pasienten skal ha ”like godt eller betre tilbod” i kommunen. Kva skal dei då legge i det, når pasienten har tilsyn 24 timer i døgnet på sjukehuset, då er det ikkje lett å sjå at det er eit like godt tilbod å sende pasienten tilbake til eigen heim med tilsyn frå heimetenesta. Moderne biomedisin ser nok meir på at ulike faktorar i den enkelte sitt liv kan påverke helsa og funksjonsnivået. Men Blaxter (2004:15) meiner at dette er ein liten tilpassing av dette synet på helse, ikkje ein total ny oppfatning. Kommunen opplevde også at sjukehuset når dei var nøydd, klarte å tilpasse sitt syn til å omfatte meir enn berre den konkrete diagnosen.

Den sosialmedisinske modellen sitt syn på helse som legg vekt på meistring og myndiggjering, og ser heile mennesket i samhandling med omgjevnaden, kan sjå ut som den modellen kommunen arbeider etter. I delavtala heiter det at problemstillingane ved innlegging skal vere avklart. Dette jobbar sjukehuset etter. Dei avklarar diagnosen og set i gang behandling, dersom infeksjonsprøvene betrar seg, vert pasienten sendt ut til kommunen. Men delavtala seier vidare at ”*øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart*”. Her er kanskje ikkje sjukehuset gode nok. Dei meiner at dersom dei gjennom prøver avdekkjer ei problemstilling så må dei avklare og behandle den. Men mitt inntrykk er at dei vil ikkje aktivt søke for å finne andre uavklarte problemstillingar enn innleggingsdiagnosen. Og at dei ikkje ynskjer å greie ut alle spørsmåla som kommunen kjem med. Kommunen må sjå på heile situasjonen til pasienten, både bustad, ressursar kring pasienten og den sosiale konteksten som pasienten lever i. Først då kan dei finne korleis dei best mogeleg kan legge til rette for pasienten sin meistring. Men kanskje må både sjukehuset og kommunen tilpasse seg kva som er best for pasienten. Kommunen bør kanskje kjøpe seg eit ekstra døgn av og til, for å vere sikker på at dei har den nødvendige kunnskap og kompetanse på plass. Og sjukehuset bør kanskje la pasienten ligge eit døgn lenger for å vere sikker på at alle problemstillingar vert avklart.

Ein kan undre seg over kvifor kommunen og sjukehuset legg så ulike kriterier til grunn for å sjå ein pasient som utskrivingsklar. Delavtala legg føringane og helsepersonell gjer vurderingane. Det er same profesjonsgrupper som jobbar både i helseføretaka og i den kommunale helsetenesta, og vi har same yrkesetiske retningslinjer, så kvifor vert i tilfelle

vurderingane ulike? Det kan vere vanskeleg å finne svar på dette. Men truleg er det veldig samansett. Ein er sjølv sagt priggitt den konteksten ein jobbar innafor og ein vert også sosialisert inn i den tankegangen som kollegaer jobbar etter. Dei tilsette ser pasienten i ulike samanhengar og i ulike miljø, noko som vil påverke korleis dei ser på pasienten sin eigen meistring. Men ein kan ikkje sjå bort frå at både kommunen og sjukehuset jobbar etter ei viss einingsegoisme, der dei økonomiske insentiva vil påverke kva syn ein legg til grunn for å sjå ein pasient som utskrivingsklar.

5.3 Samhandlar sjukehuset og kommunen utifrå instrumentell eller kommunikativ rasjonalitet

Under arbeidet med delavtala vart vi i arbeidsgruppa godt kjent med kvarandre på tvers av nivåa. Vi hadde mange diskusjonar der vi til slutt kom fram til semje. Vi som kom frå kommunane opplevde spesielt i starten, at sjukehuset ynskte å definere kva som skulle ligge til grunn i avtala. Det var ein litt nedlatande haldning til kommunane og då spesielt med omsyn til fagkompetanse og rutinar i kommunane.

Amdam og Veggeland (2011) ser på instrumentell planlegging som ein prosess med klar start og avslutning. Arbeidet med delavtala ser eg på som eit forsøk på å gjennomføre ein instrumentell prosess. Vi jobba ut frå ei kausaltenkning, der vi såg på årsaker, handlingar og kva verknad vi ville få. Det var ikkje politikarar med under arbeidet, det var fagpersonar og administrativt tilsette som arbeidde fram avtala. Riktig nok var det med tilsettere representantar og ein brukarrepresentant. Men mi oppleving var at vi ikkje var likeverdige partar. Instrumentell planlegging er planlegging frå profesjonelle planleggarar, der kunnskap er den makta som gjev legitimitet til dei planlagde handlingane. Der var dei sterke faggruppene representert ved ein kommunelege og fleire sjukehusetlege som meinte at dei best såg konsekvensane av alternativa som vart fremma.

Vi såg etter kvart at vi vanskeleg ville klare å halde tidsramma med å få avtala ferdig til starten av 2012. Under arbeidsmøta var det heftige diskusjonar, då spesielt omkring kva som skulle vere avklart før pasienten kunne erklærast som utskrivingsklar, og under arbeidet med å få til felles sjekklister som skulle brukast til utsjekk før pasienten vart sendt heim. Det største problemet var at både kommunen og sjukehuset var usikre med omsyn til kva som ville møte oss etter 1.1.2012. Det som i utgangspunktet var meint å vere ein instrumentell prosess, vart etter kvart meir ein kommunikativ ”muddling through” metode. Vi skulle planlegge for ein framtidig situasjon som vi fann uklar, og der vi visste at vi ville møte på

problem og usemje undervegs. Det vart for oss å hoppe frå tue til tue for å komme oss heilskinna gjennom prosessen. Sidan heile delavtala ikkje vart ferdig før fleire månader ut i reforma, så vart det til at vilkåra som forskrifta om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten (HOD 2011), presiserer skal vere avklart for at ein pasient skal kunne definerast som utskrivingsklar, vart tatt rett inn i delavtala utan endring for at vi skulle kunne handle etter den.

Med omsyn til samhandlinga mellom sjukehuset og kommunen frå 2012, der delavtala skulle leggest til grunn, så fekk eg inntrykk av at sjukehuset helst ville følgje sjekklista som skulle vere gjennomgått ved utskriving av pasienten, heilt konsekvent. Medan kommunen ofte tok ein telefon for å avklare spørsmålsstillingar rundt pasienten sitt funksjonsnivå. Dei sjukehusstilsette opplevde det som svært ubehageleg dersom kommunen spurte direkte om dei var heilt sikre på at pasienten var utskrivingsklar. Truleg opplevde dei då at det vart vanskeleg å dekke seg bak eit instrumentelt handlingsmønster. Dei vart ”avkledd” og nesten personleg ansvarleg for at det var gjort riktige vurderingar. For å finne kva funksjonsnivå pasienten eigentleg har, og kva som må verte lagt til rette før han kan sendast heim må ein ha ei felles verkelegheitsoppfatning. Det vert forsøkt gjennom telefonen som kommunen ofte tek der ein prøver å stille spørsmål ved vurderingane til sjukehuset. Truleg kan ein sjå at kommunen forsøker å arbeide etter ein meir kommunikatív metode enn sjukehuset.

For å få til ei god kommunikatív samhandling er det viktig å halde fokuset retta mot konsekvensane av dei vala og handlingane ein gjer, og ikkje høg produksjonen med flest mogleg pasientar gjennom systemet. At kommunikatív rasjonalitet kan føre til auka avstand mellom kunnskap og handling kan vere eit problem. Men då er det viktig at begge parter overheld krava til den tvangfrie diskursen eller den ideelle samtalen. Begge partar må vise vilje til å finne felles forståing og også oppleve å ha same grad av påverknad. Begge partar må også kunne innrømme feil og skifte oppfatning i dei tilfella dei vert møtt med betre argument (Amdam og Veggeland, 2011). Det at kommunen opplevde at sjukehuset stundom let vere å sende ut pasienten når dei stilte spørsmål kring pasienten sin situasjon, for å få tid til å avklare dei etterspurte problemstillingane, syner at ein også jobbar godt i lag og i desse høva var likeverdige parter.

Proessen med å utarbeide delavtale var krevjande, men vi vart godt kjende og knytte kontaktar på tvers av nivåa. Det førte til at når 2012 kom, så kunne vi ringe eller sende e-post til leiarar ved sjukehuset dersom det var problem som måtte gripast fatt i. Leiaren på

medisinsk avdeling var leiart av arbeidet og var svært fleksibel og løysningsorientert. Ho var klar på at det ville gå tid å få implementert dei nye rutinane i ein så stor og tung organisasjon som eit sjukehus er. Der er mange tilsette som skal lærast opp. Dette var også vår oppleving, det var mange startvanskar, truleg på begge sider, men det gikk seg til etter kvart.

Det at prosjektet munna ut i ein dialogkonferanse var veldig positivt. Vi møttes og jobba på tvers av nivå og kommunegrenser, der alle fekk komme med sine utfordringar og forslag til løysing. At eg som leiart av omsorgstenesta var med i prosjektet gjorde til at eg var godt informert om kva og korleis samhandlinga med sjukehuset skulle skje, og eg kunne lage våre rutinar og informere og lære opp personalet mitt godt for å førebu dei inn mot kva som ville møte dei.

6.0 Oppsummering

Det kjem tydeleg fram at både kommunar og sjukehus er raske til å tilpasse seg økonomiske insentiv. Veksten i dei kommunale tenestene har vore sterk, det er oppretta fleire korttidsplassar, og det er kortare liggetid på kvar plass. Kommunane tek imot nesten alle utskrivingsklare pasientar same dag for å unngå å betale døgnmulkt. Det er mulig at dette på sikt kan føre til lågare effektivitet, og sterkare press på både heimetenesta og langtidsplassar på institusjon. Men dette krev at ein ser nærare på om høg produksjon, eller mange pasientar raskt gjennom systemet, gjev dårlegare kvalitet på hjelpa pasienten får og dermed gjev han mindre muligheit til eigen meistring.

I Flora kommune ser vi ei svært negativ utvikling no vidare i 2014 med ein betydeleg auke i tal reinnleggingar på sjukehuset ifrå korttidsavdelinga. Dei første fire månadane er det om lag dobbelt så mange innleggingar som det var i heile 2013. For å finne årsaka til dette må ein sjå nærare på den kommunale kvaliteten og på spesialisthelsetenesta sin kompetanse på eldre med komplekse og samansette lidningar. Det vil vere spennande å følgje med i utviklinga framover med omsyn til reforma, for må ein sjå på kva årsaker som ligg bak dei høge tala.

Truleg vil vi trenge gode samarbeidsavtaler mellom sjukehuset og kommunane for korleis ein best mogleg skal kunne handsame kompliserte og samansette lidningar. Vi vil trenge meir kompetanse om situasjonen til utskrivingsklare pasientar før vi kan konkludere om reforma er vellykka eller skapar utrygge situasjonar for pasienten. Det vil også ta tid før kommunen har fått bygd eigne tilsette sin kompetanse til å ivareta sjukare og meir krevjande pasientar.

Framover vil det vere viktig å fokusere på samarbeid og dialog mellom sjukehus og kommune. Eg fekk inntrykk av at tillita til sjukehuset frå kommunen si sida ikkje var heilt god, og for å fremme eit godt samarbeid til beste for pasienten er tillit til kvarandre vesentleg. At dei økonomiske insentiva kan føre til at både kommunar og sjukehus tenker på eigen vinning gagnar ingen av partane. Helseminister Bernt Høie har varsla ein reversering av medfinansieringsordninga i 2015. Kva som vil komme i staden gjenstår å sjå, men ein kan kanskje sjå at døgnmulkta for utskrivingsklare pasientar også burde vore fjerna. Eg finn at fokuset vert for sterkt på å unngå å betale, og alt for lavt på konsekvensane for kvaliteten på tilbodet til den eldre pasienten med kompliserte og samansette problemstillingar. Det bør ligge til grunn eit system som ikkje fører til at partane optimaliserer eigen økonomi, og som ikkje så klart gjev sjukehuset mest makt.

Det kan verke som om reforma har flytta køproblematikken frå sjukehuset til kommunane, noko som fører til at sjukehuset no får høve til å tilby nye teneste til nye pasientgrupper. Den som må ta rekninga for denne endringa vert kommunane.

Kanskje er det gode med reforma at den ar skapt kommunikasjon mellom partane og avdekka svakheter i systemet.

7.0 Refleksjon og drøfting over eiga læring og utvikling

Min jobb som pleie-og omsorgssjef og no som kommunalsjef for helse, sosial og omsorg i ein mellomstor kommune, har vore arbeidskrevjande og utfordrande under innføringa av samhandlingsreforma. Eg har mangeårig bakgrunn frå spesialisthelsetenesta, og var tildels ukjent med det kommunale systemet, noko som var utfordrande i mange situasjonar.

Årsaka til at eg meldte meg på studiet i helse og omsorg i plan, var ei oppleving av svært manglande kunnskap om planleggingsprosesser. Eg starta i kommunen to år før samhandlingsreforma skulle settast i verk. Mange lange kveldar og helger gikk med til å sette seg inn i den kommunale drifta og dei nye helselovene. Kommunen skulle lage ny helseplan der implementering av samhandlingseforma skulle vere basis. Dette var eit krevjande arbeid, der eg som toppleiar i kommunen opplevde at eg måtte lære etter kvart som vegen vart til. Den nye plan og bygningslova var også ukjent for meg. Og arbeidet med kommunens areal og samfunnsplan opplevdes ukjent og framand.

Eg starta med å lese pensum i god tid før første studiesamling, og fekk mykje ny kunnskap og ei forståing for planprosessane som eg ikkje hadde frå før. Eg hadde som oppgåva seier vore med i plangruppe i høve utarbeiding av delavtaler mellom helseføretaket og kommunane, og var ofte spørjande til prosessane.

Eg fekk no «teoretiske omgrep» til å tenke og forstå prosessane med. Eg kunne sjå kva logikkar som hadde vore gjeldande under planprosessen, og eg reflekterte over kva grunnlag dei ulike medlemmane arbeidde utifrå.

Etter kvart som eg starta med oppgåveskriving, og samstundes las pensum fekk eg større forståing for planprosessar generelt, og for dei planprosessane som eg hadde vore inne i og

dei eg alt var i gong med. Som kommunalsjef er det forventat at du er leiart i ulike planprosessar, og at du har klare formål og metodar for å nå måla i planprosessane.

Under studiet og spesielt med arbeidet med prosjektoppgåva fekk eg ei djupare forståing både for kommunar sine handlingar og for sjukehuset sin situasjon. På dei ulike helsekonferansane eg har vore på i løpet av studieåret har eg hatt fleire og betre briller til å analysere det eg høyrer og til å vere kritisk i min refleksjon over kva som vert sagt.

Litteraturliste

Antonovsky (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Amdam, R. (2010): *Planning in health promotion work: an empowerment model*. Routledge studies in public health. London New York: Routledge

Amdam, R. (2011). Kommuneplanleggingens institusjonelle legitimitet. I Higdem, U. m.fl. (red) (2011): *Plan, region og politikk*. Festskrift til Noralv Veggeland. Oslo, Forlag1.

Amdam, R.(2012). "Fokus på prosess: Kommunikativ og samarbeidande planlegging", i Aarsæther, N. m.fl. (red.) 2012: *Utfordringer for norsk planlegging*. Kristiansand: Cappelen Damm Høyskoleforlaget .

Amdam. R. (2012). *Planlegging og læring som reiskap for kommunal innovasjon*. Notat.

Amdam, R. (2013). "Samhandlingsreforma som partnerskap og innovasjon", i Ringholm, T., Teigen, H. og Aarsæther, N. (red.) *Innovative kommuner*. Kristiansand: Cappelen Damm. Høyskoleforlaget

Amdam, J. & Veggelang, N. (2011). " *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*". Universitetsforlaget. Oslo.

Aarsæther, N., Falleth, E., Nyseth, T. og Kristiansen, R. (red.) (2012): *Utfordringer for norsk planlegging*. Oslo: Cappelen-Damm.

Blaxter, M. (2004): *Health*. Cambridge: Polity

Busch, T., Johnsen, E. og Vanebo, J.O. (2013). *Økonomistyring i det offentlige*. Universitetsforlaget. Oslo.

Christensen, Tom (2012) Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo.
<http://www.okonominettverket.no/Artikkel/1071.html>

Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter- nøkler for å lykkes. (2013). Notat frå kunnskapssenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo.

Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten, og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (2011). *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesten, og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter.* Henta frå: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2011/forskrift-om-kommunal-medfinansiering-av.html?id=670048

Grimsmo, A. (2014). Foredrag nasjonal helsekonferanse. Oslo.

Heløe, L.A. (2012). *Frå paternalisme til pasientrettigheter.* <http://tidsskriftet.no/article/2218496>

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lian, O. (2007). *Når helse blir vare. Medikalisering og makedsorienteing i helsetjenesten.* Høyskoleforlaget. Oslo.

Helse-og omsorgstenestelova (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstenester m.m.* Henta frå: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo.

Mastein, E. (2008) Om enøydde helsereformer og paradigmatisk blindspor. Magma. Econas tidsskrift for økonomi og leiing. 4 /2008. Fagbokfolaget. Oslo. Universitetsforlaget. <http://www.magma.no/om-enoeyde-helsereformer-og-paradigmatisk-blindspor>

Meld. St. 16 (2010–2011) - regjeringen.no Melding til Stortinget Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

Prop. 91 L (2010–2011) - regjeringen.no Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ringholm, Toril, Teigen Håvard & Aarsæther, Nils (2013). *Innovative kommuner*. Cappelen Damm As. Oslo.

Røiseland Asbjørn & Vabo Signy Irene (2012). *Styring og samstyring- governance på norsk*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. Bergen

Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. (2011). Nasjonal veileder. Helse og omsorgsdepartementet. Henta frå:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/veiledninger_og_brosjyrer/2011/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb.html?id=661886

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

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Veggeland, N. (2012) Paradokser i norsk helsevesen: ideologier og helseomsorg. I Veggeland, N. (2012): *Styring og reguleringsparadokser*. Tapir akademisk forlag.

Vedlegg

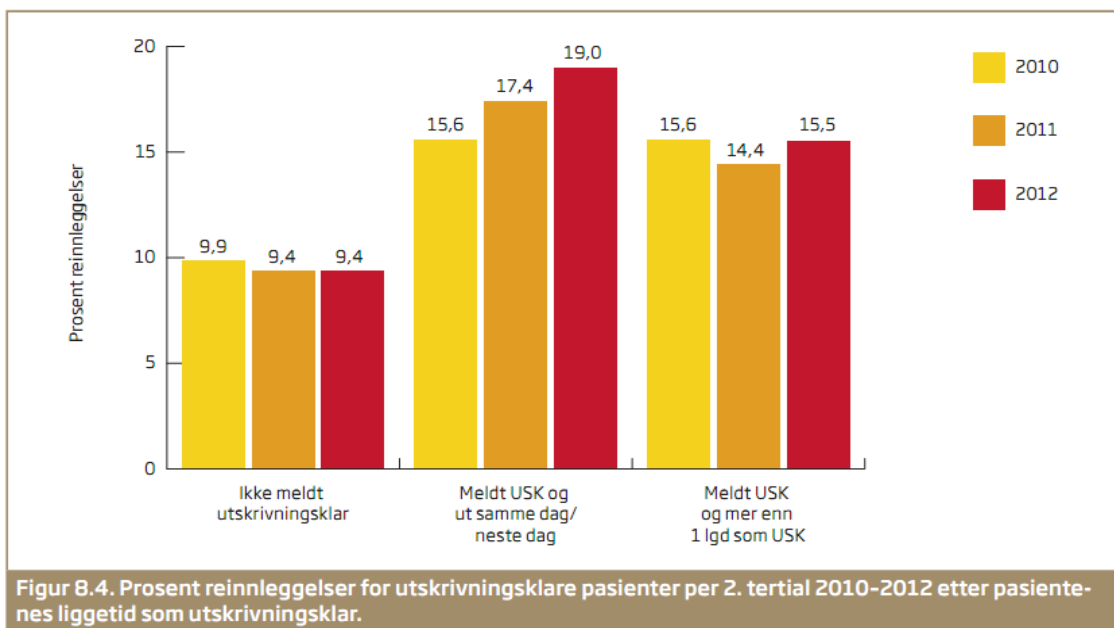
1. Intervjuguide

- Korleis opplevde du at kommunen/sjukehuset var førebudd 1.1.12 til utskrivningsklare pasientar?
- Korleis oppfattar du at sjukehuset/kommunane tolkar delavtalen om utskriving av pasientar? Kva trur du ligg til grunn for denne tolkinga av delavtaler?
- Når ein pasient ikkje vert tatt imot, kva er dei vanlegast årsakene?
- Opplever dykk at det av og til skulle latt pasienten ligge nokre døgn lenger, men likevel tek imot/skriv ut? Skjer dette ofte? Kva vurderingar ligg til grunn for utskriving i desse tilfella?
- Korleis foregår kommunikasjonen rundt situasjonen til pasienten? Fungerer det tilfredstillande? Eventuelt kvifor/kvifor ikkje?
- Kva moment /forhold vert vektlagde ved sjukehusa og i kommunane med tanke på om pasienten er utskrivningsklar? er desse vurderingane ulike ved sjukehuset og kommunane?

2. Nasjonale tal frå evaluering av utskrivningsklare pasientar

Under den nasjonale Helsekonferansen (2014) vart tal frå evalueringa av samhandlingsreforma presentert. Professor ved NTNU Anders Grimsmo, synta at talet reinnleggingar hadde auka etter 2012 (Grimsmo, Anders. 2014).

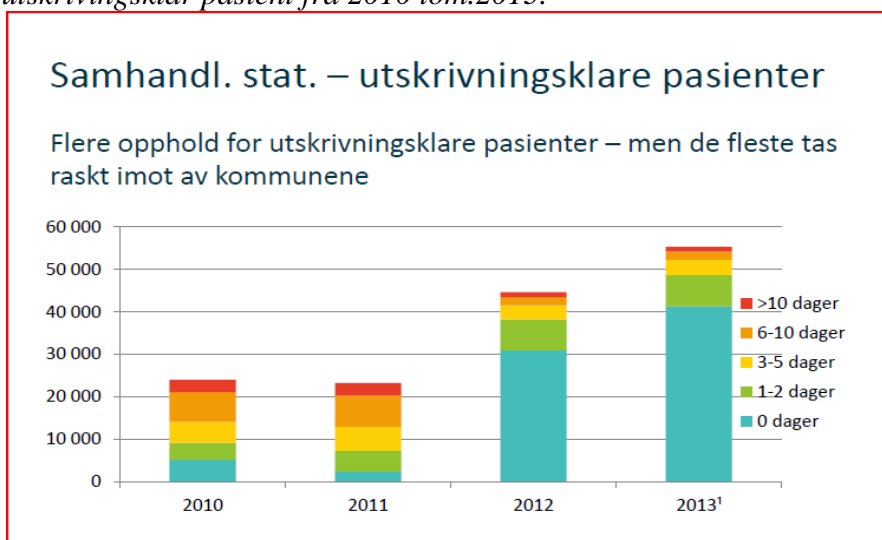
Fig.3. Utskrivningsklare pasienter og reinnlegginger for heile landet (%)



Data fra Norsk pasientregister.

Tabellen syner at blant pasientar som ikkje vert meldt utskrivingsklare så er det vel 9% som vert reinnlagt, medan det blant dei som vert sendt heim same dag som dei er utskrivingsklare er 19% reinnleggingar, noko som e ein auke frå 15,6% i 2010. Dei som vert liggande på sjukehuset eit døgn eller meir etter dei er meldt utskrivingsklare har lågare risiko for å bli reinnlagt, tala her syner liten endring frå 2010 til 2012.

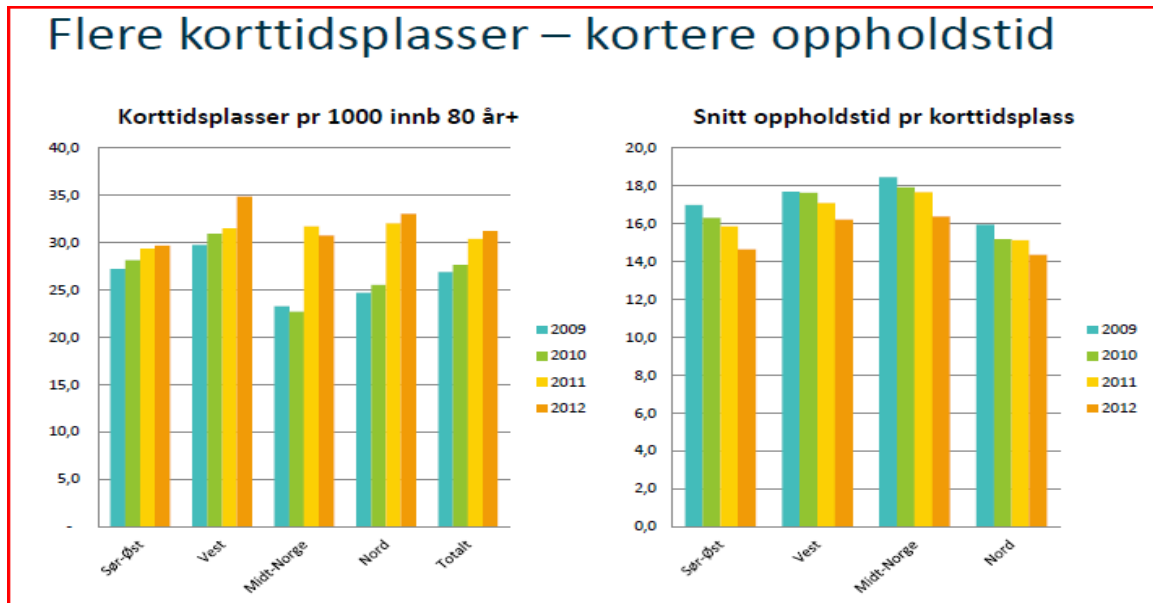
Fig.5. Samhandlingsstatistikk, som syner tal liggedøgn på sjukehus etter varsel om utskrivingsklar pasient frå 2010 tom.2013.



Tabellen syner at det er fleire sjukehusopphald for utskrivingsklare pasientar etter samhandlingsreforma starta i 2012 enn åra før. Men medan dei fleste pasientane i 2010 og 2011 låg lenger enn 3 dagar etter dei var utskrivingsklare, og svært mange 6 dagar og lenger, så vert dei fleste tatt i mot første dag eller i løpet av 1-2 dagar frå 2012.

Neste figur er ei oversikt over utviklinga i talet på korttidsplassar i dei ulike regionale helseføretaka, og opphaldstid per korttidsplass i perioden 2009-2012.

Fig.4. Utviklinga i tal korttidsplassar og oppholdstid pr. korttidsplass frå 2009 tom.2012, for heile landet. (Slåttbrekk 2014).



Utviklinga syner ein sterk auke i tal korttidsplassar i kommunane, største auken kom frå 2011 til 2012. Det er betydelege forskjellar i ulike delar av landet, der vest Noreg har flest korttidsplassar pr.1000 innbyggjarar over 80år. Med omsyn til kor mange liggedøgn det er pr. plass så er det ein liten nedgang over heile landet. I vest Noreg låg ein pasient i snitt knapt 19 døgn på ein korttidsplass. I 2012 var talet 16.

3. Spørjeskjema frå dialogkonferansen

Fig.4. Spørjeskjema frå dialogkonferansen

Samhandlingsrefoma overfører meir ansvar til kommunane, og krev betre kommunikasjon mellom sjukehus og kommune ved utskiving av pasientar.
Alle svarar på spørsmåla under:

a. *Er kommunikasjonen mellom sjukehus og kommunen er betre hausten 2012 enn hausten 2011?*
Ja nei

b. *Opplive du at pasientane som vert utskrivne i dag er sjukare enn tidlegare?*
Ja nei

c. *Ved kor mange av utskivingane meiner du mottakande kommune/min kommune er i stand til å gje eit godt nok tilbod til pasienten når han kjem til kommunen? Angi prosent (tal frå 0-100)*

Eg arbeider på/i: *Sjukehus* *Kommune*