



## **Samhandlingsreformen**

### **Implikasjoner av «møtet» mellom økonomiske incentiver og profesjonskultur.**

### **En case – studie av Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus**

Masteroppgave i Endringsledelse

Av Ola Ravndal Bjørnstad

13.06.2014

Institutt for media-, kultur- og samfunnsfag.

Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

**MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE**

---

**SEMESTER:** Vår, 2014.

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Samhandlingsreformen. Implikasjoner av «møtet» mellom økonomiske incentiver og profesjonskultur. En case-studie av Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus.**

---

**FORFATTER:** Ola Ravndal Bjørnstad

---

**VEILEDER:** Ståle Harald Opedal, IRIS.

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Endring, samarbeid, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter, samarbeidsavtaler. Instrumentell logikk, kultur-betinget logikk, profesjonskultur, frastøting, addering, fratrekking, tilkobling, intelligens.

---

**SIDETALL:**

102 (Inklusiv litteraturliste og vedlegg).

---

**STAVANGER .....13.06.2014.....**

**DATO/ÅR**

## Forord

Innlevering av masteroppgaven markerer for meg avslutningen av studiet Endringsledelse ved UiS. Det har vært to lærerike og utviklende år. Gjennom studiet har tidligere erfaringer fra utdanning og arbeidsliv blitt tilført ny kunnskap og nye ideer som jeg kan få bruk for framover.

Formelt består oppgaven av ett semesters studie og har blitt gjennomført våren 2014.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Ståle Opedal. Takk for engasjementet og for faglige innspill gjennom hele prosessen.

En stor takk rettes også til samtlige respondenter i Stavanger Kommune og ved Stavanger Universitetssykehus. Uten dere hadde denne oppgaven ikke blitt noe av. Stor takk til kontaktperson i Stavanger Kommune, Bente Gunnarshaug, kontaktperson ved medisinsk divisjon ved SuS, Erna Harboe og til kontaktperson ved SuS seksjon for samhandling, Marianne Amdal.

I arbeidet med oppgaven har jeg fått økt innblikk til det mangfoldet av utfordringer myndighetene står overfor i planlegging og ikke minst implementering av en stor helsereform som samhandlingsreformen. En overordnet problematikk har reist seg. I hvilken grad bør slik planlegging legges til helsebyråkrater og økonomer, og i hvor stor grad bør sterke faggrupper som sykehuslegene kunne være med på å legge føringer for utvikling av helsetjenestene?

Det har vært krevende, men svært lærerikt å studere innenfor dette feltet. Jeg håper oppgaven kan bli stående som meningsfull lesing, samtidig som den kan være en inspirasjon for videre forskning i spennet mellom økonomiske og faglige hensyn, der målet må være å finne intelligente løsninger på helse og omsorgssektorens utfordringer.

For ordens skyld vil jeg påpeke at jeg alene fullt ut står ansvarlig for denne oppgavens innhold.

Stavanger, 13.06.2014

Ola Ravndal Bjørnstad

## Sammendrag

Denne oppgaven har sin bakgrunn i den problematikk helse og omsorgssektoren står overfor med aldrende befolkning og økt bruk av kostnadsgenererende spesialisthelsetjenester. Samfunnets svar på utfordringene søkes delvis løst gjennom samhandlingsreformen som med de økonomiske incentivene kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter søker å avdempe problemene gjennom økt satsing på forebyggende arbeid og oppbygging av alternative, kostnadsmoderate helsetjenester i kommunal regi og effektive sykehus.

Gjennom en casestudie av Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus (SuS) reises problemstillingen:

***«Hvordan har samhandlingsreformens økonomiske incentiver påvirket samarbeidet mellom fagmiljøene i Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus?»***

Et hovedanliggende har vært å belyse om og hvordan helseprofesjonene, i studiet presentert ved sykehuslegene, reagerer på incentivene. Hvilke beveggrunner og analyse av helsevesenet ligger bak atferden? Hvorfor har sykehuslegene og toppbyråkratene i Stavanger Kommune ulike syn? Studien søker å belyse hovedproblemstillingen ut fra et instrumentelt perspektiv på organisasjon, endring og ledelse og fra et profesjonspreget kulturperspektiv.

Samhandlingsreformen tar utgangspunkt i at utviklingen i helse og omsorgssektoren truer velferdsstatens bæreevne. På denne måten er samhandlingsreformen på mange måter en sparerreform. Kostnadsreduksjonen skal komme med bedre samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, økt fokus på forebyggende arbeid og at pasientene skal mestre sine sykdomstilstander. For å nå målene ligger bl.a. to økonomiske incentiver til samhandlingsreformen. Det første incentivet, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, innebærer at kommunene får overført 20% av det det koster med innleggelse i spesialisthelsetjenesten for å betale sin del av regningen. Dette mener regjeringen skal bevisstgjøre kommunene viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Det andre incentivet er den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter som innebærer at kommunen for hver dag en pasient er erklært utskrivingsklar av en sykehuslege og fremdeles ligger i sykehus må betale «dagbøter» på 4125 kr. Incentivet skal løse problemer med at utskrivingsklare pasienter hopet seg opp på sykehus, noe som ikke var bra for pasientene selv, i tillegg til å være unødvendig dyrt ettersom en sykehusseng er lang dyrere enn en seng på f.eks. sykehjem. For å regulere samhandlingsreformen finnes lovpålagte avtaler mellom helseforetakene og kommunene. Disse er for Stavanger Kommune og SuS sin del etablert på rådmann – direktør nivå, men forvaltes av samhandlingsutvalget der representanter fra begge parter møtes jevnlig.

Når det gjelder den kommunale medfinansieringen tyder funn i studiet på at både Stavanger Kommune og SuS konkluderer med at incentivet ikke fungerer. Fra et instrumentelt ståsted kan dette ha å gjøre med at det er svakt, uklart og således ikke den styrke som trengs for å være et redskap for ønsket utvikling. Fra et kulturperspektiv møter incentivet en legekultur som ikke er opptatt av økonomi og en kultur i kommunen der forebygging står svakt og der man opplever å ikke ha kontroll med utgiftene incentivet genererer.

Den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter på den andre siden ser det ut både Stavanger Kommune og SuS ser på som et velfungerende virkemiddel. Ut fra et instrumentelt perspektiv kan det sies å være målrettet, hurtig og sterkt. Det belønner og straffer alt ettersom det blir fulgt eller ikke. Ut fra et kulturperspektiv kan det se ut til å sammenfalle med legenes interesser som er effektiv pasientbehandling med kapasitet til og fokus på høy faglig standard i arbeid med de sykeste pasientene. I kommunen ser incentivet ut til å møte en kultur der kommunen ser på seg selv som den beste aktør til å ivareta utskrivingsklare pasienters behov, og en kultur som også forholder seg lojalt til myndighetenes krav.

Samarbeidet mellom Stavanger Kommune og SuS er regulert gjennom arbeid i samhandlingsutvalget og gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler. Funnene her tyder på at det fra begge aktører er elementer av at både samarbeidet og avtalene er et ferriss for å ivareta lovkrav. For SuS sin del ser det også ut til at SuS seksjon for samhandling, samarbeidsutvalget og avtalene er med på å skjerme sykehusets kjerneoppgaver, nemlig pasientbehandlingen, noe som samsvarer med legenes profesjonskultur der man ønsker fokus på stadig faglig utvikling innen den enkelte spesialisering og kunne gi behandling ut fra svært høy medisinsk standard.

Metode anvendt i oppgaven er en casestudie med et hermeneutisk-fenomenologisk utgangspunkt. Det har blitt samlet inn litteratur nasjonalt som omhandler samhandlingsreformen, fra samfunnsdebatten om reformen, og internasjonalt fra litteratur som omhandler liknende helsereformer og profesjonsbasert kultur blant leger. Det har blitt utført sju dybdeintervjuer fra respondenter i Stavanger Kommune, sykehusleger på SuS og fra administrasjonen på SuS.

Funnene i intervjuene er drøftet med utgangspunkt i et instrumentelt perspektiv på organisasjon og ledelse contra et profesjonspreget kulturperspektiv. Perspektivene er blitt kombinert i analysen av hvorfor noen av virkemidlene har virket på en tilsiktet måte, mens andre ikke har virket slik reformmakerne ønsket. Eksempelvis kan den tilsiktede virkningen av det kommunale betalingsansvaret for utskrivingsklare pasienter forklares med at virkemidlet er kompatibelt med kulturelle normer blant sykehuslegene, samtidig som det har endret kommunens tjenester i en instrumentelt tilsiktet retning. Metodisk har målsettingen vært å utarbeide mulige forklaringer på de empiriske fenomenene som har avdekket seg, i en abduktiv forstand. De teoretiske perspektivene har strukturert hva jeg empirisk har fokusert

på, men de er ikke brukt deduktivt gjennom testing av forhåndsgenererte hypoteser. Eksplorerende meningsgenerering innenfor rammen av de teoretiske perspektivene har derfor vært et viktig siktemål gjennom de teoretiske og metodiske valg jeg har gjort i oppgaven.

## **INNHold**

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>4</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Førforståelse og arbeidshypoteser</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Problemstilling</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Beskrivelse av samhandlingsreformen</b>	<b>12</b>
<b>1.3.1 Økonomiske virkemidler</b>	<b>13</b>
<b>1.3.1.1 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten</b>	<b>14</b>
<b>1.3.1.2 Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter</b>	<b>14</b>
<b>1.4 Andre virkemidler. Avtaler mellom SuS og Stavanger Kommune</b>	<b>14</b>
<b>1.5 Kunnskapsstatus</b>	<b>15</b>
<b>1.6 Refleksjoner og debatt</b>	<b>19</b>
<b>1.7 Presentasjon av aktuelle case</b>	<b>19</b>
<b>1.7.1 Stavanger Kommune</b>	<b>20</b>
<b>1.7.2 Stavanger Universitetssykehus</b>	<b>21</b>
<b>1.7.2.1 Medisinsk divisjon</b>	<b>21</b>
<b>1.7.2.2 Kardiologisk seksjon</b>	<b>22</b>
<b>1.7.2.3 Lungeseksjonen</b>	<b>22</b>
<b>1.7.2.4 Seksjon for samhandling</b>	<b>23</b>
<b>2.0 TEORI</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Om å studere organisasjoner</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Organisasjonsideer som preger samtiden</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Instrumentell innfallsvinkel til organisasjon, endring og ledelse</b>	<b>26</b>
<b>2.3.1 Instrumentell logikk i helse og omsorgssektoren</b>	<b>27</b>
<b>2.4 Kulturperspektiv på organisasjon, endring og ledelse</b>	<b>27</b>
<b>2.4.1 Legers profesjonskultur</b>	<b>28</b>
<b>2.5 Når kultur møter instrumentell logikk</b>	<b>31</b>
<b>2.6 Kontekstualisering og translatørkompetanse</b>	<b>34</b>

<b>3.0 METODE</b>	<b>37</b>
<b>3.1 Kvalitativ metode og aktuell studie</b>	<b>37</b>
<b>3.2 Forskningsspørsmål</b>	<b>38</b>
<b>3.3 Case studie design</b>	<b>38</b>
<b>3.3.1 Spørsmålene som stilles i en case studie</b>	<b>39</b>
<b>3.3.2 Subjekt for diskusjon og analyse</b>	<b>39</b>
<b>3.3.3 Casestudiers rammer og grenser</b>	<b>40</b>
<b>3.3.4 Logikken som linker data til subjektet for diskusjon og analyse</b>	<b>40</b>
<b>3.3.5 Kriterier for styrken av funn</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Valg av forskningsstrategi</b>	<b>41</b>
<b>3.5 Hvilke empiriske data skal samles inn og hvilke metoder skal benyttes i datainnsamlingen- og hvorfor?</b>	<b>42</b>
<b>3.6 Analyse av data</b>	<b>43</b>
<b>3.7 Drøfting av mulige validitets og reliabilitetsutfordringer ved eget design</b>	<b>44</b>
<b>3.8 Yrke og arbeidssted. Forskningsetiske implikasjoner?</b>	<b>44</b>
<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN OG OBSERVASJONER</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Samhandlingsreformen sett fra kommunalt ståsted</b>	<b>46</b>
<b>4.1.1 Kommunal medfinansiering og forebyggingsarbeid</b>	<b>47</b>
<b>4.1.2 Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter</b>	<b>49</b>
<b>4.1.3 Dialogen med sykehuset</b>	<b>51</b>
<b>4.1.4 Oppfatninger om samhandlingsreformens videre skjebne</b>	<b>54</b>
<b>4.1.5 Foreløpig oppsummering av undersøkelser i Stavanger Kommune</b>	<b>56</b>
<b>4.2 Samhandlingsreformen sett fra sykehusets ståsted</b>	<b>57</b>
<b>4.2.1 Om legekultur</b>	<b>58</b>
<b>4.2.2 Kommunal medfinansiering av sykehusets behandling</b>	<b>60</b>
<b>4.2.3 Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter</b>	<b>62</b>
<b>4.2.4 Dialogen og samarbeidet med Stavanger Kommune- og sykehusinternt samarbeid</b>	<b>64</b>
<b>4.2.5 Oppfatninger om veien videre for samhandlingsreformen</b>	<b>68</b>
<b>4.3 Foreløpig oppsummering av undersøkelser i SuS</b>	<b>71</b>



<b>5.0 DRØFTING AV FUNN</b>	<b>72</b>
<b>5.1 Empiriske funn i Stavanger Kommune sammenlignet med SuS</b>	<b>72</b>
<b>5.2 Teoretisk analyse</b>	<b>78</b>
<b>5.2.1 Hvorfor virker den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter?</b>	<b>78</b>
<b>5.2.2 Hvorfor fungerer ikke medfinansieringen etter intensjonen?</b>	<b>79</b>
<b>5.2.3 Om mangelfull implementering av samarbeidsavtaler</b>	<b>81</b>
<b>5.2.3.1 Instrumentell forklaring</b>	<b>81</b>
<b>5.2.3.2 Kultur- betinget forklaring</b>	<b>82</b>
<b>6.0 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNING</b>	<b>84</b>
<b>6.1 Forskningsspørsmål og konklusjon</b>	<b>84</b>
<b>6.2 Videre forskning</b>	<b>86</b>
<b>LITTERATUR</b>	<b>88</b>
<b>VEDLEGG</b>	
<b>Vedlegg 1 Prosjektgodkjenning SuS seksjon for samhandling</b>	<b>91</b>
<b>Vedlegg 2 Prosjektgodkjenning fra NSD</b>	<b>92</b>
<b>Vedlegg 3 Prosjektgodkjenning Stavanger Kommune</b>	<b>94</b>
<b>Vedlegg 4 Prosjektgodkjenning lege med personalansvar, SuS</b>	<b>96</b>
<b>Vedlegg 5 Intervjuguide, toppbyråkrater, Stavanger Kommune</b>	<b>98</b>
<b>Vedlegg 6 Intervjuguide, båråkrat, SuS seksjon for samhandling</b>	<b>100</b>
<b>Vedlegg 7 Intervjuguide, sykehusleger, SuS</b>	<b>101</b>

## **1.0 INNLEDNING**

Det Kongelige Helse – og Omsorgsdepartement presenterte med St.mld.nr.47 (2008-2009) samhandlingsreformen, som ble innført fra 01.01.2012. Samhandlingsreformen presenteres fra regjeringen som et svar på de samfunnsmessige utfordringer som en aldrende befolkning og en økende bruk av kostnadskrevende spesialisthelsetjenester representerer. Regjeringen vil med reformen forsøke å dempe kostnadsveksten ved å satse på forebyggende helsearbeid og bygge opp tilbud i kommunene som alternativ til bruk av spesialisthelsetjenesten. Koordineringen av tjenestene og satsing på helhetlige pasientforløp er også en del av samhandlingsreformen.

Tema for denne oppgaven er hvilke implikasjoner implementeringen av reformen får i møtet med profesjonskultur, da gjennom møtet med legestanden på medisinsk divisjon ved SuS. Dette vil bli undersøkt gjennom å se på hvordan reformens økonomiske incentiver, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter virker inn på samhandlingen mellom aktørene.

Gjennom en case-studie vil Stavanger Kommunes avtaler og samarbeid med SuS bli brukt for å belyse implikasjonene av møtet mellom instrumentell reform og profesjonskultur. Oppgaven tar også mål av seg til å utforske Stavanger kommunes satsing på forebyggende arbeid i kjølvannet av samhandlingsreformen. I tillegg vil det bli sett på om SuS avtaler med kommunen om ansvarsforhold når pasienter er innlagt SuS og utskrives til kommunen, har elementer ved seg som tilsier at avtalene er bygget opp for å imøtekomme lovkrav, men at det egentlig er profesjonslogikk og et selvbeskyttende økonomisk spill som ligger til grunn for organisasjonenes egentlige fungering.

### **1.1 Førforståelse og arbeidshypoteser**

I tråd med Gadamer (1989) begrep førforståelse vil jeg her kort presentere mine forventninger om funn før intervjudata ble innhentet. Den kvalitative metode som ligger til grunn for tolking av data vil bli redegjort for i kapittel 3, men her er det et overordnet poeng å vise til hva som var mitt utgangspunkt før jeg interagerer med intervjuobjektene.

Til grunn for min førforståelse lå i tillegg til aktuell litteratur og dokumenter på området arbeidserfaring fra nærmere 14 år innen helse og sosialsektoren. Arbeid som tidvis har berørt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Førforståelsen har inspirert til formulering av problemstilling og forskningsspørsmål. I oppgavens analysedel, er førforståelsen prøvd opp mot data innhentet, og ny forståelse har

oppstått og blitt skriftliggjort. Uten å gå detaljert til verks innledningsvis vil jeg gi følgende kommentar til forventninger om funn:

Jeg tenker at legene med en sterk profesjonskultur som gjerne forfekter de beste medisinske og etiske begrunnelser for arbeidet med pasientene generelt vil ha problemer med en sparereform, som jeg langt på vei ser på samhandlingsreformen å være. Videre vil spesialisthelsetjenesten som får store midler fra finansieringsordningene med statlig innsatsstyrt finansiering ikke ha finansielle problemer som følge av kommunal medfinansiering. Den vil derfor bli sett på som fullstendig irrelevant. Kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter er imidlertid vellykket fordi det passer godt med det legene ser på som ønskelig drift. En utskrivingsklar pasient er fra sykehusets side ferdigbehandlet, det kan være greit å få dem videre så fort som mulig til et lavere omsorgsnivå i kommunal regi slik at legene kan konsentrere seg om pasienter med mer akutte behov.

Videre er min førforståelse at Stavanger Kommune vil se på de frie midlene som kommunal medfinansiering potensielt skal kunne utløse, og som skal motivere til satsing på forebyggende arbeid som for svakt, eller mer presist, det er rett og slett ikke nok penger til at det lønner seg å satse forebyggende. Det kommunale betalingsansvaret for utskrivingsklare pasienter blir fulgt opp fordi det lønner seg økonomisk for kommunene. Dette igjen får, i alle fall potensielt, konsekvenser for andre grupper, da spesielt pasienter som bor hjemme og kunne trenge et opphold på sykehjem.

For å imøtekomme samhandlingsreformens krav oppretter Stavanger Kommune ikke-tilstrekkelige helseforebyggende tiltak. Sykehuset og kommunen oppretter et vell av avtaler for å møte samhandlingsreformens juridiske krav. Jeg tar i denne oppgaven for meg avtalen om ansvarsforhold ved innleggelse og utskriving samt en avtale om forebyggende arbeid. Sykehusets samhandlingsutvalgs møtevirksomhet som skal følge opp avtalene tyder, slik jeg ser det, på at avtalene langt på vei er et fenniss, uten reelt innhold og reell oppfølging.

Resultatene av samhandlingsreformen kan se ut til å være oppbygging av doble tjenester uten at det kommer befolkningen til gode og på ingen måte skaper mer koordinerte tjenester og helhetlige behandlingsforløp slik reformen legger opp til.

Opgaven er bygget opp slik at det nå i innledningen, kapittel 1, først presenteres en problemstilling. Videre følger en beskrivelse av samhandlingsreformen slik den presenteres fra regjeringen. Deretter følger en kunnskapsstatus og kritikk av reformen, før oppgavens case presenteres. Kapittel 2 inneholder relevant teori om organisasjon, ledelse og profesjonskultur. Kapittel 3 er metodekapitlet som tar for seg forskningsspørsmål som skal være egnet til å besvare problemstillingen, samt case-studiedesign. I kapittel 4 presenteres funn fra intervjuene og meningsgenerering gjennom mine tolking, mens kapittel 5 analyserer de

empiriske funnene ut fra de teoretiske perspektivene. Det siste kapitlet, kapittel 6, konkluderer i lys av forskningsspørsmålene og viser noen temaer som det bør forskes mer på.

## 1.2 Problemstilling

Som det fremkommer av innledningen og kapittel 1.5 «Kunnskapsstatus» er samhandlingsreformen myndighetenes svar på samfunnsmessige utfordringer med en aldrende befolkning og stadig økende utgifter til kostnadskrevede spesialisthelsetjenester. Forskning på om man med reformen får indirekte effekter synes viktig både for å ivareta samfunnets behov for og krav om fornuftig ressursbruk, men ikke minst også som et bidrag til å si noe om samhandlingsreformen fungerer etter intensjonen og om man eventuelt bør justere incentiver og politikk for å få til et best mulig helsevesen.

Denne oppgaven har som overordnet målsetting å finne ut om det er forhold ved sykehuslegenes profesjonskultur som fremmer og eller hemmer implementeringen av samhandlingsreformens økonomiske incentiver, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter. Dette vil bli undersøkt ved hjelp av en case studie som impliserer Stavanger Kommune og SuS. Gjennom intervjuer i de berørte organisasjonene vil forskjellige virkelighetsoppfatninger om incentivene og utfordringer for helse-Norge i tiden fremover blir forsøkt avdekket.

I lys av det ovenfornevnte blir oppgavens problemstilling som følger:

*«Hvordan har samhandlingsreformens økonomiske incentiver påvirket samarbeidet mellom fagmiljøene i Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus? En case studie».*

## 1.3 Beskrivelse av samhandlingsreformen

I samhandlingsreformen St.mld. nr. 47 (2008-2009) beskrives det at det blir stadig flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander samtidig som det blir færre yrkesaktive. Dette gir angivelig utfordringer for velferdsstatens bæreevne. Slik jeg forstår det er kjernen i samhandlingsreformen at kostnadsreduksjon i helse og omsorgssektoren kan og må skje gjennom bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, økt fokus på forebyggende arbeid og at pasientene skal mestre sine sykdomstilstander. Utgangspunktet både før og etter samhandlingsreformen er likevel at det offentlige skal ha ansvaret for at befolkningen tilbys gode og likeverdige helse og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, økonomi, sosiale og etniske forhold. Det beskrives samhandlingsutfordringer mellom de forskjellige nivåene i helse og omsorgssektoren. Spesielt nevnes problemer som:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Målene i samhandlingsreformen er å svare på de tre problemene nevnt ovenfor. Dette skal skje gjennom fem hovedgrep/mål som regjeringen ikke ser noen motsetninger mellom, nemlig:

1. Klarere pasientrolle
2. Ny fremtidig kommunerolle
3. Etablering av økonomiske insentiver
4. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

I tillegg skal det også satses på IKT, personal, forskning, utdanning som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

### **1.3.1 Økonomiske virkemidler**

Jeg vil i denne oppgaven fokusere på ett av grepene som regjeringen foreslår for å bedre samhandlingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten, nemlig etableringen av økonomiske incentiver. I St.meld.nr.47 (2008-2009:97) beskrives de to økonomiske incentivene denne oppgaven vil ta utgangspunkt i, innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter ved sykehusene til kommunene. Det beskrives at man med det økonomiske systemet før samhandlingsreformen hadde et system som gjennom en årrekke satte diagnose og behandling foran forebygging og mestring.

Det er min forståelse at regjeringen med samhandlingsreformen overordnet vil sikre samfunnets økonomiske bæreevne. Dette skal slik jeg forstår det primært skje ved å overføre pasienter fra den presumtivist langt mer kostnadsgenererende spesialisthelsetjenesten til den langt mer kostnadsmoderate kommunehelsetjenesten. Videre tas det sikte på å stimulere kommunene til helsefremmende og forebyggende arbeid. Konkrete tiltak er innføring av de økonomiske incentivene kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og overføring av det økonomiske ansvaret for utskrivingsklare pasienter til kommunene

### **1.3.1.1 Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten**

Den kommunale medfinansieringen er satt til 20% av kostnaden for et opphold på medisinsk avdeling. Det økonomiske ansvaret konkretiseres av regjeringen <sup>1</sup>som oppsummerer at kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får overført 5,6 milliarder kr. til å betale sin del av regningen når innbyggerne legges inn i spesialisthelsetjenesten. Målet sies fra regjeringens side å være en bevisstgjøring i kommunene om viktigheten av å fremme helse, forebygge sykdom, bygge opp lokale tilbud, og at kommunene tar større ansvar for innbyggernes helse.

### **1.3.1.2 Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter**

Om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter presenterer regjeringen at <sup>2</sup>den innføres fordi det ligger for mange pasienter på sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Dette er kostnadskrevende og ses også på som krevende for pasientene det gjelder. Den kommunale betalingsplikten fra dag 1 når en pasient er utskrivingsklar innføres med en døgnstaks på 4125kr for å endre praksisen. Målet er hurtigst mulig overføring til f.eks. korttidsopphold på institusjon eller opphold med oppfølging fra kommunen i hjemmet når pasienten er utskrivingsklar fra sykehuset.

## **1.4 Andre virkemidler. Avtaler mellom SuS og Stavanger Kommune**

Til grunn for samarbeid relatert til samhandlingsreformen finnes et stort avtaleverk mellom Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus (SuS). Ettersom jeg i denne oppgaven ser nærmere på samhandlingsreformens økonomiske incentivers implikasjoner i møtet med profesjonskultur, er det min vurdering at delavtale 5<sup>3</sup> og 10<sup>4</sup> er mest relevant: Delavtale 5 «Samarbeidsavtale om ansvars og oppgavefordeling ved opphold i og utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten» og delavtale 10 «Samarbeidsavtale om helsefremmende og forebyggende arbeid»

Delavtale 5 omhandler bl.a. direkte kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter i sitt pkt. 6.2.3. Videre omhandler delavtale 5 kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens ansvar når pasienten er til behandling i spesialisthelsetjenesten, når pasienten er utskrivingsklar, og når pasienten skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til

---

<sup>1</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?regj\\_oss=1&id=650122](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?regj_oss=1&id=650122)

<sup>2</sup> <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/utskrivningsklare-pasienter.html?id=650123>

<sup>3</sup> <http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/J%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Delavtale%20nr.%205.PDF>

<sup>4</sup> <http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/O%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Delavtale%20nr%2010.PDF>

kommunehelsetjenesten. Avtalen omhandler også prinsipper for god kommunikasjon og retningslinjer for håndtering av uenighet.

Delavtale 10 omhandler samhandling om helsefremmende og forebyggende arbeid. Den tar for seg kommune og spesialisthelsetjenestens felles ansvar og ansvar hver for seg når det kommer til primær og sekundær forebygging. Primærforebygging skal hindre et problem i å oppstå mens sekundærforebygging skal redusere et oppstått problems varighet, omfang og utbredelse. Avtalen omhandler mange tema, men overordnet dreier seg om samhandling rundt informasjonsarbeid overfor befolkningen, informasjonsutveksling av epidemiologiske data og informasjon om kommunens primærforebyggingsarbeid og styrking av den enkeltes egenmestring. Det kommer frem av avtalen at kommunen bør drive frisklivsarbeid, gjerne gjennom en egen frisklivssentral.

## 1.5 Kunnskapsstatus

Av foreliggende materiale finnes lite studier på de økonomiske incentivenes effekter. Samhandlingsreformen kan ses på som en reform som blant annet skal dempe kostnadsveksten i helse og omsorgssektoren. Diskusjonen går på om den virker, eller om det finnes drivkrefter så sterke i en aldrende befolkning og utvikling av stadig mer avanserte medisinske tilbud at kostnadsveksten vil fortsette nærmest uavhengig av samhandlingsreformen. Et annet spørsmål er om samhandlingsreformens prioritering av utskrivingsklare pasienter går på bekostning av andre grupper. I det følgende vil først kunnskapsstatus og deretter samfunnsdebatt bli presentert.

I dette bildet vil mitt bidrag gjennom denne oppgaven bli spesielt opp mot sykehuset. Hvilke implikasjoner får møtet mellom reformen og sykehuslegenes profesjonskultur? Hvordan passer sykehuslegenes virkelighetsbilde om travel hverdag og medisinskfaglige utfordringer med samhandlingsreformens økonomiske incentiver?

Fra flere hold påpekes det at incentivet om kommunal medfinansiering er for svakt og ikke legger til rette for at kommunene satser på forebyggende arbeid. Det tas opp, at den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter går på bekostning av hjemmeboende med behov for sykehjemsplass, og at kommunene er bekymret for kostnader ved reformen og opplever uklare ansvarsforhold.

I en artikkel i Dagens Næringsliv, 01.10.2012<sup>5</sup> presenterer Abelsen og Ringholm ved Norut oppdragsforskning for KS. Artikkelen problematiserer at det umiddelbare betalingskravet for utskrivingsklare pasienter er et langt sterkere incentiv for kortsiktig handling enn

---

<sup>5</sup> <http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=0550082012100177B3688CCB536EF06D7530D69FB3760A&serviceId=2>

medfinansieringen hvor langsiktige tiltak kan redusere kostnadene. Det gis videre uttrykk for bekymring for kostnadene for kommunenes del. Det åpnes opp for en mekanisme der kommunene forholder seg til en instrumentell tankegang der forebyggende tiltak mot sykehusinnleggelser rettes mot spesifikke grupper av pasienter der man relativt raskt kan avlese økonomiske effekter av innsatsen. Generelle befolkningsrettede tiltak nedprioriteres.

Om de overordnede økonomiske perspektivene som omgir samhandlingsreformen presenterer Westerveld i Aftenposten 07.10.2011<sup>6</sup> at professor Terje P. Hagen hevder at målsettingen med samhandlingsreformen overordnet er å behandle flere i kommunene for å spare penger. Middelet for å nå målet er 20% kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. Professor Hagen anslår at kommunene kun vil klare å etablere alternativer for sykehusinnleggelse for 5-6 prosent og etter hvert kanskje 10 prosent. Videre påpeker Hagen at Helse og Omsorgsdepartementets totale budsjett er på 139,2 milliarder kroner. Av dette går 106,5 milliarder til spesialiserte helsetjenester. Med samhandlingsreformen overføres 5,6 milliarder fra regionale helseforetak til kommunene som igjen skal bruke dette til den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenestene. 740 millioner kroner går på 2012 budsjettet til oppfølging av samhandlingsreformen. Hagen påpeker at det med disse tallene legges opp til en lav vekst for somatisk behandling i spesialisthelsetjenestene, noe som igjen vil kunne generere lengre sykehuskøer. Intensjonene med samhandlingsreformen med at kommunene skal ta en større del av pasientene som normalt har blitt lagt inn i spesialisthelsetjenesten fungerer ikke. Pasientene kommer til spesialisthelsetjenesten uansett ut fra medisinske behov. Forsøket på å spare som ligger i en dempet vekst i budsjettene for spesialisthelsetjenesten fører således kun til lengre sykehuskø for pasientene.

Det eksisterer pr. i dag en analyse av Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus utarbeidet av Rogaland Revisjon (2013). Rapporten kommenterer både kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. For kommunal medfinansiering sin del konkluderer rapporten med at medfinansieringsinsentivet fungerer dårlig og er lite egnet til å stimulere kommunen til å satse forebyggende. Slik jeg forstår det legges en mekanisme i reformen til grunn for denne konklusjonen, nemlig det forhold at kommunen må betale 20% av spesialisthelsetjenestens kostnader ved medisinsk behandling samtidig som det som regel vil være billigere å betale 20% av sykehusregningen enn å etablere egne tilbud. Et annet forhold er at kommunene har liten påvirkningskraft på aktivitetsnivået på sykehuset ettersom mange innleggelser gjøres fra sykehusets egne poliklinikker og således er utenfor kommunenes påvirkning. Lagt til grunn den innsatsstyrte finansieringen (ISF) som i seg selv er en mekanisme som sørger for at det er lønnsomt for sykehuset å behandle flest mulig pasienter, er det nærliggende for kommunene å anta at sykehuset ved en nedgang i innleggelser fra fastlege og legevakt vil fylle opp egne

---

<sup>6</sup> <http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=02000220111007MNA8SST&serviceld=2>



avdelinger med pasienter fra poliklinikkene for å opprettholde egne inntekter. Pasientene fra poliklinikkene, som da bor i kommunene, vil igjen generere utgifter for kommunene pga den kommunale medfinansieringen. Kommunene får i så fall ingen økonomisk gevinst av eget, i seg selv kostnadsgenererende, forebyggingsarbeid.

I forhold til incentivet med kommunalt ansvar for utskrivingsklare pasienter beskriver rapporten at det «har virket svært godt». Dette begrunnes med betydelig nedgang i antall døgn som innlagt på sykehus etter at man fra sykehusets side er utskrivingsklar. Det anføres i rapporten at «suksesskriteriene» for nevnte måloppnåelse er «politisk satsing fra kommunens side, tydelige avtaler med SuS, og god organisering og planlegging».

Imidlertid legger rapporten til grunn, slik jeg forstår det, at det i samhandlingsreformen i seg selv kan ligge en kime til underliggende mekanisme som kan komme til å nedprioritere hjemmeboende med behov for sykehjemsplass til fordel for utskrivingsklare pasienter fra sykehuset i og med at det er langt mer økonomisk lønnsomt. Rapporten påviser ikke at dette er tilfellet i betydelig grad, selv om det er en tendens. Tendensen antas imidlertid å forsterke seg om den i dag gode tilgangen på korttidsplasser i Stavanger kommune reduseres.

En annen kilde til kunnskapsstatus er helsedirektoratets samhandlingsstatistikk for 2012-2013 (IS – 2138)<sup>7</sup>. Det anmerkes at mye av tallene er fra tiden før samhandlingsreformen og det som presenteres fra tiden etter er fra 2012, og da ikke hele året. Det har blitt utført undersøkelser med intervju i 40 kommuner og det konkluderes med at flere pasienter meldes utskrivingsklare enn før, at pasientene skrives ut tidligere enn før, at pasientene er sykere enn før ved utskrivelse, at det stilles større krav til sykehjems kompetanse og at pasientene som mottas på sykehjem har mer komplekse problemstillinger enn før. Videre dokumenteres det at kommunene har begynt opprettingen av administrative enheter gjerne med døgnkontinuerlig vaktordning for å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehusene.

Det som imidlertid problematiseres er at selv om målsettingen med å få flere utskrivingsklare pasienter ut av sykehusene er nådd, så er det for lite kunnskap om hvilket tilbud pasientene får istedenfor. Det er for lite kunnskap om det tilbudet kommunene tilbyr er av god nok kvalitet.

Jeg oppfatter videre helsedirektoratet som positiv i sin omtale av samhandlingsstatistikken og samhandlingsreformen som vellykket, selv om Helsedirektoratet påpeker at det er tidlig og

---

<sup>7</sup> <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf>

mye er uklart. «Suksessen» har slik jeg forstår det å gjøre med at kommunene er i ferd med å opprette kostnadsgenererende tilbud i tråd med reformen og på den måten jobber for mer samhandling, forebyggende helsearbeid og bedre tjenester. På den andre siden kan jeg ikke se at statistikken gir svar på om reformen fungerer etter intensjonen. Rapporten (IS2138:20) presenterer i tabell 2.1. «Kostnader og realendringer totalt og pr. innbygger for spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjon i 2012 på nasjonalt nivå». For de totale kostnadene sin del kommer det fram at det er økning fra 2011-2012 både for helseforetakene generelt og for somatikk spesielt (0,8%). For primærhelsetjenesten en økning for helse og omsorgstjenester på 5,1%, forebygging 5.8% og behandling og rehabilitering 2.3 %. Folketrygdens refusjoner til private spesialister øker også med 5% fra 2011-2012.

Uten å gå videre inn i materialet ser det for meg ut til ikke å foreligge dokumentasjon i statistikken på at økningen i primærhelsetjenesten umiddelbart fører til verken nedgang av betydning eller oppbremsing av spesialisthelsetjenestens utgifter. Suksessen så langt beskrives slik jeg forstår det fra helsedirektoratets side med at kommunene har bygget opp tilbud slik samhandlingsreformen legger opp til. Resultatene på kostnadssiden er slik jeg ser det i beste fall svært uklare, i verste fall dreier det seg om oppbygging av doble tjenester som totalt sett vil generere mer utgifter enn noensinne.

En annen inngang til analyse av samhandlingsreformens effekter ligger i bruk av økonomisk teori. Enger Halvorsen og Wergeland Hansen presenterer i sin masteroppgave fra NHH (2013)<sup>8</sup> funn fra Haukeland Universitetssykehus om den kommunale betalingsplikts effekter i sykehus. Generell økonomisk teori er anvendt sammen med prinsippal-agent teori og teori om økonomisk styring.

Min oppfatning er at teorigrunnlaget er av instrumentell karakter slik det fremkommer hos Christensen (2009) ettersom teorigrunnlaget er rene telle og måleredskaper. Enger Halvorsen og Wergeland (2013) presenterer slik jeg forstår det sine hovedfunn som at samarbeidet mellom spesialist og kommunehelsetjenesten har blitt vesentlig forbedret med samhandlingsreformen, da spesielt gjennom avtaler mellom sykehuset og kommunene. Videre er et hovedfunn at den kommunale betalingsplikten er et sterkt direkte og atferdsmessig incentiv for å få kommunene til å hente hjem utskrivingsklare pasienter umiddelbart. Implikasjoner for andre grupper nevnes som mulige, men konkluderes ikke i forhold til. Generelt vises det til at den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter for sykehuset sin del har gitt effekter som reduksjon i korridorpasienter, bedre arbeidsforhold og bedre pasientopplevelser. Studien behandler kun den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter og konkluderer slik jeg forstår det med at incentivet for Haukeland

---

<sup>8</sup> [http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/170044/1/Halvorsen\\_Hansen\\_2013.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/170044/1/Halvorsen_Hansen_2013.pdf)

Universitetssykehus har vært en instrumentell suksess. Studien ser på det som «interessant» med videre studier på samme case med annen teori. Selv om min oppgave ikke impliserer Haukeland Universitetssykehus, vil imidlertid Enger Halvorsen og Wergeland Hansen (2013) oppfordring delvis bli forsøkt imøtegått på et teoretisk – praktisk plan.

## 1.6 Refleksjoner og debatt

Skepsis til den kommunale medfinansieringen kommer frem i Dagens Næringsliv 26.04.2011<sup>9</sup> der daværende Helse Sør-Øst sjef, Bente Mikkelsen siteres på følgende: «*Den foreslåtte modellen for delfinansiering fra kommunene støttes ikke av helseforetakene*». Andelen på 20% kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten eller at kommunene alternativt skal etablere egen behandling ses av Helse Sør-Øst på som uhensiktsmessig ut fra aktuell målgruppe. Det påpekes at pasientene det er snakk om uansett har krav på og behov for akutt hjelp og behandling i spesialisthelsetjenesten. De 20% kommunene disponerer er uansett alt for lavt til å finansiere alternative, likeverdige tilbud. Incentivet med kommunal medfinansiering fungerer således ikke etter intensjonen.

I samme retning som Bente Mikkelsen kritiserer den kommunale medfinansieringen, hevder Jensen i Veggeland (2013) at kommunal medfinansiering for innbyggernes bruk av statens spesialisthelsetjenester ble frarådet av nesten alle faginstanser, men likevel gjennomført. Jensen tar videre opp incentivet om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter og slik jeg forstår Jensen i Veggeland (2013:55-56) påvises det at de kr 4125 som kommunen belastes pr. døgn for en utskrivingsklar pasient er en langt høyere kostnad enn det en sykehjemsplass koster. Derfor vil det lønne seg for kommunen å prioritere et tilbud til utskrivingsklare pasienter fremfor å ha dem liggende på sykehus. Jensen beskriver at dette vil føre til en mekanisme der tilbud til utskrivingsklare pasienter vil gå på bekostning av tilbud til hjemmeboende med behov for sykehjemsplass.

## 1.7. Presentasjon av aktuelle case

I det følgende vil offisiell informasjon om Stavanger Kommune og SuS kort bli presentert. Jeg vil gå noe mer detaljert til verks for SuS sin del ettersom det er der aktuell profesjonskultur, blant legene ved medisinsk divisjon, som skal undersøkes nærmere i denne

---

<sup>9</sup> <http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=0550082011042615D02E0601D65F455009EC2897CD1941&serviceId=2>

oppgaven, finnes. Videre vil samarbeidstale 5 og 10 mellom SuS og Stavanger Kommune bli kort presentert. Avtalene regulerer ansvarsforhold mellom SuS og Stavanger Kommune når det gjelder henholdsvis, delavtale 5: «Samarbeidsavtale om ansvars og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten» og delavtale 10: «Samarbeidsavtale om helsefremmende og forebyggende arbeid»

### 1.7.1 Stavanger Kommune

Stavanger Kommune presenterer seg selv gjennom sin hjemmeside på følgende måte: <sup>10</sup>

*Stavanger Kommune har 130.000 innbyggere og er Norges 4. største kommune. Driftsbudsjettet er på 8,5 milliarder kroner og det årlige investeringsbudsjettet er 1 milliard. Kommunen har 9500 ansatte. Kommunens visjon<sup>11</sup> er ment å være et mest mulig konkret bilde av en ønsket framtid. Visjonen er: «**Sammen for en levende by**». Visjonen har følgende verdier knyttet til seg, nemlig: - er tilstede, - vil gå foran, - skaper framtiden. Spesielt vil denne oppgaven berøre tjenester som styres av «Oppvekst og levekår» som bl.a. administrerer 4 helse og sosialkontor, hjemmebaserte tjenester og 10 sykehjem.*

Spesielt om sykehjem<sup>12</sup> kommer det fram at tjenestene skal gi «helhetlig pleie», medisinsk behandling og rehabilitering på forsvarlig etisk og medisinsk nivå. Til hjemmeboende som pga. sykdom, skade, funksjonssvikt eller alder trenger nødvendig helsehjelp, så yter kommunen dette gjennom hjemmebaserte tjenester på døgnbasis.<sup>13</sup> Stavanger Kommune tilbyr også kommunale øyeblikkelig hjelp plasser<sup>14</sup>. Det dreier seg fra 01.10.2012 om fire plasser på Stokka Sykehjem og to ved Stavanger legevakt, sistnevnte er «observasjonsplasser». Plassene blir av kommunen oppgitt å være opprettet som en direkte følge av samhandlingsreformen.

---

<sup>10</sup> <http://www.stavanger.kommune.no/no/Om-kommunen/>

<sup>11</sup> <http://www.stavanger.kommune.no/no/Om-kommunen/Visjon/>

<sup>12</sup> <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Alders--og-sykehjem/>

<sup>13</sup> <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Hjemmebaserte-tjenester/Hjemmesykepleie/>

<sup>14</sup> <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Alders--og-sykehjem/Oyeblikkelig-hjelp-plasser/>

## 1.7.2 Stavanger Universitetssykehus

Stavanger Universitetssykehus, SuS, presenterer seg selv på følgende måte på sin hjemmeside:<sup>15</sup>

*«Stavanger Universitetssykehus – Helse Stavanger HF er ett av landets seks universitetssykehus. Sykehuset har 7300 ansatte og betjener en befolkning på 330.000 i Sør – Rogaland. SuS har et budsjett på 5,5 milliarder kroner og eies av det regionale helseforetaket Helse Vest. Sykehuset har fire hovedoppgaver: pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og pasientopplæring. Vår visjon er at vi gjennom disse oppgavene skal "fremme helse og livskvalitet". Som spesialisthelsetjeneste i Rogaland har vi et særskilt ansvar for å utøve vårt ansvar til beste for befolkningen. Dette kommer til uttrykk gjennom vårt motto "Vår kompetanse – din trygghet".»*

### 1.7.2.1 Medisinsk divisjon

Medisinsk divisjon omfatter en stor del av sykehusets virksomhet. Samtlige respondenter i denne oppgaven har i sitt arbeid med medisinsk divisjon å gjøre i sitt daglige virke. På denne måten vil divisjonen presentere et utgangspunkt for respondentenes formelle organisering, kunne si noe om hva de arbeider med og kanskje også være en mulig inngangsport til å si noe om legekulturen på SuS. Medisinsk divisjon presenterer seg på følgende måte<sup>16</sup>

*«Medisinsk divisjon ble opprettet i 2008 med utgangspunkt i de tre klinikkene Rehabiliteringsklinikken, Medisinsk klinikk og Klinikk for blod- og kreftsykdommer. Alle enhetene har spesialistkompetanse innenfor sine fag, og samarbeider internt og eksternt for alltid å imøtekomme pasienter og pårørendes behov på beste og riktigste måte. Vårt formål er å bruke vår kompetanse til å sikre god kvalitet og service for pasienter for å sikre riktig diagnose, behandling, pleie og/eller rehabilitering.»*

---

<sup>15</sup> <http://www.sus.no/omoss/Sider/side.aspx>

<sup>16</sup> <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/medisinsk-divisjon/Sider/enhet.aspx>

### 1.7.2.2 Kardiologisk seksjon

Kardiologisk seksjon presenteres her ettersom en av intervjuobjektene er en av flere overleger ved seksjonen. Således vil informasjonen være en del av grunnlaget for den faktiske virkelighet intervjuobjektet forholder seg til og også muligens en del av grunnlaget for gjeldende profesjonskultur. Seksjon for kardiologi presenterer seg selv på følgende måte<sup>17</sup>:

*Kardiologisk seksjon behandler og utreder hjertepasienter med diagnoser som angina, hjerteinfarkt og hjertesvikt. Vi har også behandling av pasienter med hjerterytmeproblemer, og utredning av pasienter med synkope (besvimelsesanfall).*

*Avdelingen er sub-akutt, det vil si at pasientene trenger øyeblikkelig hjelp. Vi samarbeider tett med andre avdelinger i pasientbehandlingen, og som pasient her vil du møte tverrfaglige team bestående av flere ulike yrkesgrupper.*

### 1.7.2.3 Lungeseksjonen

En annen av respondentene er en av flere overleger ved lungeseksjonen. Med samme begrunnelse som for seksjon for kardiologi presenteres her informasjon om lungeseksjonen og sengepost 4G som ligger under seksjonen<sup>18</sup>:

*Vi tilbyr diagnostikk, behandling, rehabilitering og forebygging av sykdommer i respirasjonsorganene. Gjennom undervisning og forskning er vi med og forebygger lungesykdom og bedrer helsetilbudet for lungesyke.*

*Lungeseksjonen på består av sengepost 4G og lungepoliklinikken.*

---

<sup>17</sup> <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/kardiologisk-avdeling/Sider/enhet.aspx>

<sup>18</sup> <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/lungeseksjonen/Sider/enhet.aspx>

Og om sengepost 4G<sup>19</sup>:

*Sengeposten tar imot omlag 1200 pasienter årlig, og over 80 prosent av disse trenger øyeblikkelig hjelp. Pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og lungekreft er to av våre største pasientgrupper, men vi har også mange pasienter som trenger pustestøtte.*

#### **1.7.2.4 Seksjon for samhandling**

Det fremgår av SuS hjemmeside<sup>20</sup> og den overordnede samarbeidsavtalen<sup>21</sup> mellom SuS og kommunene og av intervju med toppbyråkrat ved SuS seksjon for samhandling at seksjon for samhandling har som hovedoppgave å forvalte gjeldende avtaler med kommunene i Rogaland i kjølvannet av samhandlingsreformen. Videre arbeider seksjonen gjennom sin representasjon i samhandlingsutvalget der representanter for kommunene og helseforetaket treffes bl.a. for å evaluere avtalene, da spesielt opp mot i hvilken grad eksisterende avtaler er implementert. Seksjon for samhandling er også ansvarlige for å administrere hospiteringsordninger for sykepleiere og leger inn og ut av SuS og for å holde konferanser relatert til samhandling.

---

<sup>19</sup> <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/lungeseksjonen/Sider/4g.aspx>

<sup>20</sup> <http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Sider/side.aspx>

<sup>21</sup> <http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/A%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Overordnet%20samarbeidsavtale.pdf>

## 2.0 TEORI

Gjennom mastergradsprogrammet i endringsledelse har det blitt presentert en rik og variert teoretisk verden om organisasjon og ledelsesfag. Hovedpoenget med teorikapitlet er å presentere et utvalg av teorier, som teoretisk rammeverk for analysen av problemstillingen i oppgaven. Aktuell teori vil ikke bli uttømmende presentert, men presentert ved hjelp av hovedprinsipper og begreper som vil ligge til grunn for faktisk analyse i aktuell case – studie. Teorien vil bli jeg-orientert gjennom den konkrete anvendelsen i case – studiet i samsvar med det jeg opplever er Ottesen (2012) syn på hvordan teori på best mulig måte kan tas i bruk i praksis og bli en del av min brukskompetanse. Den samme begrunnelsen ligger forøvrig til grunn for at oppgaven tidvis benytter jeg – form. I det følgende vil jeg først diskutere overordnet tankegods om studiet av organisasjoner. Videre vil jeg kort presentere tankegods om hvordan ideer om «organisasjonsoppskrifter» oppstår og hva som preger samtiden. Deretter vil forskjellige teoretiske innfallsvinkler til organisasjon og ledelse bli presentert. Først et instrumentelt syn, som slik jeg ser det langt på vei ligger til grunn for samhandlingsreformen, deretter et kulturperspektiv, som et generelt utgangspunkt for videre presentasjon av spesiell profesjonsteori som går på legeyrket, og som forhåpentligvis kan anvendes som et forståelsesgrunnlag i møtet med aktuell profesjonskultur blant legene på SuS.

### 2.1 Om å studere organisasjoner

Grey (2009:153) hevder at samfunnet er omgitt av institusjoner og omgir det meste av det mennesker holder på med. Det kan dreie seg om alt fra offentlige og private arbeidsplasser, departementer, direktorat, internasjonale og lokale selskaper, sykehus, politi, forsvaret, brannvesen osv. Omfanget er enormt. Grey beskriver organisasjonene som vitale for folks liv. Om studiet av organisasjoner sier Grey at en instrumentell tilnærming ikke fungerer fordi den instrumentelle analysen av organisasjoner og av samfunnet i sin helhet er for enkel. Organisasjonene står alltid i en komplisert sammenheng der de forskjellige delene ofte er nærmest limt sammen. Grey hevder slik jeg forstår det at vestlige samfunn generelt og handelsskoler spesielt er preget av en forestilling om at organisasjoner skal være effektive ut fra en management-tankegang der bedriftsøkonomisk logikk er gjeldende. Teknikk basert på vitenskapelighet skal ligge til grunn for ledelse av organisasjoner, i tråd med Taylor og Scientific Management – tankegang. Dette står slik jeg forstår det i klar motsetning til det syn Grey forfekter, nemlig et syn der substansiell rasjonalitet, etikk og politikk i vid forstand ligger til grunn for hvordan makt er fordelt og utøvd. Videre stiller Grey spørsmål til den instrumentelle tilnærmingens målsetting om effektivitet. Grey spør: Effektivitet for hvem? Han lander på at effektiviteten tilstrebes til gevinst for dem som er i posisjon, dem som eier og leder virksomhetene. Grey tillegger Weber mye av dette instrumentelle tankegodset, som en av grunnlagstenkerne for prinsipper om effektivitet. Grey (2009:157) konkluderer med at et instrumentelt syn på organisasjoner kan oppsummeres i prinsippet «Might is Right» som igjen har hatt alvorlige historiske konsekvenser. Grey trekker frem Nazi-Holocaust. Som mekanisme for at Holocaust kunne skje hevder Grey at det ut fra organisasjonsteori dreier seg



om teknisk tenkning der blind jakt etter effektivitet uten hensyn til etikk var med å legge grunnlaget for Holocaust og autoritær styring av nær sagt hele Tysklands befolkning. Grey gir uttrykk for forståelse for at dette kan virke ute av proporsjoner men opprettholder likevel påminnelsen som et historisk eksempel på og vekker i forhold til hvordan ideer kan være med på å prege et samfunn og trekke i mer eller i mindre human retning. Grey påpeker videre at dagens samfunn er ikke truet av Holocaust, men hevder at det er preget av en trend der det som er gjeldende i organisasjonene er tidspress, utålmodighet, at man er «eid» av andre, svekkelse av sosiale bånd, virksomheter som er preget av mekanismer som skal sørge for kortsiktig økonomisk gevinst og at organisasjonene ikke har i seg vektlegging av langsiktig arbeid for å møte menneskelige behov. Grey hevder at organisasjonene styrer denne virkeligheten og at det derfor er svært viktig å studere organisasjoner. Grey hevder at instrumentelle teknikker ikke fungerer fordi slike teknikker har et naturvitenskapelig utgangspunkt der målet er å predikere, noe som vises til som umulig i samfunnsvitenskapene og for studiet av organisasjoner ettersom det er for mange variabler. Samtlige enkeltindivider i en organisasjon kan ha sin agenda og sine mangefasetterte variabler for å utvise sin spesifikke atferd. Det blir umulig å designe redskaper for måloppnåelse og predikere utfall i en slik sammenheng. Grey viser til at slik design og prediksjon faktisk kan få motsatt utfall fordi personene som det predikeres om gjerne handler annerledes som en protest mot å bli predikert i forhold til i seg selv. Grey (2009:163) konkluderer med at kunnskapen om mennesket er for lite til at instrumentelle reformer og management-tenkning kan fungere. Slik jeg forstår Grey legger han heller opp til en tenkning om organisasjoner der etikk, politikk i bred forstand, humanisme og muligheten for bruk av og utvikling av personlig potensial ses på som verdifullt både for den enkelte og for organisasjonen.

## 2.2 Organisasjonsideer som preger samtiden

Røvik (2007:63-66) hevder at produksjonen av ideer som kan sies å være «organisasjonsoppskrifter» er svært omfattende i vår samtid og at det hovedsakelig er tre årsaker til dette. For det første det politisk-økonomiske klima som internasjonalt har vært preget av økonomiske nedgangstider og mindre penger til velferdsstaten, noe som igjen har generert NPM-reformer. For det andre er produksjonen av «organisasjonsoppskrifter» tilbyderdrevet, dvs. drevet av de internasjonale, store konsulentselskapene. For det tredje foreligger en drivkraft også på mottakersiden, og da ut fra en ide som har spredt seg internasjonalt om at i utgangspunktet forskjellige virksomheter, som driver med helt forskjellige ting, er i behov av likelydende «organisasjonsoppskrifter» fordi alle definerer seg som en organisasjon. Røvik (2007:123) hevder gjennom sin forskning å ha avdekket at faktiske «organisasjonsoppskrifter» har i seg elementer av bl.a. avbyråkratisering, at man går fra å lede til mer teknisk å styre, en radikaliserings av økonomien der forretningsmessige mål har større verdi enn forvaltningsmessige og design av omdømmehåndtering.

Jeg vil forsøke å supplere Røvik (2007) rammeverk og overordnede forståelse ved å presentere Sennet (2004) «*The Culture of the New Capitalism*» som er en Castle Lecture fra Yale University. Sennet presenterer slik jeg forstår det mye av det samme som Røvik (2007)

men i en, slik jeg ser det, mer allmenn, internasjonal språkdrakt som også konsist ivaretar overordnede ideologiske perspektiver. Sennet (2004:12-13) beskriver hvordan et lite knippe av firmaer i USA og Vest-Europa innenfor bransjene høyteknologi, global finans og nye servicefirma, alle med over 3000 ansatte dominerer store deler av verden mtp hva som anses som gode organisasjoner. Det overordnede målet er å organisere seg slik at konkurransekraften opprettholdes, at man ikke blir overflødig eller havner bakpå i utviklingen. Dette kan oppnås ved å satse på talent og folk med riktige egenskaper. Samlet sett hevder Sennet at forkjemperne for den nye kapitalismen ser på sin versjon av arbeid, talent og forbruk som frihetsskapende, mens Sennet selv hevder at det ikke forholder seg slik. Sennet (2004:189-197) tar opp årsakene til dette og nevner spesielt at den nye kapitalismen ikke ivaretar menneskers allmenne behov for å føle seg nyttig, da forstått slik at man bidrar med noe som betyr noe for andre. Sennet beskriver at trenden i internasjonal økonomi er å jakte etter og kvitte seg med unyttige folk, istedenfor å finne åpninger for f.eks. en utbrent dataprogrammerer til å gjøre seg nyttig for organisasjonen videre, men i en ny rolle. Sennet etterlyser også det han kaller «craftsmanship» som verdi i internasjonal økonomi. Med «craftsmanship» viser Sennet til medarbeidere som stadig er på et høyt nivå i det de driver med ut fra den motivasjon at det har verdi å gjøre noe godt for sin egen del, at man gjør noe man har tro på og tror på det man holder på med. Sennet hevder at det å utvise craftsmanship i den nye kapitalistiske verden har blitt en umulighet fordi det ikke tas på alvor verdien av medarbeideres erfaring gjennom år og gjerne tiår, man beveger seg i overflaten i et stadig jag etter profittmaksimering og kostnadseffektive løsninger der en forbrukermentalitet er den som er styrende for all virksomhet. Det Sennet etterlyser er verdsetting av forpliktelse. Forpliktelse til å gjøre noe godt og få noe gjort riktig. Det er denne ånden som kan løfte folk emosjonelt og bidra til følelsen av frihet.

### **2.3 Instrumentell innfallsvinkel til organisasjon, endring og ledelse**

Christensen m.fl. (2009:33) oppsummerer overordnet om et instrumentelt syn på offentlige organisasjoner, endring og ledelse at organisasjonene er samfunnets redskaper til å utføre større oppgaver. Organisasjonene er således samfunnets instrumenter til å oppnå de mål man setter seg. Man legger til grunn at offentlige organisasjoner og organisasjonsmedlemmene handler formålsrasjonelt og at resultatene blir som forventet.

Christensen m.fl. (2009) nevner forskjellige skoler innen retningen, både Max Weber med studier av byråkrati som organisasjonsform og den relativt samtidige Fredric Taylor der Taylor med Scientific Management står for å finne frem til effektive organisasjonsformer og arbeidsteknikker. Målsettingen er en mest mulig effektiv organisasjon, øke produksjonen, profittmaksimering gjennom fullstendig rasjonelle bedrifter. Dette kan muliggjøres gjennom maksimal programmering av virksomheten og ved å fjerne «irrasjonelle føringer». Perfeksjonere arbeiderne på samme måte som maskinene og perfeksjonere samarbeidet mellom arbeiderne. Med Scientific Management ble mulighetene for effektivitet med menneskelig arbeidskraft likestilt med mulighetene ved bruk av maskiner. Man la til grunn et maskinelt menneskesyn med maskinen som modell for menneskelig atferd.

Christensen m.fl. (2009) hevder at til grunn for en instrumentell logikk ligger en overordnet tro på at en organisasjons ledelse har mulighet til rasjonell kalkulasjon, politisk og sosial kontroll og evne til å styre i ønsket retning gjennom utforming av organisasjonsstrukturen. Gjennom handlinger basert på konsekvenslogikk kan samfunnet minske gapet mellom virkelig og ønsket tilstand innenfor et område. Christensen m.fl. (2009) nevner flere avarter av et instrumentelt syn på organisasjon og ledelse som tar mer hensyn til begrenset rasjonalitet hos aktørene og at hensynet til andre parter også må veies inn. Imidlertid står idealet om mest mulig formålsrasjonalitet igjen slik jeg forstår også disse tradisjonene.

### **2.3.1 Instrumentell logikk i helse og omsorgssektoren**

Jeg mener samhandlingsreformens beskrivelser og målsettinger står i samsvar med beskrevet instrumentelt tankesett. Det gjelder å effektivisere og minimere kostnader. Med samhandlingsreformen skal dette overordnet gjøres ved å forsøke å overføre kostnadskrevende tjenester i spesialisthelsetjenesten til mindre kostnadskrevende tjenester i kommunehelsetjenesten. I det videre arbeidet med oppgaven legger jeg til grunn at samhandlingsreformen i sitt vesen er en instrumentell reform der samfunnet presenterer sine mål og sine virkemidler for en mer effektiv og kostnadsmoderat helse og omsorgssektor. Samhandlingsreformen blir på denne måten myndighetenes instrumentelle redskap for tilsiktet måloppnåelse. Dette samsvarer slik jeg ser det med Christensen m.fl. (2009) presentasjon av instrumentell logikk som vil gi spesifikk atferd og forventede resultater, noe som jeg forstår Christensen m.fl. (2009) er inspirert av både Taylor og Weber.

## **2.4 Kulturperspektiv på organisasjon, endring og ledelse**

Et kulturelt perspektiv på organisasjon og ledelse står slik jeg forstår Christensen m.fl. (2009) i motsetning til et instrumentelt perspektiv. En instrumentell logikk er gjerne preget av gitte mål, formelle normer og strukturer mens en kulturell logikk heller er preget av organisasjonens tidlige formative år. Dette kalles sti-avhengighet og viser til at organisasjonskulturen kan være preget av tidlige hendelser og «legender» i organisasjonen som ligger til grunn for hva som har verdi og hvilken atferd som er akseptert. Kulturen oppdages likefult underveis og det utvikles uformelle normer, verdier og identiteter. Christensen m.fl. (2009) viser til Selznic som sammenlikner en organisasjonskultur og et instrumentelt syn på organisasjon med å si at organisasjonskultur er organisk mens et instrumentelt syn ser på organisasjonen og dens medlemmer som en maskin. Christensen viser også til logikken om det kulturelt passende og henviser til March/Olsen. Poenget med begrepet er slik jeg forstår det at det ikke dreier seg en instrumentell pro et contra vurdering men heller en vurdering om hva som anses som rimelig eller akseptabel atferd ut fra kulturelle normer. Christensen m.fl. (2009) påpeker at man ved utøving av logikken om det kulturelt passende ser mot fortiden, hva som har fungert bra tidligere, mens et instrumentelt syn ser framover.

Bang (2013) behandler begrepet organisasjonskultur og sin egen forståelse av begrepet sett i lys av litteraturgjennomgang og forskning på tilgjengelig litteratur gjennom siste tretti år. Slik jeg forstår Bangs konklusjoner av dette arbeidet kan det ikke undervurderes hvilken verdi det har å forstå og få tak i ofte nærmest usynlige normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som gjør seg gjeldende i en organisasjon. Gjennom slik innsikt er det mulig å forstå atferd og hvilken logikk som ligger til grunn for handlinger, og hvor sterke handlingsmønstrene er, og hvor vanskelige de er å endre. Slik jeg forstår Bang mener han at store deler av internasjonal forskning siste tretti år sammenfaller på flere områder. På dette grunnlag har Bang laget sin egen definisjon av organisasjonskultur. Dette er en definisjon jeg mener kan være egnet for arbeidet med case-studien i denne oppgaven:

*«Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben»*

Bang, (2013:327).

Slik jeg forstår Bang (2013) viser han i sin definisjon av organisasjonskultur til normer som noe som blir utviklet gjennom noe tid ved samvær, organisasjonsmedlemmene utvikler en felles forståelse for hva som er akseptabel atferd, og det etableres interne belønningssystemer for utvist «riktig» atferd. Utviklingen av normene henger slik jeg forstår det sammen med utviklingen av verdier. En verdi er en tro på at en spesiell handlemåte eller slutt-tilstand er å foretrekke i motsetning til en annen. Samlet vil normene og verdiene, slik jeg forstår det, føre til utvikling av felles virkelighetsoppfatninger der organisasjonsmedlemmene får et felles filter å tolke verden gjennom. Dette filteret utvikles gjennom samvær. Fortolkningene som går gjennom filteret trenger ikke være sanne, men de oppfattes som det av organisasjonsmedlemmene det gjelder og skaper mening for dem i tolkning av både seg selv og omgivelsene.

#### **2.4.1 Legers profesjonskultur**

En inngang til å si noe om hva man kan ha av forventninger til hvilke normer og verdier som preger legers profesjonskultur kan ligge i de etiske retningslinjene for leger slik de presenteres

av Den Norsk Legeforening<sup>22</sup>. En annen inngang som jeg vil komme tilbake til er den rent fagmessige og som angår å være kapabel til å gi best mulig pasientbehandling.

Når de etiske retningslinjene brukes som en inngang til en profesjonskultur tenker jeg da på en slik måte og med de begrensninger som ligger i at det i etiske regler gjerne ligger en normativ formaning, noe kulturen skal strekke seg mot, ikke noe som rent faktisk eksisterer. Jeg ser på de første to paragrafene som mest relevante for legenes grunnholdninger i profesjonsutøvelsen, da pasientenes liv og helse står i fokus gjennom legens utøvelse av helbredelse og lindring av sykdom:

*§ 1 En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den.*

*Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn.*

*§ 2 Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med barmhjertighet, omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.*

Supplerende bakgrunnsmateriale for en legeskultur mener jeg kan finnes i Solbakk (2004) som tar opp viktigheten av legers utvikling av og evne til moralsk refleksjon i utøvelsen av legeyrket, ettersom yrket i seg selv ofte kan by på vanskelige moralske vurderinger og valg i møtet med pasientene. Solbakk (2004) viser at bakgrunnen for utvikling av etisk refleksjon ligger hos Platon og i Den Greske Tragedien, og slik jeg forstår det i en tradisjon der tvil tillates og valg som ikke alene er basert på rasjonalitet, men der avgjørelser blir tatt gjennom tvil og der legenes følelser og sanser i kropp og sinn legitimeres tatt med på vektskålen. På denne måten står utviklingen av evnen til etisk refleksjon slik jeg forstår Solbakk (2004) i en lang tradisjon der legene trenes i å ta selvstendige, veloverveide moralske valg i sitt daglige

---

<sup>22</sup><http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>

virke. Dette kan slik jeg forstår Bang (2013) kulturbegrep ligge til grunn for de verdier som er en del av legekulturen.

Internasjonal litteratur kan gi en pekepinn på hvilke normer og verdier som dominerer legers kultur i vestlige samfunn som det er naturlig å sammenlikne oss med. Nilsson&Pilhammar (2009) argumenterer for at klinisk erfaring alltid har vært høyt verdsatt i medisinsk utdanning og i klinisk arbeid. Denne kliniske erfaringen hevdes å være vanskelig å sette ord på og kommer derfor til uttrykk i faktisk kliniske situasjoner der en profesjonell tilnærming er avgjørende. Nilsson&Pilhammar (2009) presenterer en bekymring i samfunnet for hva som vil skje ved et nært forestående generasjonsskifte i nordisk helsevesen. Selv om dette anliggendet i seg selv går ut over denne oppgavens begrensninger kan det etter min vurdering likevel ha verdi å ta med seg den kunnskap som kommer fram om eldre leger contra yngre legers arbeidsform. Anliggendet i denne oppgaven blir å trekke ut det som har å gjøre med hva som preger profesjonskulturen. Det resultat Nilsson&Pilhammar (2009) kommer fram til er at hver generasjon leger utvikler sin unike kunnskap og ekspertise. Denne kunnskapen er ut fra den til enhver tid gjeldende sosiale, organisatoriske og personlige erfaring. Eldre leger som bruker mer erfaringsbasert kunnskap når det skal tas avgjørelser i kliniske situasjoner, der også sykehusets totale fungering som organisasjon og konsekvenser av kliniske avgjørelser tas med på vektskålen. Yngre leger tar avgjørelser ut fra mer begrenset informasjon, gjerne ut fra lærebok-prinsipper om det beste for pasienten ut fra isolerte kliniske prinsipper, og med begrenset hensyn til hvordan sykehuset kan behandle pasienten videre og hvilke begrensninger som finnes.

Selv om Nilsson & Pilhammar (2009) beskriver at erfaringsbasert klinisk praksis er høyt verdsatt innenfor både medisinsk utdanning og i klinisk arbeid, kan det være hensiktsmessig å gå nærmere inn på hvor mye den enkelte fagdisiplin innenfor medisin dominerer legekultur. Tunanidas&Burkhart (2005) tar for seg hvordan man gjennom American Osteopathic Assosiation arbeider for kvalitet i den medisinske behandlingen innen dette spesifikke fagområdet. Foreningen har 54.000 leger som medlemmer. For å oppnå en høyest mulig medisinsk standard på behandlingen jobbes det konkret innenfor syv spesifikke kompetanseområder, det dreier seg om osteopatisk filosofi, osteopatisk manipulativ medisin, medisinsk kunnskap, pasientomsorg, profesjonalitet, interpersonelle kommunikative evner, praksis-basert læring og system-basert praksis. Dette arbeidet er satt i system gjennom et program i regi av organisasjonen, som igjen har stor innflytelse på resertifisering av aktuelle leger. Det overordnede målet for organisasjonens utdannings og oppfølgingsprogram er å hele tiden opprettholde et eksellent nivå i den medisinske pasientbehandlingen for den enkelte pasient og for samfunnet. Winters et.al. (1990) presenterer mye av det samme tankegodset innenfor den medisinske fagdisiplinen kardiologi og legger ekstra stor vekt på at behandlingen så lang som mulig bør skje i et samarbeid med pasienten, og at det vektlegges hvor langt pasienten selv ønsker å gå i et mulig behandlingsforløp. Winters et.al. (1990) behandler også problematikk som går på konflikt mellom medisinske muligheter og samfunnets økonomi. Det konkluderes med at en leges medisinske avgjørelse til syvende og sist aldri skal begrenses av økonomiske hensyn alene, men ut fra et perspektiv der legen er pasientens advokat der avgjørelser tas både ut fra økonomiske hensyn sammen med en rekke

kliniske indikatorer på hva som er rett behandling, og der aldri kostnader er det første som vurderes. Imidlertid kommer det fram at legen har et ansvar for hvordan samfunnets økonomiske midler disponeres. Det klinisk beste for pasienten kommer slik jeg forstår det likevel i første rekke.

I denne oppgaven vil det på et senere tidspunkt bli tatt opp hva den profesjonskulturen man faktisk finner blant sykehuslegene har å si for syn på samarbeid med kommunen, da spesielt om utskrivingsklare pasienter og om eventuell motstand mot samhandlingsreformen generelt.

## **2.5 Når kultur møter instrumentell logikk**

Litteratur fra den internasjonale forskningsfront drøfter hva som skjer i møtet mellom instrumentell logikk og profesjoners logikk når det kommer til helsereformer. Payne&Leiter (2013) behandler det spennet av utfordringer ledere i helse-industrien i USA og Australia står overfor i lys av avhengighetsteori. Ledere fra så vel kommersielle aktører som non-profitt-organisasjoner og offentlige helseinstitusjoner har blitt intervjuet. Artikkelen tar opp at den overordnede utfordringen helse-industrien har stått overfor siden 1970 tallet, nemlig reduksjon i inntekter i kombinasjon med økende reguleringer. Artikkelen viser at ledere tvinges til å møte forventningene fra myndigheter og eiere til organisasjonene for å få utløst økonomiske midler til investeringer og drift.

For å imøtekomme og navigere i dette landskapet tar lederne intervjuet i bruk en sammenfallende logikk og mentalitet uavhengig av om man representerer en kommersiell aktør, en ikke-profitt-organisasjon eller en institusjon som er eid av en offentlig myndighet. Logikken er preget av en forretnings orientert tilnærming der et kompetativt element er avgjørende i prioriterings spørsmål. Målet er å generere tilstrømning av økonomiske midler.

Pine&Leiter (2013:115-120) hevder slik jeg forstår det at funn sammenfaller med teorien og viser at ledere forholder seg til den instrumentelle strukturen og et forretningsorientert tankesett som de er pålagt av sine eiere. Dette gjøres for å tilføre organisasjonene de nødvendige ressurser i form av både finansielle midler og kompetent arbeidskraft. Alt dette for et overordnet mål, nemlig å overleve. Hindringer som lederne må overkomme for å sikre ressurstilgangen er økende reguleringer, krav om rapportering, synkende statlig støtte, konkurranse fra markedet ellers og økte krav fra klientene. Helsearbeiderne selv krever fokus på at helsetjenestene må være av høy kvalitet og følge profesjonelle standarder. Funn viser også at det har vært en dreining fra at ledere i helse-industrien har lege-bakgrunn til at de fleste nå har administrativ eller økonomi-bakgrunn. Dette hevdes å kunne være med på å legitimere en business orientering i produksjon av helsetjenester. I tillegg til at lederne gjerne har en administrativ/økonomisk bakgrunn finnes det også sterke bindinger i samme business-mindede retning i rammeverket som institusjonene må forholde seg til. Det skisseres det jeg

forstår som en mekanisme der managere i helse-industrien i frykt for ikke å få tilført tilstrekkelig med kapital for å overleve, da sett i lys av skiftende politiske og økonomiske forhold, setter det å stadig skaffe organisasjonen mest mulig midler på toppen av agendaen. Samtidig marginaliseres muligens spørsmål om fundamental pleie og behandling. I motsetning til ledernes business-mindede orientering og logikk står på den andre siden leger, andre helse-arbeidere og pasientenes egne organisasjoner som krever kvalitet på tjenestene og god omsorg. Dette gjennom mer tradisjonell institusjonell logikk der profesjonenes rettigheter og pasientenes velferd står sentralt.

Imidlertid utfordres ledernes måte å forholde seg til produksjon av helsetjenester på av forskjellige grupper. De viktigste som fremheves er dem som står i førstelinje-arbeidet med pasientene, legenes, sykepleiernes og andre helse-fag grupper organisasjoner. Pasientenes egne organisasjoner fremheves også som viktige. Gruppene aksepterer ikke den forretningsorienterte tilnærmingen som ligger til grunn for ledernes tilnærming og står heller for en produksjon av helsetjenester som overordnet ivaretar kvalitet på tjenestene og omsorg for pasientene. Slik jeg forstår det viser studien at ledere som forsøker å komme leger og andre helsefaggrupper i møte blir tvunget av eierne til heller å følge de krav til økonomi og institusjonell fungering som ligger fra eier-hold. Imidlertid kan en strategi fra ledere for å få profesjonsgruppene med seg være å sette mål innad i organisasjonene som tilsynelatende har i seg profesjonenes idegrunnlag og målsettinger, men som dypere sett passer sammen med og har som egentlig målsetting å imøtekomme business-mindede målsettinger.

Paine&Leiter (2013) hevder at helse – industrien står i ledtog med de institusjonelle forventningene fra omverden og agerer nærmest fullt ut fra de bindinger som foreligger for å sikre økonomiske og menneskelige ressurser til sin organisasjon. Alt dette for at organisasjonen skal overleve. De institusjonelle rammene som er resultat av siste 30 års skifte i økonomi og politikk preges av en business-minded orientering.

Paine&Leiter (2013) konkluderer således med at endringene i helse-industrien kommer av en kraftig og økende ledelses-logikk som kommer i konflikt med tradisjonelle verdier som ligger til profesjonene i helseyrkene og i konflikt med tradisjonelle samfunnsverdier. Videre viser studien at det er de forskjellige interessegruppene som er best egnet til å utfordre ledelses-logikken.

Etter mitt syn kan Paine&Leiter (2013) være egnet som bakteppe for å se på aktuell problematikk med samhandlingsreformens økonomiske incentivers møte med profesjonskultur. Et naturlig spørsmål som avtegner seg er om de økonomiske incentivene presenterer en forretningsorientert logikk som står i konflikt med legenes profesjonskultur.

En annen aktuell kilde til teoretisk bakteppe for analyse av samhandlingsreformens møte med profesjonskultur er erfaringer med liknende reformer internasjonalt. Røvik (2007) og Sennet



(2004) viser som nevnt til at store internasjonale konsultantselskap gjennom sine kundeforhold står for mange av ideene som ligger til grunn for reformer i offentlig sektor. I lys av dette har jeg med stor interesse undersøkt hvordan Veggeland (2013:96-98) tar for seg at samhandlingsreformen, som innebærer en forventning om forbedring av folkehelsen, reduserte sosiale ulikheter ved forebyggende og behandlende innsats idemessig ikke kommer ut fra løse luften. Veggeland viser til Røvik (2007) translasjonsteori om hvordan ideer oppstår, dekontekstualiseres og rekontekstualiseres. Videre viser Veggeland til at ideene som tilbys for samhandlingsreformens del har vært preget av ideene bak den britiske Health-Action-Zones-reformen (HAZ) som ble til etter New Labours valgseier i 1997. Idemessig står HAZ reformen i en kontekst som strekker seg tilbake til NPM ideer fra 1980 tallet, imidlertid modifisert gjennom tilbakeslag i vestens økonomi og den dertilliggende svekkelse av grunnlaget for velferdsstaten. Således er idegrunnlaget, nevnte bakteppe lagt til grunn, en tanke om kostnadseffektive løsninger gjennom markedsretting av offentlig sektor. Som eksempel på dette i forkant av samhandlingsreformen nevnes for Norge sin del forretningsbasert regnskapsførsel i sykehusene. Videre hevder Veggeland at økende budsjetter, antakelse om ytterligere økninger førte til et «reformdriv» i retning av å markedsrette sykehusene ved å organisere dem som foretak, samtidig som «governance-prinsippet» (fellesstyring) og partnerskapsprinsippet ble realisert og iverksatt med samhandlingsreformen. Om HAZ – reformen påpeker Veggeland at denne var et «ovenfra og ned-initiativ» der det britiske helsedepartementet inviterte helsemyndigheter, lokale helsemyndigheter og helseinstitusjoner med på HAZ for å få til samhandling i partnerskap. HAZ ble finansiert gjennom statlige ekstrabevillinger og bidrag fra de lokale aktørene. Målsettingene med HAZ var svært like som målsettingene med samhandlingsreformen, nemlig:

- Forbedre helsetilbudet og redusere sosial ulikhet
- Restrukturere og integrere tjenester for å oppnå et bedre helsetilbud
- Få mer ut av hver krone investert og brukt
- Organisere og utvikle partnerskap og medfinansiering
- Involvere og styrke lokale myndigheter slik at de kan oppnå en bærekraftig utvikling
- Utvikle handlingsrommet til HAZ-ene til innovativ virksomhet, bringe sammen aktører på ulike nivåer og i flate partnerskap, og på den måten å skape smarte løsninger som vil bringe den nasjonale helsepolitikken i ønsket retning.

Fra Department of Health (UK) 1997 i Veggeland (2013:84)

Veggeland påpeker at HAZ-reformen fikk et kort liv og ble avvirket i 2003 etter en evaluering som slo fast at reformen var preget av organisatorisk uklarhet som følge av fragmentarisk beslutningsmyndighet, uklarheter om lokal adgang til å gjøre forandringer, uklare mål uten realisme påført av HAZ-ene ovenfra. HAZ-reformen ble nettopp et ovenfra og ned initiativ uten lokal forankring eller lokal innflytelse. Det trengtes tid for å bygge opp lokal kompetanse

og kostnadseffektiviteten uteble. Veggeland legger langt på vei til grunn at mye av det samme vil skje med samhandlingsreformen.

## 2.6 Kontekstualisering og translatørkompetanse

I lys av Bangs definisjon av organisasjonskultur kan Røvik (2007) og Røvik i Christensen m.fl. (2009) teori om hvordan kunnskap beveger seg mellom og i organisasjoner være egnet til å forklare hva som kan skje når en instrumentell reform møter en kultur. Røvik (2007) hevder at teorien han selv har utviklet har elementer av både sosialkonstruktivisme og av et modernistisk perspektiv og kaller retningen «pragmatisk institusjonalisme». Røvik (2007) presenterer retningen som inspirert av den pragmatiske filosofiske tradisjon, spesielt Dewey, og med røtter i en skandinavisk utgave av organisasjonsteori der også en pragmatisk grunntone er gjeldende.

Konkret dreier Røvik (2007) teori seg om overføring av organisasjonsideer som utfordrer både modernistiske og sosialkonstruktivistiske antakelser om ideoverføring. For modernismen sin del dreier det seg om forestillingen om at man relativt enkelt kan identifisere suksessoppskrifter i en organisasjon og overføre og implementere dem i andre, som om det skulle dreie seg om fysiske objekter. Translasjonsteorien argumenterer heller for at det som overføres er ideer og da, slik det fremkommer i Røvik (2007:249) gjerne ikke ideen som helhet men elementer av den, en slags inspirasjon som oversettes med tanke på anvendelse i aktuell kontekst i den organisasjonen som vil ta noe ved ideen til seg.

Røvik (2007) viser til at man gjennom pragmatisk institusjonalisme også utfordrer sosialkonstruktivistiske forestillinger. Dette dreier seg spesielt om den sosialkonstruktivistiske posisjonen at praksis og ideer er to helt forskjellige ting og at ideer derfor bør holdes unna praksisfeltet. Med et translasjonsteoretisk perspektiv kan man snarere forholde seg til at ideer kan overføres mellom organisasjoner som slik jeg forstår Røvik (2007) etter hvert vil finne sin form i den organisasjonen som tar ideen til seg.

Dekontekstualisering – når praksis oversettes til ideer

Innenfor rammen av pragmatisk institusjonalisme beskriver Røvik (2007:260-292) dekontekstualisering som det å identifisere en praksis i en organisasjon og forsøke å løfte den ut ved å omforme den til en ide. Røvik (2007) kaller nevnte prosess for «løsrivelse» og kan i praksis gjøres på to måter, henholdsvis uthenting og utbringning. Ved uthenting dreier seg om en form for forsøk på kopiering av aktuelt konsept gjerne gjennom det Røvik (2007) kaller «dekontekstualiseringsindustrien». Ved utbringning gjøres et arbeid opp mot å få konkrete personer som har jobbet under aktuelt regime til å fortelle om sine erfaringer til personer i andre organisasjoner der praksisen er tenkt anvendt.

## Kontekstualisering – når ideer oversettes til praksis

Røvik (2007:293) beskriver kontekstualisering som prosessen med at ideer som presenterer praksiser fra bestemte kontekster forsøkes introdusert i en ny organisatorisk kontekst. Røvik (2007:293-318) diskuterer og påpeker at de ideer som forsøkes overført og innført gjerne forandrer seg «på veien», at man i spennet mellom kopiering og total omvandling både legger til og trekker fra.

## Translatørkompetanse

Røvik (2007) påpeker at mange forsøk på å overføre kunnskap mellom organisasjoner mislykkes og at dette i stor grad har å gjøre med mangelfull translatørkompetanse. Dette dreier seg slik jeg forstår det om å tilegne seg egenskaper til å oversette en god praksis i en organisasjon på en hensiktsmessig måte slik at den fungerer i den organisasjonen den er tenkt implementert i. Røvik (2007:320-321) nevner tre typer mislykkede forsøk på å overføre kunnskap mellom organisasjoner som ender opp i henholdsvis frikopling, dvs. at nye ideer blir tatt inn men ikke tatt i bruk, frastøting, at ideene blir tatt inn men støtt bort, gjerne fordi det viser seg at ideen ikke passer inn i eksisterende arbeidsmåte, den tredje er tilfeller der ideene tas inn men gis andre effekter enn tiltenkt. Røvik(2007) hevder alle tre formene for mislykkede forsøk på å overføre kunnskap mellom organisasjoner kan ha å gjøre med dårlig oversettelsesarbeid. Man sliter rett og slett med å beskrive den ideen man finner i en organisasjon og således også med å oversette og tilpasse denne hensiktsmessig til den organisasjonen den er tenkt overført til. Røvik (2007) påpeker at dette kan ha med å gjøre hvor lett oversettbar praksisen er, desto mer kompleks og vanskelig å få øye på desto vanskeligere å oversette.

Slik jeg ser det kan de problemer Røvik (2007) relaterer til mangelfull translatørkompetanse være kulturelt betinget i slik forstand begrepet brukes hos Bang (2013) og av Christensen m.fl. (2009). Den som skal oversette vil ut fra et kulturperspektiv være så preget av de normer og verdier som ligger til profesjonen at virkelighetsoppfatningen gjør en translasjon av en ny ide nærmest umulig. Dette vil slik jeg forstår det dreie seg om at det gjennom utdanning og yrkesutøvelse har dannet seg så fastsatte idemessige sementeringer at nye ideer som utfordrer disse nærmest automatisk vil bli avvist.

Konkret i denne oppgaven kan man for Stavanger Kommune sin del ta utgangspunkt i at kulturen som skal forholde seg til translasjon av de økonomiske incentivene i samhandlingsreformen er preget av det Christensen m.fl. (2009:37) legger til et instrumentelt perspektiv der man kan forvente en formell organisasjonsstruktur i henhold til Weber (1922) tankegods om hierarki og arbeidsdeling. Uten å gå gjennom hva dette vil ha å si for statsadministrasjonen som et hele, begrenses framleggingen her seg til å oppsummere det Christensen m.fl. (2009) gjennom å henvise til Scott (1981) poengterer, nemlig at man

gjennom et rasjonelt organisasjonsperspektiv ser på organisasjoner som instrumenter for måloppnåing. Min forståelse blir således at en kultur (Bang 2013) fra et miljø som ser på seg selv som instrumenter for myndighetspålagt måloppnåing vil være preget av dette og legge det å ivareta en slik fungering til sine normer og verdier. Således kan man forvente at Stavanger Kommunes byråkrater i utgangspunktet vil stille seg villige til å forsøke og foreta en translasjon, men at det vil foreligge en oversetting.

På den andre siden kan man forvente at sykehuslegene med sin profesjonskultur, som tidligere gjort rede for, i møtet med samhandlingsreformens økonomiske incentiver vil forholde seg til sine normer og verdier som slik jeg forstår det er svært sterkt knyttet til faglig perfeksjon og adekvat pasientbehandling. I et slikt møte vil sykehuslegene «mangle» den autoritetstro tilnærmingen kommunebyråkratene presumtivt har til myndighetenes krav og overordnet legge til grunn hensynet til sine profesjonsbaserte normer og verdier i møtet med incentivene. Fagfokuset virker etter mitt skjønn så sterkt at det kan være rimelig å forvente at sykehuslegene vil stille seg uvillige til en translasjon.

I kapittel 4 og 5 og 6 vil Røvik (2007) og Røvik i Christensen m.fl. (2009) begreper frastøting og tilkobling bli brukt for å belyse hva som skjer i incentivenes møte med profesjonskultur. Begrepene addering og fratrekking som slik jeg forstår Røvik ligger i spennet mellom den totale frastøting og tilkobling. Disse begrepene vil også bli anvendt.

### 3.0 METODE

I det følgende vil denne oppgavens forskningsdesign bli presentert med utgangspunkt i problemstillingen. De ulike komponentene som inngår i forskningsdesignet vil bli diskutert. Styrker og svakheter ved designet vil bli behandlet og valg som er gjort begrunnet.

#### 3.1 Kvalitative metoder og aktuell studie

Kvalitative studier vil være rettet tilbake mot sitt utgangspunkt og ha en tematisk, analytisk innfallsvinkel, Alvesson&Skoldberg (2009) Braun&Clark (2006) Gadamer (1989) Heidegger (1926). En slik innfallsvinkel vil ha både fortolkende og fenomenologiske elementer. De fortolkende elementene innebærer at i prosessen med å forstå konteksten og deltakernes erfaringer, så vil det fortolkende aspekt ikke bare være sentralt, men også uunngåelig. Gadamer (1989) hevder at man kan komme deltakernes erfaringer nærmere gjennom en sammensmelting av forskerens og intervjuobjektets horisonter. Gadamer (1989) hevder videre at dette innebærer at ny forståelse kommer fra en kontinuerlig utvikling, en dynamisk refleksiv dialog mellom intervjuobjektet og forsker.

Nevnte syn på kvalitative metoder legges til grunn for denne oppgaven. Videre anser jeg Yin (2014) case-study design som et arbeidsredskap innenfor dette synet. Danemark (1997) abduktive innfallsvinkel som blir redegjort for nedenfor, ligger etter min forståelse også til samme grunnsyn der et hovedpoeng i abduktiv forstand er å frembringe mulige begrunnede sammenhenger og retninger innen det som forskes på.

I denne oppgaven ser jeg på det som maktpåliggende å kunne si noe om hvorfor aktørene har sine syn. Hvorfor finnes et eller flere syn blant toppbyråkrater i Stavanger Kommune og et annet syn blant legene på SuS? Vil det avdekke seg forskjellige virkelighetsoppfatninger mellom gruppene av aktører? Hva kan forklare eventuelle forskjellige virkelighetsoppfatninger? Det vil i et slikt bilde etter min oppfatning være svært relevant i abduktiv forstand (Danemark 1997) å få frem hvordan respondentene i kommunen ser på samhandlingsreformens økonomiske incentiver contra sykehuslegene på SuS. Hva kan aktørene lære oss om incentivene og hvilken overordnet analyse av utfordringene for norsk helsevesen vil komme fram ut fra aktørenes presumtivistisk forskjellige virkelighetsoppfatninger? En slik abduktiv tilnærming vil slik jeg forstår det ha eksplorative elementer ved seg, den er ikke låst mot hypoteser, men man jobber gjennom en analytisk tilnærming mot en ny forståelse, som igjen kan være gjenstand for videreutvikling gjennom ny forskning. Etter min vurdering er det relevant å behandle henholdsvis kommunebyråkrater som får reformen som et myndighetskrav som skal implementeres og sykehuslegene som står i en helt annen klinisk setting der de konkrete pasientrettede oppgavene skal løses samtidig som sykehuslegene er en del av et internasjonalt faglig fellesskap der min oppfatning er at et faglig fokus innenfor de

enkelte spesialiseringer står sterkt. Hvilken tilbakemelding kan aktørene gi myndighetene om samhandlingsreformens økonomiske incentiver og mulige veier videre for helse-Norge?

### **3.2 Forskningsspørsmål**

For å kunne belyse problemstillingen vil følgende forskningsspørsmål bli forsøkt besvart:

1. Hvordan opplever henholdsvis toppbyråkrater i Stavanger Kommune og sykehuslegene på medisinsk divisjon ved SuS samhandlingsreformens økonomiske incentiver kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter? Hvordan kan aktørenes synspunkter på incentivene forklares ut fra et instrumentelt perspektiv og ut fra et profesjonsbasert kulturperspektiv?
2. Hvordan opplever administrasjonen i Stavanger Kommune samarbeidet om samhandlingsreformen med SuS og vis a versa? Hvordan kan aktørenes opplevelser om samarbeidet forklares ut fra et instrumentelt perspektiv og ut fra et profesjonsbasert kulturperspektiv?

### **3.3 Case studie design**

Jeg tenker at masteroppgaven slik skissert vil være en case – studie. Yin (2014) definerer en case studie som en empirisk øvelse som undersøker et problem i samtiden innenfor dens faktiske kontekst, spesielt når grensene mellom fenomen og kontekst ikke er klart synlige. (Min oversettelse).

Videre beskriver Yin hvilke design-elementer som inngår i en case – studie: De følgende begrepene er min forståelse og oversettelse av Yin (2014:27-69).

1. Spørsmålene som stilles i casestudien
2. Subjekt for diskusjon og analyse
3. Casestudiens rammer
4. Logikken som linker data til subjektet som diskuteres og analyseres.
5. Kriterier for styrken av funn

### 3.3.1 Spørsmålene som stilles i en casestudie

Yin (2014:29) hevder at spørsmålenes form hvem, hva, hvor, hvordan and hvorfor gir en indikator på hvilken metode som er mest relevant å bruke. Yin hevder at case studier er egnet til å besvare spørsmål av typen hvordan og hvorfor. Imidlertid viser Yin til at det studenter ofte finner vanskelig er å tilføre spørsmålene substans. Mange spørsmål er ofte vel besvart i annet forskningsarbeid mens andre spørsmål igjen tar for seg trivialiteter, de behandler en for snever del av et større spørsmål. Yin har tre forslag til hvordan studenter kan imøtekomme disse utfordringene, nemlig ved å bruke litteratur aktivt til å begrense til 1 – 2 nøkkellemner. Undersøk nærmere et par spørsmål av spesiell interesse for studentens aktuelle prosjekt. Dette kan gi mulighet for formulering av egne, nye spørsmål. Til slutt foreslår Yin at studenten ser på andre sett av studier innen samme emne. Dette kan gi mulighet for å prøve egne spørsmåls relevans og også mulighet til å skjerpe egne spørsmål. I denne casestudien har jeg brukt spørreordet hvordan i forskningsspørsmålene. Studiets originalitet kan hevdes å ligge i at aktuell instrumentell reform, samhandlingsreformen, ses opp mot implikasjoner i møtet med sykehuslegers profesjonskultur ut fra forskjellige teoretiske utgangspunkt. Jeg har brukt teori om henholdsvis instrumentelt syn på organisasjon og ledelse contra et kulturperspektiv og sett dette opp mot faktiske økonomiske incentiv i samhandlingsreformen, nemlig kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter og kommunal medfinansiering av kommunehelsetjenesten. I denne prosessen har det slik Yin (2014) anbefaler blitt undersøkt andre studier med liknende emne, både norske som går konkret på samhandlingsreformen, og internasjonal litteratur som behandler den teoretisk-praktiske kontekst i en videre ramme.

### 3.3.2 Subjekt for diskusjon og analyse

Jeg forstår Yin (2014) dithen at han med subjekt for diskusjon og analyse viser til at studiets hvordan og hvorfor spørsmål ikke i seg selv tar stilling til hva som skal studeres. Imidlertid vil studentene gjennom å bli tvunget til å komme opp med et subjekt for diskusjon og analyse kunne bevege studiet i riktig retning. Slik jeg forstår Yin vil studentene på denne måten måtte komme opp med en påstand eller en forståelse av et fenomen som skal studeres videre. Uavhengig av Yin nevner jeg i denne forbindelse at der for meg synes en link mellom Yins begrep « study propositions» og begrepet førforståelse som jeg kjenner fra hermeneutikken og spesielt Gadamer (1989) ettersom begge begrepene påpeker at studenten / forfatteren agerer ut fra den plattform av samlet kunnskap og forståelse han råder over på det tidspunkt han presenterer hva som kunne være interessant å studere eller i forhold til tekst, hvordan et fenomen står seg før det blir «utsatt» for nye kunnskapskomponenter og ny fortolkning, før det igjen i sirkel/spiralformet bevegelse endrer seg kontinuerlig og evig. Jeg gjør innledningsvis i oppgaven rede for min førforståelse som senere, i oppgavens analysedel, vil bli prøvd mot funn.

### 3.3.3 Casestudiers rammer og grenser

Når Yin (2014) omhandler hva det er som skal studeres i casen påpeker han at dette kan defineres gjennom to steg, «defining the case» og «bounding the case». Slik jeg forstår Yin dreier dette seg om at det i mange caser er vanskelig å se en åpenbar begynnelse og slutt. Caser kan omhandle både enkeltindivider, grupper, samfunn, beslutninger, endringsprosesser, generelle hendelser etc. Det som avgjør grensene/rammene for casen hevder Yin vil være forskningsspørsmålene, det man ønsker å få svar på. Dette vil gi casens definisjon. Videre vil man gjennom «bounding the case» definere hvem og hva som skal med og ikke. Dermed må casen gjøres til en «real life case» der man forsvarer bruk av case studie ved konkret manifestasjon av abstraksjonen som ligger i teori og forskningsspørsmål. Data omgjøres fra data om et tema til data om det som dette enkelte case - studiet omhandler. Til slutt poengterer Yin at språket i case studiet skal holdes på et nivå der man bruker universelle begreper og termer om de hovedområdene man behandler, man skal, slik jeg forstår det, unngå å konstruere et «eget språk» relatert til case-studiet. På denne måten kan det aktuelle forskningsarbeidet inngå nettopp som forskning andre forskere kan se til og dra nytte av i videre undersøkelser av emnet.

### 3.3.4 Logikken som linker data til subjektet for diskusjon og analyse

Yin (2014:36) hevder at data-analysen foregår stegvis og tar direkte utgangspunkt i spørsmålene som stilles i studien. På denne måten vil man få til en mest mulig hensiktsmessig data-innhenting og analysemetode relatert til det enkelte aktuelle case studiet. Yin nevner forskjellige metoder som «pattern matching» «explanation building» «time-series analysis» «logic models» og «cross case syntesis». For min case studie sin del vil det ift logisk link mellom data og spørsmålene som stilles kunne være flere mulige innfallsvinkler. Det mest nærliggende synes for meg å være det Yin kaller for «explanation building» som jeg forstår som det å bygge en forklaring på hvorfor et fenomen forholder seg slik det gjør. Gjennom å linke spørsmålene og teori opp mot innhentet data, da spesielt intervjuene i de aktuelle organisasjoner, vil jeg kunne få svar fra virkeligheten på forskningsspørsmålene En annen og komplementerende innfallsvinkel vil kunne være det Yin kaller «cross case syntesis» der min case studie kan vise seg å sammenfalle i funn med annen forskning på området. Dette har spesielt blitt gjort opp mot Paine&Leiter (2013) og Jensen i Veggeland (2013) samt aktuell masteroppgave fra NHH både innledningsvis gjennom teorikapitlet og i analysedel der intervjudata ses opp mot denne forskningslitteraturen.

### 3.3.5 Kriterier for styrken av funn

Yin (2014:36) viser til at man ved bruk av kvantitativ metode bruker signifikansnivå for å si noe om en studies forklaringskraft. Slik metode er ikke aktuell i kvalitativ sammenheng. Man vil med kvalitativ metode gjerne heller finne og presentere rivaliserende forklaringer på



funnene. Det å presentere slike rivaliserende forklaringer vil styrke funnenes forklaringskraft. Desto flere alternative forklaringer som presenteres og blir avvist, desto sterkere står funnene.

For min case studie sin del vil det være aktuelt å se funnene opp mot så vel forskjellig teoretisk utgangspunkt som annen forskning på området og annen forskning som ikke omhandler samhandlingsreformen men som går på organisasjoner og der liknende teoretiske «briller» er anvendt. Hvor stor grad dette skal gjøres opp mot hverandre vil fortløpende bli vurdert gjennom prosessen med masteroppgaven.

### **3.4 Valg av forskningsstrategi**

Som argumentert for ser jeg på masteroppgaven som langt på vei en ren case-studie. Yin nevner ikke forskningsstrategier i seg selv og jeg forstår ham dithen at case-studiets vesen er et forskningsdesign som står godt på egne bein. Imidlertid finner jeg det relevant, både teoretisk og for min case – studie sin del og omtale Blakie (2010) og Danemark (1997) syn på abduksjon og videre ta stilling til hvilket syn som passer best inn ift min case-studie, som jeg mener det går an å argumentere for at har abduktive elementer ved seg. Dette vil jeg komme tilbake til i det følgende. Imidlertid vil presentasjonen bli av det mer kortfattede slaget med den begrunnelse at hoved – forskningsstrategien valgt er case – studie slik presentert av Yin (2014). Problematikken drøftes imidlertid noe, med den hensikt å vise til de kvalifiserte valg som er gjort med det mål å få til et mest mulig hensiktsmessig design.

Slik jeg forstår Blakie (2010) presenterer han samlet sett en abduktiv forskningsstrategi der poenget er at man kan få tak i vitenskapelig kunnskap fra undersøkelser i menneskers liv i de omstendighetene de befinner seg i samfunnet. Man tar utgangspunkt i de rollene aktørene dekker og undersøker på forskjellige vis. Funnene blir så beskrevet av forskeren i vitenskapelige termer. Dette innebærer et konstruktivistisk syn på avdekking av samfunnsmessige realiteter, så godt det lar seg gjøre. Et avgjørende poeng hos Blakie er at teori er sluttproduktet av nevnte forskningsstrategi.

Abduksjon slik presentert av Danemark (1997) hevder at abduksjon står i motsetning til deduksjon. Mens man ved deduksjon hevder at noe er på en bestemt måte ut fra logisk slutning av premissene, vil man gjennom abduksjon ikke innta en så bastant holdning men gjerne heller si at man gjennom forskningen viser til mulige sammenhenger og retning, dog skal disse være begrunnede. Det er ved abduksjon ikke logikken i seg selv som legger premissene for konklusjonene. Man vil heller forsøke å rekontekstualisere.

Min case studie baserer seg på kjent teori i organisasjonsteori, endring og ledelse. Denne har blitt presentert for seg selv. Poenget nå er å påpeke at min case studie har et teoretisk utgangspunkt, der den teoretiske motsetningen forenklet forklart ligger i på den ene siden en instrumentell innfallsvinkel til organisasjonsteori, endring og ledelse og på den andre siden et

kulturelt/profesjonsperspektiv. Således vil ikke sluttproduktet i min oppgave være teori, slik Blakie (2010) legger opp til, men snarere ha et teoretisk utgangspunkt som skal være en hjelp og redskap gjennom prosessen med oppgaven til å kunne si noe om mulige mekanismer og sammenhenger i forhold til hvordan økonomiske incentiver påvirker samhandlingen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og, i beste fall, kunne si noe om dette ser ut til å fungere eller ikke, om kulturelle krefters innvirkning og kanskje noen ord om mulig hensiktsmessig vei videre for samhandling i norsk helsevesen som et hele. Jeg mener jeg klart beskriver abduktive elementer i min oppgave ut fra Danemark (1997) forståelse av begrepet der mulige begrunnede sammenhenger og retninger vil komme fram.

### **3.5 Hvilke empiriske data skal samles inn og hvilke metoder skal benyttes i datainnsamlingen - og hvorfor?**

Denne case studien er tenkt som et bidrag fra kvalitativ – metodebruks hold som kanskje spesielt vil kunne fange opp hvilke implikasjoner sterke faggruppers logikk får i møtet med en instrumentell reform som samhandlingsreformen. Gjennom en case-studie håper jeg å få innblikk i aktørenes tankesett og beveggrunner for atferd. Innhenting av data vil primært skje gjennom intervju av ledende personer i aktuelle faggrupper i aktuelle organisasjoner. Jeg tenker da representanter både fra administrativt og medisinsk hold. I tillegg finnes det dokumenter og avtaler i begge organisasjoner som omhandler samhandlingsreformen. Konkret dreier dette seg om foreliggende samarbeidsavtaler mellom Stavanger Kommune og SuS. Aktuell litteratur om samhandlingsreformen, informasjon fra Regjeringen, Helsedirektoratet, Rogaland Revisjon, avisartikler om emnet og annen internasjonal beslektet litteratur som ser på trender og tendenser innenfor helse og omsorgssektoren i andre land det er naturlig å sammenlikne seg med. Funn vil bli drøftet opp mot et faglig, teoretisk utgangspunkt. Dette for å kunne si noe om hvilke krefter som gjør seg gjeldende i myndighetenes forsøk på å implementere en instrumentell helsereform, og om det finnes faktiske motkrefter, da spesielt med utgangspunkt i sykehuslegenes profesjonskultur.

I kapittel 4 vil sitater fra sju intervju bli presentert og generert mening fra med den hensikt å belyse hvilke implikasjoner implementeringen av samhandlingsreformen får i møtet med profesjonskultur. Sykehuslegene ved medisinsk divisjon på Stavanger Universitetssykehus (SuS) vil stå sentralt, og mitt bidrag vil primært være å få frem sykehuslegenes syn på samhandlingsreformen, og hvorfor de har sitt syn. Dette vil bli undersøkt gjennom å se på hvordan reformens økonomiske incentiver, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter virker inn på samarbeidet mellom Stavanger Universitetssykehus og Stavanger Kommune. De sentrale datakildene er selve samhandlingsreformen, foreliggende avtaler mellom Stavanger Universitetssykehus og Stavanger Kommune, da spesielt delavtale 5, «Samarbeidsavtale om ansvars og oppgavefordeling ved opphold i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten» og delavtale 10 «Samarbeidsavtale om helsefremmende og forebyggende arbeid». Primærdata fra egne, innhentede intervju både fra Stavanger Kommune og fra SuS, samhandlingsstatistikk fra

helsedirektoratet, rapport fra Rogaland Revisjon, samt avisartikler, og bøker som omhandler samhandlingsreformen.

Konkret i kapittel 4 vil funn fra intervjuene bli presentert. Det dreier seg om omfattende dybdeintervjuer. Intervjuene består av tre respondenter fra et topp-byråkrat nivå i Stavanger Kommune, og fire respondenter fra medisinsk divisjon på SuS hvorav to er overleger, en er lege i spesialisering i indremedisin og en er topp-byråkrat i SuS seksjon for samhandling. På denne måten håper jeg det kan være mulig å få innblikk i spesielt hvilke normer og verdier som preger legekulturen på SuS og hva dette igjen har å si for legenes syn på de økonomiske incentivene og for syn på kommunens rolle i arbeidet med samhandlingsreformen.

Formen på kapittel 4 tar utgangspunkt i Kvale (1997:126-129) anbefalinger for meningsfortetting og meningsgenerering ut fra en ad-hoc tilnærming. Strukturen er slik at det for hvert tema først følger en kort intro, deretter sitater og så min tolking. Det anmerkes at sitatene som blir presentert er ment å være helt sentrale utvalgte sitater fra rike, transkriberte intervjudata. Fyllord uten mening i seg selv og gjentakelser av ord er i stor grad utelatt av praktiske årsaker. Etter min vurdering har dette ikke særlig betydning for meningsgenereringen.

### **3.6 Analyse av data**

All analyse vil ses opp mot oppgavens teoretiske forankring for å kunne si noe om sammenhenger relatert til tidligere nevnte forskningsspørsmål. I kapittel, 5, vil organisasjonsteori og internasjonal forskningslitteratur som omhandler liknende utfordringer i andre vestlige land det kan være naturlig å sammenlikne seg med ligge til grunn for å finne mulige svar på hvorfor funnene i kapittel 4 fortøner seg slik de gjør.

For intervjuene sin del vil disse bli transkribert før endelig analyse blir foretatt slik Kvale (1997:105) anbefaler. Jeg vil forholde meg til en analyse med en hermeneutisk innfallsvinkel og da ut fra en strategi med utgangspunkt i tidligere nevnte abduktive metode slik Danermark (1997) presenterer den. Med Danermark (1997) forståelse av abduksjon lagt til grunn vil Yin (2014) tilnærming til data-analyse kunne fungere. Slik jeg forstår Yin vil forskerens skjønsmessige vurdering av datamaterialet til slutt alltid ligge til grunn for analysen. For min case studie sin del vil kvaliteten bli forsøkt sikret ved å sette alle intervjudata og analyse av dokumenter opp mot teorien som forskningsspørsmålene baserer seg på.

### 3.7 Drøfting av mulige validitets- og reliabilitetsutfordringer ved eget design

Kvale (1997) trekk er opp den historiske diskusjonen om validitet mellom positivist og humanister. Denne diskusjonen vil ikke bli gjennomgått her, men kan ligge som et bakteppe når man skal si noe om case studiets reliabilitet og validitet. Forut for videre drøfting vises til følgende sitat fra Kvale der han omhandler problemstillingen:

*«Ideelt sett vil kvaliteten på håndverksarbeidet gi kunnskapsprodukter som i seg selv er så sterke og overbevisende at de faktisk bærer deres gyldighet i seg, i likhet med et vakkert kunstverk. I slike tilfeller ville forskningsprosedyrene være gjennomsluttede og resultatene åpenbare, og en studies konklusjoner ville være overbevisende sanne, vakre og gode. Eksterne sertifiseringer eller offisielle myndighetsstempler vil da bli sekundære. Valid eller gyldig forskning vil da være forskning som overflødiggjør spørsmål om validitet».*

Kvale (1997:177).

Guldvik (2002) synes for meg å langt på vei innta samme ståsted som Kvale (1997) Guldvik erstatter begrepene reliabilitet og validitet med et troverdighetsbegrep. Det maktpåliggende blir å skrive et overbevisende forskningsarbeid. Dette overbevisende vil, slik jeg forstår Yin (2014) fremkomme ved å gjøre sitt beste for å unngå åpenbare feil og skjevheter. Konkret viser Yin 2014:102) til at man bør innhente data fra flere kilder, dokumenter, arkiv, intervju, direkte observasjon deltakende observasjon. Man bør videre opprette en «case study database» og være skånsom i produksjon av «rød tråd» i arbeidet. Man bør også utvise forsiktighet i bruk av elektroniske kilder. Samlet sett vil dette øke studiets kvalitet/bærekraft. Alt i alt vil jeg ta utgangspunkt i et validitets og reliabilitetsbegrep slik det fremkommer hos Kvale, Guldvik og Yin fremfor en positivistisk, kvantitativ tilnærming til begrepet. Det overbærende prinsipp som legges til grunn hos nevnte forfattere synes for meg at man alltid er åpen for rivaliserende forklaringer samtidig som man argumenterer for eget syn ut fra de undersøkelser og analyser man foretar. Jeg har gjennom arbeidet med oppgaven hatt i tankene forholdene nevnt ovenfor og oppgaven er kun begrenset av ressurstilgang som kunne bedret bredden i innfallsvinkel ytterligere.

### 3.8 Yrke og arbeidssted. Forskningsetiske implikasjoner?

Kvale (1997) tar opp etiske retningslinjer og moralske aspekter ved en intervjuundersøkelse. Konkret i denne oppgaven har det for min del vært et ekstra moment at jeg er ansatt, men har permisjon fra en av aktørene forsket på, nemlig Helse Stavanger HF. Imidlertid befinner jeg meg etter mitt skjønn ganske langt fra medisinsk divisjon og seksjon for samhandling som det er gjort nærmere undersøkelser ved. Jeg har permisjon fra psykiatrisk divisjon, og har svært lite med medisinsk divisjon å gjøre i det daglige. Helse Stavanger HF har 7300 ansatte. Mine tre respondenter fra medisinsk divisjon er plukket ut i samarbeid med overordnet lege med

personalansvar. Jeg kjente ingen av legene fra før. Respondenten fra seksjon for samhandling hadde jeg heller ingen kjennskap til fra tidligere. Videre har jeg slik jeg forstår Kvale (1997) anbefaler, vært åpen med respondentene om mitt ansettelsesforhold, og informert skriftlig om dette når forespørsel om intervju har blitt sendt ut. Det har også blitt påpekt at studiet er godkjent av NSD slik at informasjon som fremkommer i intervjuene vil bli fortrolig behandlet og anonymisert. Avslutningsvis nevnes at deltakelse på studiet er et privat initiativ fra min side, noe som skulle ivareta tilliten både fra respondentene og integritet til studiet i seg selv i forhold til at målet med studiet er å fremskaffe kunnskap som kan ha verdi for samfunnet. Studiet berører ikke problematikk knyttet til pasienter, kun fire av mine 7300 Helse Stavanger HF kollegaer. Selv om jeg ser få åpenbare forskningsetiske implikasjoner med mitt ansettelsesforhold, har jeg likevel hatt en bevissthet om dette med meg inn i studiet og intervjuene og vært bevisst på å ivareta åpenheten til funn, da i den forstand at min førforståelse (Gadamer 1989) ikke i for stor grad skal prege min tolking av de data som kommer fram. Jeg håper jeg gjennom en slik tilnærming har lyktes med en så balansert tilnærming som mulig de overfornevnte forhold tatt i betraktning.

## 4.0 PRESENTASJON AV FUNN OG OBSERVASJONER

Dette kapitlet baserer seg på intervjuene fra vedlagte intervjuguider. Som gjort rede for i metodekapitlet dreier seg om omfattende intervjuer med sju respondenter, tre toppbyråkrater i kommunen, en person fra SuS seksjon for samhandling og tre le

ger ved medisinsk divisjon på SuS. Oppbyggingen av empirikapitlet er slik at der i pkt. 4.1. behandles samhandlingsreformen sett fra et kommunalt ståsted og pkt. 4.2. som behandler samhandlingsreformen sett fra sykehusets ståsted. Aktørenes syn oppsummeres hver for seg.

### 4.1 Samhandlingsreformen sett fra et kommunalt ståsted

Her spørres respondentene fra kommunen om sitt overordnede syn på samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen i seg selv beskriver samfunnsmessige utfordringer som aldrende befolkning og økende bruk av kostnadskrevede spesialisthelsetjenester. Kommunene skal få en ny rolle med samhandlingsreformen som bl.a. innebærer en sterkere rolle i forebyggende arbeid og i det at pasientene skal mestre sine sykdomstilstander. Det er og tale om oppbygging av en rekke kommunale helsetjenester som skal kunne avlaste spesialisthelsetjenesten. Kommunene får et direkte økonomisk ansvar gjennom kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter.

Respondent 1, (R1) toppbyråkrat, kommuneadministrasjonen

Respondent 2, (R2) byråkrat, kommuneadministrasjonen

Respondent 3, (R3) leder av et sosialkontor og div. roller opp mot samarbeid med SuS

*R1 «Samhandlingsreformen er en retningsreform noen dokumenter, en NOU, noen lovforslag og strategiske dokument. Det er en del av samfunnsutviklingen, en del av helsetjenesteutviklingen, det er ikke noe annet. Det er ikke mer hokkus-pokkus. Vi kan ikke forklare alt med samhandlingsreformen, vanskelige ressursituasjoner kan ikke plent forklares med reformen»*

*R2 «Jeg tror samhandlingsreformen er en veldig god ting. Det tar tid å se noe av effektene, selvfølgelig. Folkehelseeffekten tror jeg du vil få litt over tid. Jeg synes det er veldig bra med lokalmedisinske senter, det handler jo om forebygging og kompetansesenter. Det er flere søyler. [...] Det blir rehabilitering etter hvert og utvides med sengeplasser i Stavanger. Jeg er spent på hvordan det blir i psykiatrien, det er jo et så komplisert felt.»*

R3 «Jeg tenker samhandlingsreformen er en skjult reform. Hadde de turt å si det de har lyst til så er det en eldrereform på helse og omsorgstjenester. Det handler om at de eldre skal ut og driftes billigere. Derfor blir ikke de gamle liggende i sykehuset. Jeg tenker det er en skjult agenda fra statlige myndigheter. Før fikk vi og veldig sjelden melding om utskrivingsklare ungdommer eller middelaldrende, det var de unge som lå på gangen mens de eldre lå på rommene og tok opp plass. Det er pengene nå som styrer, ned med utgiftene knyttet til helseforetakene, ned med utgiftene også i det kommunale, for vi får ikke mer penger enn det vi tar fra sykehusene, vi har ikke mer spillerom. Så det er jo snakk om å redusere utgifter, men hvordan reduserer du uten å si hvordan du reduserer og til hvilken målgruppe?»?

Her skiller respondentene seg litt. R1 og R2 gir begge uttrykk for at samhandlingsreformen er en god retningsreform og en samfunnsutvikling. R1 gir uttrykk for at det ikke er noen entydige svar på om utbyggingen av kommunale tjenester avlaster spesialisthelsetjenesten mens R2 har stor tro på det. R3 skiller seg ut og sier rett ut at samhandlingsreformen er en skjult reform som egentlig tar sikte på å håndtere eldre på en mer kostnadseffektiv måte. De eldre skal ut av sykehuset og gi plass til friskere pasienter. Samtidig nærmest lures de eldre til å tro at de kan få alt mulig gjennom samhandlingsreformen med helhetlige pasientforløp, mens det egentlig ikke er slik. Det er stort sett bare fine ord for å si at sykehuset ikke kan bruke uendelig med ressurser på eldre som snart ser livets utgang komme. Deres plass er på sykehjem, hvor det vil bli brukt begrenset med ressurser på dem.

#### **4.1.1 Kommunal medfinansiering og forebyggingsarbeid**

Som tidligere gjort rede for presenteres kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjeneste fra regjeringens side å innebære at kommunene skal betale en del av regningen for sykehusinnleggelse. Det har blitt overført 5,6 milliarder kroner til dette for inneværende år. Incentivet skal føre til at kommunene blir mer bevisst at det er viktig å fremme helse, forebygge sykdom og bygge opp lokale tilbud. Det hevdes dokumentert fra regjeringens side at kommunale tilbud har effekt på innleggelse i sykehus.

I tidligere nevnt rapport fra Rogaland Revisjon (2013) presenteres en analyse av kommunal medfinansiering som konkluderer med at medfinansieringsinsentivet fungerer dårlig og er lite egnet til å stimulere kommunen til å satse forebyggende fordi det er en mekanisme i reformen, nemlig at kommunen må betale 20% av spesialisthelsetjenestens kostnader ved medisinsk behandling samtidig som det som regel vil være billigere å betale 20% av sykehusregningen enn å etablere egne tilbud. Et annet forhold er at kommunene har liten påvirkningskraft på aktivitetsnivået på sykehuset ettersom mange innleggelse gjøres fra sykehusets egne poliklinikker og således er utenfor kommunenes påvirkning. Lagt til grunn den innsatsstyrte finansieringen (ISF) som i seg selv er en mekanisme som sørger for at det er lønnsomt for sykehuset å behandle flest mulig pasienter, er det nærliggende for kommunene å anta at sykehuset ved en nedgang i innleggelse fra fastlege og legevakt vil fylle opp egne avdelinger med pasienter fra poliklinikkene for å opprettholde egne inntekter. Pasientene fra

poliklinikkene, som da bor i kommunene, vil igjen generere utgifter for kommunene pga den kommunale medfinansieringen. Kommunene får i så fall ingen økonomisk gevinst av eget, i seg selv kostnadsgenererende, forebyggingsarbeid.

I tidligere nevnte artikkel i DN 01.10.12 henvises det til KS rapport som beskriver incentivet som svakt bl.a. med den begrunnelse at det er langsiktige tiltak som skal redusere kostnadene. I Aftenposten 07.10.12 vises det til prof. Terje P. Hagen som argumenterer for at 20% medfinansiering er for svakt, at kommunene med dette kun vil klare å bygge opp alternativer for 5-6% av sykehusinnleggelsene. For å sette overføringen fra stat til kommune med samhandlingsreformen i perspektiv viser prof. Hagen til at det overføres 5,6 milliarder kr. til kommunene mens de totale kostnader til spesialisthelsetjenester i 2012 er budsjettetert til 106,5 milliarder kroner.

I intervjuene spørres toppbyråkrater i Stavanger Kommune om sitt syn på den kommunale medfinansieringens effekter, og om den har vært medvirkende til en økt satsing på forebyggende helsearbeid. Samarbeid om forebyggende helsearbeid mellom Stavanger Kommune og SuS er regulert av delavtale 10, «Samarbeidsavtale om helsefremmende og forebyggende arbeid».

*R1 «Hele innretningen gav uheldige vridningseffekter. På det politiske planet så har det vært en skepsis. Vi i administrasjonen har en annen måte å forholde oss til myndighetskravene. Vi får dette til å balansere seg. Det er jo litt det som er kunsten. Det har ikke vært lett å navigere»*

*«Mye av det vi knytter opp mot samhandlingsreformen var prosesser som var i gang før reformen kom. Men samhandlingsreformen gav en større legitimitet. Samtidig ser jeg at det har vært en undring rundt myndighetenes satsing, den er lovfestet, men økonomiske virkemidler ligger ikke tydelig på det. Når mange tjenester presenterer forskjellige behov er det vanskelig med incentivene, det er nesten på tross av incentivene vi har fått i stand satsingen»*

*R2 «Kommunen har liten påvirkning»*

*«Vi bruker noe på folkehelse, men det har jo ikke akkurat vært så mye igjen på medfinansiering. Reformen er jo underfinansiert i utgangspunktet! Vi satser forebyggende, men det er trender som går langt utover samhandlingsreformen. Vi ser jo til Danmark og tenker innsatssjokk, at å gi pasientene mye med en gang de kommer ut fra sykehuset så slipper de tjenester etterpå istedenfor å gi dem lite hjelp over lang tid, en helt ny måte å tenke på. Det er mye trøkk på dette hos oss»*



R3 «Jeg er undrende til medfinansiering. Jeg er undrende til hva vi vinner på den? Merarbeid. Mer kontroller. Flytte penger fra en til en annen, hva vinner vi på det?» «Jeg skjønner ikke helt hva staten tenkte med medfinansiering».

«Vi var jo allerede på vei inn i forhold til leve hele livet, hverdagsrehabilitering, samtidig som disse her helsehusene og lokalmedisinske sentra og ikke minst ny lov som la klare føringer. Men hva det ene har vært i forhold til det andre synes jeg faktisk er veldig vanskelig å si, det er veldig uklart. Jeg tenker loven var mest førende. Den gir rom for at kommunen har ansatt folk som driver med forebygging og folkehelse. Det er vel så viktig som medfinansiering».

Respondentene fremstår relativt samlet i sin kritikk av den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten som gjennomgående presenteres som grunnleggende meningsløs. Det virker ikke hensiktsmessig å flytte penger mellom tjenestenivåene når pasientene blir lagt inn i samme omfang som før uansett. Kommunene blir pådyttet kostnader og får inntekter, men kostnadene har de i praksis ingen kontroll på. Resultatet blir økt byråkratisering med kontroller på kostnadene, noe som krever merarbeid og gir utgifter i seg selv.

Samlet sett synes respondentene å si at kommunens satsing på forebyggende arbeid gikk sin gang før samhandlingsreformen og går sin gang etter samhandlingsreformen. Den kommunale medfinansieringen genererer ikke penger til forebyggende arbeid. Det er heller nytt lovverk som har gitt en generell økt legitimitet til slikt arbeid og som har ført til at kommunen bruker noe mer ressurser på dette.

#### **4.1.2 Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter**

Som tidligere gjort rede for innfører regjeringen den kommunal betalingsplikten for utskrivingsklare fordi det ligger for mange pasienter på sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Dette er kostnadskrevende og ses på som medisinsk uhensiktsmessig for pasientene det gjelder. Den kommunale betalingsplikten fra første dag når en pasient er utskrivingsklar innføres med en døgnpris på 4125kr for å endre praksisen. Målet er hurtigst mulig overføring til f.eks. korttidsopphold på institusjon eller opphold med oppfølging fra kommunen i hjemmet når pasienten er utskrivingsklar fra sykehuset.

Som behandlet tidligere i oppgaven oppsummeres her kort at en artikkel i DN 01.10.12 omtaler KS rapport som omtaler incentivet som sterkt. Videre foreligger en rapport fra Rogaland Revisjon (2013) som konkluderer med at incentivet har virket svært godt fordi antall døgn med pasienter innlagt på SuS som utskrivingsklare har gått markant ned. Rapporten gjør oppmerksom på en mulig mekanisme i reformen som gjør at utskrivingsklare pasienter blir prioritert foran andre grupper. Denne mekanismen påpekes også av Jensen i Veggeland (2013). Det er spesielt de hjemmeboende med behov for sykehjemsplass som ses på som sårbare i en slik prioritering. Halvorsen og Wergeland (2013) hevder i sin

masteroppgave fra NHH at incentivet er meget sterkt og vellykket slik det har fungert mellom Haukeland Universitetssykehus og Bergen Kommune.

I det følgende spørres respondentene om sitt syn på og erfaring med ordningen i tilfellet Stavanger Kommune og SuS.

R1 *«I modellen i 2011, kommuneproposisjonen som skulle gjelde i 2012 fikk vi 12 millioner for å ta imot utskrivingsklare pasienter. Noen kommuner ble kompensert fordi de hadde høyere aktivitet på enten medfinansiering eller utskrivingsklare pasienter. Stavanger Kommune ble ikke kompensert fordi vi hadde et mindreforbruk av sykehustjenester. Vi fikk ikke kompensasjon fordi til sammen så mente de at det skulle holde. Når vi laget til tilbudet totaltsett for utskrivingsklare pasienter så kostet det oss mer enn 12 millioner. Så den går ikke i hop. Risikoen er stor for kommunen. Sykehusene bestemmer i hovedsak hvem som blir innlagt og når pasientene er utskrivingsklare».*

På spørsmål om kommunal betalingsplikt har ført til at kommunen har prioritert utskrivingsklare pasienter, og om dette eventuelt har gått på bekostning av andre grupper, svarer informant R1:

*«Tjenestene i Stavanger Kommune er såpass robuste at dette klarer vi å kompensere for».*

R2 *«Det har fungert for nå har vi jo fått penger. Stavanger Kommune har redusert ventelistene fra sykehuset så det har virket. Disse pasientene har ligget i en gang eller seng på sykehuset og ventet på utskrivning til kommunen, de har ofte blitt glemt, de har ligget der på vent. Vi har satt inn fysioterapi, ergoterapi, vi prøver å gi dem mye aktivitet, så dette tror vi på».*

På spørsmål om kommunal betalingsplikt har ført til at kommunen har prioritert utskrivingsklare pasienter, og om dette eventuelt har gått på bekostning av andre grupper, svarer informant R2

*«Disse pasientene ville vi fått før eller siden uansett, enten om noen dager eller fra dag en. Det har blitt flere sykehjems plasser enn det ville vært uten samhandlingsreformmidlene. Når det da er pasienter som vi ville fått uansett så har de jo ikke fortrenget noen.*

R3 *«Jeg tror det har fungert. Vi fikk noen midler og klarte å bygge opp egne overgangssenger. Det gjorde at vi klarte å tømme sykehuset. Dette har ført til færre liggedøgn på sykehuset. Det er jo en forebygging i å heller komme hjem enn å ligge på sykehuset og vente, men det andre er jo om pasienten får et godt nok helsetilbud på sykehuset».*

Respondent R3 bes om å utdype det siste opp mot om incentivet med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter har hatt noen innvirkning på sykehuslegenes vurdering av når en pasient er utskrivingsklar, og svarer:

*«Ja, for de vet de kan få penger for det, men den inntekten kom ikke for vi tok dem ut. Den faglige forsvarligheten presses fordi det ses på som en kommunal helse og omsorgstjeneste å ta seg av den eldre garde».*

Respondent R3 blir spurt om incentivet med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter har ført til at andre grupper har blitt nedprioritert. Svar:

*«Det er i alle fall en viss fare for det. Vi må være veldig bevisst. Det er klart at det bor folk hjemme som gjerne blir lagt inn fordi de ikke får korttidsopphold. Hvis det blir en sedvane at folk må innom sykehuset for å få plass, da har vi bitt oss selv i halen. Det er en mekanisme i dette med reformen. Det har nok ikke blitt så mye verre siden vi fikk overgangssengene, men uten dem hadde vi aldri klart det»*

Samlet sett gir respondentene uttrykk for at det har vært god effekt av den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter fra dag en i den forstand at ventelistene fra sykehuset til kommunen har gått ned, antall liggedøgn på sykehuset har gått ned. R1 gir uttrykk for bekymring for at midlene som overføres fra staten ikke er nok til å dekke utgiftene. Altså en bekymring for at det foreligger en underfinansiering. R1 og R2 avviser at andre grupper blir nedprioritert som konsekvens av at pasienter som er utskrivingsklare blir prioritert til sykehjem og hjemmebaserte tjenester. R3 innrømmer at det finnes en slik mekanisme i reformen men mener den ikke har gjort seg gjeldende i praksis i Stavanger Kommune.

#### **4.1.3 Dialogen med sykehuset**

Stavanger Kommunens dialog med SuS i forbindelse med avtalene som berører tema relatert til samhandlingsreformen er formelt regulert gjennom Overordnet Samarbeidsavtale (2012:7). I avtalen kommer det frem at partene skal treffes årlig på strategisk ledermøte. Møtets saksforberedelse ligger til samhandlingsutvalget der begge parter er representert. I samhandlingsutvalget ligger foruten forberedelser til ledermøtet, blant annet oppfølging og vedlikehold av avtalene, en rådgivende funksjon i tvistesaker og en arena for gjensidig orientering om hverandres arbeid relatert til avtalene. Samhandlingsutvalget har ingen beslutningsmyndighet og er således et rådgivende organ.

Politisk legges det fra den nåværende regjeringen ved helse og omsorgsminister Bent Høie (H) opp til at samarbeid mellom nivåene er viktig. I helse og omsorgsministerens tale på nasjonal konferanse om samhandlingsreformen, 09.01.2014 vektlegges viktigheten av at det nå er møteplasser mellom kommunene og sykehusene, og at de lovpålagte samarbeidsavtalene er på plass. Imidlertid ser helse og omsorgsministeren utfordringer med implementeringer av avtalene.

I det følgende spørres respondentene både om forhold ved samarbeidet i samhandlingsutvalget, men og om og hvordan eventuelt direkte samarbeid mellom Stavanger Kommune og medisinsk divisjon på SuS og sykehuslegene foregår direkte.

R1 *«Samhandlingsutvalget har ingen myndighet, noen vil si heldigvis. Myndigheten ligger i mellom rådmann og direktør. Alt ligger bestemt i avtalene. Derfor jobbet vi for at samhandlingsavtalene skulle bli så konkrete som mulig. Det ligger en kime til utfordring i at vi ikke får avtalene detaljerte nok. Men jeg kan forstå RHFene. De skal også ha en hverdag der ting skal være lette å manøvrere.»*

På videre spørsmål til informant R1 om vedkommende oppfatter at incentivet med kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter er ønskelig fra legehold svarer R1:

*«Ja, jeg tror nok de opplevde det». Og: «Jeg har ikke merket skepsis fra legehold, men jeg har merket et trykk på kommunen, nå må dere ta pasientene, det er deres ansvar nå.»*

R2 *«Vi har en ordning der leger hos oss har en stilling i sykehuset, men jeg tenker samhandling med legene det må du spørre legene om»*

Oppfølgingsspørsmål om informant R2s opplevelse av sykehuslegenes syn på samhandlingsreformen, svar:

*«Det vi har diskutert er at det er legene på sykehuset som kan bestemme når en pasient er utskrivingsklar, det er jo det det er snakk om, at legene skyver på grensene for når en pasient er utskrivingsklar. Jeg tror nok det er en tendens til det.»*

Informant R2 gis oppfølgingsspørsmål om hvordan vedkommende opplever samarbeidet mellom Stavanger Kommune og SuS i samhandlingsutvalget, og svarer:

*«Vi har jobbet sammen lenge om dette, jeg hadde en rolle om delavtale 5, og jeg synes samarbeidet går greit, vi har en ok relasjon. Vi har ulikt ståsted, ulike oppgaver, ulikt fokus og det er ikke alltid vi er enige. Sykehuset har diagnosefokus og når pasientene kommer ut er det funksjonsnivået som teller».*

Oppfølgingsspørsmål om det er problematisk at samhandlingsutvalget ikke har beslutningsmyndighet?

*R2 «Det er ikke sånn beslutningsorgan i og for seg, men ansvaret for samhandlingsutvalget er at vi følger opp avtalene. Det er en hel bunke, 16 avtaler eller noe sånn, tror jeg. Så vi jobber jo med det da, hvordan vi skal klare å følge opp avtalene, at vi gjør de tingene som ligger der, som ikke er helt på plass ennå og at vi evaluerer og ser at de er gode nok. Og så i tillegg så er samhandlingsutvalget en god arena for å gjensidig orientere hverandre f.eks. om ting som skjer og så arrangerer vi toppledermøte for kommunene og sykehuset og i fjor arrangerte vi en omdømmekonferanse der det var både folk fra sykehuset og fra oss som kom».*

*R3 «Samhandlingsutvalget blir et overordnet utvalg som oppretter et fagråd til hver delavtale som rapporterer til samhandlingsutvalget en gang i året som går på hvordan avtalene fungerer i praksis. Samhandlingsutvalget har ikke veldig stor myndighet, mer et rådgivende ansvar. Vi skal prøve å melde det til noen. Vi har toppledermøte en gang i året men det blir ofte bare informasjon og orientering til folk fra departementet, politikere og andre. Det er en god tone i samhandlingsutvalget og mellom aktørene men en kan undres på om det er papir vi har laget for å holde visse rammer, men hvordan skal vi holde det levende? Det er i alle fall mye papir, ufattelig, en hel bok».*

Oppfølgingsspørsmål til informant R3 om det foregår direkte samarbeid mellom Stavanger Kommune og sykehuslegene, og om opplevelse av sykehuslegenes syn på samhandlingsreformen. R3 svarer:

*«Profesjonene ble hørt. Avtalene ble ikke laget på et overordnet nivå. De forfekter fag. Faget ligger i bunn på begge sider. Når du leser avtalene leser du et pasientforløp. Det er pasienten i fokus. Samhandlingsutvalget skal sørge for at det er en rød tråd i forløpet med pasienten».*

Slik jeg ser det er respondentene relativt sammenfallende på dette punktet. Det gis uttrykk for at samarbeidet med seksjon for samhandling på SuS er preget av at avtalene er inngått på direktør – rådmann nivå og at møter og oppfølging av avtalene bærer preg av at samhandlingsutvalget ikke har beslutningsmyndighet, men er et rådgivende organ. R3 sier slik jeg forstår det at avtalene er bygget opp som et ferniss for å ivareta lovkrav, men at avtalene i begrenset grad er implementert. Når det gjelder samarbeid med sykehuslegene hevder R3 at profesjonene ble hørt i utformingen av avtalene samtidig som respondentene er

sammenfallende på at det ikke foreligger direkte samarbeid mellom sykehuslegene og kommunen. Den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter opplever respondentene at sykehuslegene er positive til. Respondentene mener også å merke et påtrykk fra sykehuslegene på at kommunen må ta ut pasienter fra sykehuset som er utskrivingsklare.

#### 4.1.4 Oppfatninger om samhandlingsreformens videre skjebne

I det følgende spørres respondentene om sitt syn på hvordan samhandlingsreformen vil utvikle seg framover. Hensikten med dette er primært å få frem aktørenes ståsted ut fra et kulturperspektiv (Bang (2013)). Dette er informasjon som kan være til hjelp for å belyse aktørenes beveggrunner for standpunkt til samhandlingsreformens økonomiske incentiver i neste kapittel. Man søker med andre ord informasjon om hvordan og hvorfor aktørene tenker som de gjør.

Helse og omsorgsminister Bent Høie (H) tar i sin tale<sup>23</sup> «Samhandlingsreformen og veien videre» på nasjonal konferanse om samhandlingsreformen 09.01.2014 opp en rekke tema. Slik jeg forstår det legger Høie først og fremst til grunn at samhandlingsreformen er kommet for å bli, men at det kan bli justeringer, bl.a. varsler han at medfinansieringen kan komme til å forsvinne. Videre legger Høie frem at regjeringens politikk vil innebære en økt satsing på rus og psykiatri og en styrking av kommunehelsetjenesten, noe som vil styrke det forebyggende helsearbeidet. Høie kommer etter mitt syn med lite konkret ift. hva satsingen på rus og psykiatri vil innebære. Videre snakker Høie om at det avgjørende, og vanskelige framover blir å endre kulturer, å bygge felles kulturer og få til en felles virkelighetsforståelse mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Veggeland (2013) trekker frem erfaringer med liknende reform i Storbritannia, HAZ – reformen, som etter kort levetid ble avvirket i 2003. Dette etter en evaluering som slo fast organisatoriske uklarheter, fragmentarisk beslutningsmyndighet, uklarheter om lokal adgang til å gjøre forandringer og uklare mål uten realisme. Totalt sett hevder Veggeland at reformen ble et ovenfra og ned initiativ, initiert av det britiske helsedepartementet, uten lokal innflytelse. Det trengtes tid for å bygge opp lokal kompetanse og kostnadseffektiviteten uteble. Veggeland (2013) mener det samme vil skje med samhandlingsreformen.

I det følgende spørres respondentene om sitt syn på hvordan reformen vil utvikle seg fremover i spennet mellom avvikling og stor utvidelse:

---

<sup>23</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler\\_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?regj\\_oss=1&id=749175](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?regj_oss=1&id=749175)

R1 «Kommunal øyeblikkelig hjelp, døgn sengene, helseomsorgstjenesteloven. Det er ingen entydige erfaringer om at dette avlaster spesialisthelsetjenesten, kun tendenser».

«Det var tanken at pasientene som lå i ø-hjelpssengene ikke trengte spesialisthelsetjenesten. Når vi ikke får til å bruke denne type senger handler det om at de som rekvirerer pasientene er fastlegene. De vil ha pasientene på sykehuset. Dette handler om vane. For å få til endring må det skje noe i hodene på folk, vi må snu litt på hodene og vrenge litt på oss. Det er mye holdningsskapende arbeid i den videre reformen, i befolkningen, for faggruppene. Når de skal i gang med rus og psykiatri så må kanskje sykehus ikke bare være et hus, men et hus på hjul, med utrykning og samhandlingssone der kommune og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen. Klarer vi å snu dette så får vi gode virkemiddel som gjør at dette blir ok. Vi kan få til noe på rus og psykiatri men vi trenger robuste kommuner».

R2 «Den kommunale medfinansieringen tror jeg forsvinner, mens den kommunale betalingsplikten og ø-hjelp blir. Det at det fungerer gjør at det blir, og så går det inn i rammen fra 2016»

R3 «Jeg tror medfinansieringen blir stoppet. Jeg tror regjeringen pr dags dato ikke forstår hensikten med medfinansiering. Jeg tenker på helseministeren. Han har vært litt svak, han har ikke vært tydelig på det etter han ble helseminister, men han var tydelig på det i et møte vi hadde i fjor. Da oppfattet jeg ham som veldig skeptisk til medfinansieringsmodellen. Men betalingsplikten for utskrivingsklare i somatikk, den tror jeg blir. Den tror jeg aldri blir tatt vekk. Men om de tørr legge kommunal betalingsplikt på utskrivingsklare pasienter fra psykiatrien? Nei, det kommer ikke kommunene til å klare å svelge unna uansett. Det er for dyrt, mange av brukerne er alt for dyre»

Min tolking her er at R1 ser for seg at det blir en utvidelse av reformen på rus og psykiatri, i hvilken grad er noe uklart. R1 sier også noe om uenighet politisk om virkemidler. Jeg oppfatter at dette gjelder en avventende holdning til og forventning om at det vil bli endringer på medfinansieringen. R2 sier rett ut at medfinansieringen vil forsvinne, mens resten av reformen ses på som vellykket. R3 mener også at medfinansieringen vil forsvinne, men at den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter er et svært vellykket incentiv som vil bli værende for all framtid. R3 uttrykker skepsis til å ta med psykiatri og rus-pasienter ettersom mange av disse representerer kompliserte forhold der det er tilknyttet store kostnader.

#### 4.1.5 Foreløpig oppsummering av undersøkelser i Stavanger Kommune

Respondentene står relativt samlet om at den kommunale medfinansieringen er grunnleggende uhensiktsmessig og fører til økt byråkratisering, og kostnadskontroll som genererer utgifter i seg selv. Det er enighet om at den kommunale medfinansieringen ikke gir økte midler til forebyggende helsearbeid. Det påpekes at kommunen har liten påvirkning på utgiftene og det gis uttrykk for en frykt for, spesielt fra politisk hold, på at det foreligger en underfinansiering og at kommunen taper penger på incentivet. Dette er forhold det følges nøye med på.

Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter gjelder fra dag en og ble innført med samhandlingsreformen etter en situasjon der det stadig lå mange utskrivingsklare pasienter på sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Både KS (DN, 01.10.2012), Rogaland Revisjon (2013) Halvorsen og Wergeland (2013) beskriver incentivet som sterkt og vellykket. Veggeland (2013) viser til at det finnes en mekanisme i incentivet som vil føre til en prioritering av utskrivingsklare pasienter på bekostning av hjemmeboende med behov for sykehjemsplass. Respondentene gir samlet uttrykk for at incentivet har hatt svært god effekt ettersom ventelistene fra sykehuset til kommunen har gått markant ned. Det avvises at det er en nedprioritering av andre grupper, selv om en av respondentene innrømmer at mekanismen finnes. Det er imidlertid ikke faktiske utslag på dette, hevdes det.

Samarbeidet med sykehuset er formelt regulert gjennom en overordnet samarbeidsavtale der det legges opp til et årlig toppleder møte. Saksforberedelsene til møtet foregår i samhandlingsutvalget der begge parter er representert. Arbeid ellers i samhandlingsutvalget dreier seg slik jeg forstår det mest om diskusjoner rundt avtalene og diskusjoner om hvordan det går med implementering. Samhandlingsutvalget har ikke myndighet til å endre avtalene ettersom all myndighet ligger på rådmann – direktør nivå. Fra politisk hold har helse og omsorgsministeren vektlagt viktigheten av at aktørene har arenaer for å snakke sammen og finne gode løsninger sammen. Respondentene bekrefter at møtevirksomheten som foregår i samhandlingsutvalget består av drøftinger av om avtalene er implementert, at det avholdes et årlig toppleder møte og at det har blitt arrangert en omdømmekonferanse. Videre bekrefter respondentene at det ikke finnes direkte samarbeid mellom kommunen og sykehuslegene men at det merkes et press fra sykehusets side på at kommunen må ta utskrivingsklare pasienter og en opplevelse av at dette presset kommer fra sykehuslege-hold. Den ene av respondentene sier direkte at mange av avtalene og mye av arbeidet er farniss for å ivareta lovkrav. Det er også min oppfatning at dette i stor grad er tilfellet, at mange av avtalene som samhandlingsutvalget forvalter ikke er implementert. Imidlertid er avtalen som vel kanskje har mest praktisk betydning både for sykehuset og SuS, delavtale 5, implementert av kommunen og følges opp av SuS ved at leger og sykepleiere i det daglige krever at kommunehelsetjenesten skal ta imot utskrivingsklare pasienter fra dag en.



Respondentene fra Stavanger Kommune har etter min oppfatning ganske sammenfallende oppfatninger om samhandlingsreformens fremtid, selv om ordlyden er mer eller mindre direkte fra de forskjellige respondentene. Det som kommer tydelig frem er at det klart forventes en avvikling av medfinansieringen. Incentivet fungerer ikke etter intensjonen og fører til kostnadsgenererende administrasjon, da spesielt ift. monitorering av om midler tilført er tilstrekkelige opp mot kostnadene. Den kommunale betalingsplikten blir beskrevet som et sterkt incentiv som vil bli værende ettersom det erfaringsmessig er svært viktig for å få utskrivingsklare pasienter ut av sykehusene og sikre at sykehusene fungerer så godt som mulig. Når det gjelder implementering av rus og psykiatri sier to av respondentene at det vil komme noe på det, mens den tredje er svært skeptisk. Min tolking er at ingen av respondentene klart ser for seg at det vil komme sterke økonomiske incentiver på pasienter innen rus og psykiatri fordi mange av pasientene er svært kompliserte både diagnostisk og at pasientene over noe tid gjerne krever tjenester fra forskjellige tjenestenivå ut fra hvor de er i sykdomsbildet. Kostnadene disse kompliserte pasientene vil generere er uklare, men store, og slik jeg forstår respondentene ønsker ikke kommunen seg et totalansvar for en stor uklar kostnad som det allerede nå kommuniseres frykt for underfinansiering av.

#### **4.2 Samhandlingsreformen sett fra sykehusets ståsted**

Både samhandlingsreformen i seg selv og intervjuene tatt i denne oppgaven avspeiler etter min vurdering at de største konsekvensene av samhandlingsreformen for sykehusets del kommer med den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter. Som nevnt tidligere i oppgaven var situasjonen forut for samhandlingsreformen den at et relativt stort antall utskrivingsklare pasienter til enhver tid var innlagt på sykehuset og tok opp plass for enda sykere pasienter som var på vei inn. Dette skape tidvis betydelige utfordringer for sykehuset. Intervjuene vil søke og avdekke respondentenes syn på både den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter, om det har fungert, syn på kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, oppfatninger av samarbeidet med Stavanger Kommune og oppfatninger om veien videre for samhandlingsreformen. Ettersom denne oppgaven har fokus på å avdekke spesielt legene på medisinsk divisjons ståsted ut fra et kulturperspektiv gjøres spesielt oppmerksom på mulig sykehusintern diskrepans i virkelighetsoppfatning mellom legene på medisinsk divisjon og seksjon for samhandling.

For sykehuset sin del er samarbeid med Stavanger Kommune regulert av et avtaleverk som partene har utformet sammen og som er underskrevet av rådmann og direktør. I det følgende vil delavtale 5 som bl.a. regulerer forpliktelser og rutiner ved utskriving og delavtale 10 som omhandler forebyggende arbeid bli brukt som verktøy for å belyse sykehusets rolle og i hvilken grad avtalene er implementert. Selve avtaleverket er fremforhandlet med SuS seksjon for samhandling i spissen. Representanter fra seksjonen har plass i samhandlingsutvalget der representanter fra sykehuset og kommunene i foretaksområdet sitter. Samhandlingsutvalgets rolle kommer fram av overordnet samarbeidsavtale og er et organ som diskuterer implementeringen av avtalene og har en rådgivende funksjon, samt at de arrangerer et årlig toppleder møte mellom partene.

Intervjuene på sykehuset er tatt av toppbyråkrat ved seksjon for samhandling og tre leger ved medisinsk divisjon hvorav to er overleger, en klinisk kardiolog og en lungelege. Tredje lege er en LIS-lege som betyr at vedkommende er i spesialisering i indremedisin.

R4 Toppbyråkrat, SuS seksjon for samhandling

R5 Overlege ved medisinsk divisjon, klinisk kardiolog

R6 Lege i spesialisering i indremedisin, medisinsk divisjon

R7 Overlege ved medisinsk divisjon, lungelege

#### 4.2.1 Om legekultur

Ettersom dette kapitlet dreier seg om funn og observasjoner vil her bli presentert den kulturen som legene på SuS gav uttrykk for i intervjuene. Christensen (2009) viser til at slik kultur gjerne har oppstått i organisasjonens tidlige, formative år, og kaller dette for sti-avhengighet. Bang (2013) viser til at en kultur er de verdier, virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre, og kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben. For det fagspesifikke for legenes del viser Nilsson og Philhammar (2009) til at erfaringsbasert klinisk praksis står høyt hos legene, mens Tunanidas og Bunkhart (2009) viser til hvordan det innenfor den enkelte medisinske spesialisering etterstrebes høy medisinsk standard. Hva denne profesjonskulturen har å si for samarbeidet med kommunene om samhandlingsreformen og syn på reformens økonomiske incentiver vil jeg ut fra et teoretisk perspektiv komme tilbake til i neste kapittel. Her og nå dreier det seg om å få avdekket den faktiske profesjonskultur blant legene på SuS.

Innledningsvis nevnes at selv om studiet på uproblematisk vis fikk innpass fra SuS på overordnet lege-leder hold, og jeg fikk god hjelp til å finne respondenter, så har jeg opplevd at det for en sykehuslege er utfordrende å finne tid til et intervju i en travel hverdag der det kliniske arbeidet fra minutt til minutt står i fokus. Flere av legenes arbeid er preget av akutt – innleggelser, noe som gjør hverdagen uforutsigbar. Dette har jeg den største respekt for, samtidig som jeg tenker det sier noe om aktuell profesjonskultur. Det har vært relativt krevende å få tilgang på respondenter. Som et eksempel på avslag på forespørsel om intervju kan nevnes at en sykehuslege etter å ha fått presentert prosjektet skriftlig, uten å svare, på telefonisk henvendelse fra min side, etter å ha avvist meg gjennom sekretær med at legen ikke hadde tid ettersom vedkommende var opptatt med pasientarbeid, svarte «Ja, jeg har 2 minutt, men ikke mer» og etter jeg igjen hadde snakket litt om prosjektet repliserte:

*«Samhandlingsreformen! Nei,nei,nei! Det derre der, det har jeg absolutt ingen tanker om! Jeg har ikke gjort meg opp noen tanker eller meninger om det derre der, altså. Det får bare gå sin gang»*

Som poengtert har jeg stor forståelse og respekt for at det avslås å la seg intervju og jeg er svært takknemlig overfor dem som stilte opp. Eksempelet nevnt er utelukkende ment som en inngang til en profesjonskultur som vil bli behandlet videre i kapittel 5, analyse.

I det følgende presenteres intervjudata fra legene og mine tolkinger:

*R5 «Som lege er jeg opptatt av at vi skal gi god kvalitet til pasientene. Det synes jeg er det eller viktigste, at du sitter igjen med en følelse av at pasienten har fått skikkelig behandling, skikkelig utredning, at det er gjort et skikkelig håndverk og at pasienten er fornøyd, og at jeg selv er fornøyd med det vi har gjort. At vi kan gå god for det. Det tror jeg generelt preger kulturen, ikke bare på medisinsk avdeling, men på hele sykehuset. Jeg tror det fleste leger tenker på den måten».*

Oppfølgingsspørsmål om overlegens spesialisering og hva som kreves for å henge med faglig.

*R5 «Jeg jobber innen hjerte og kardiologi, og det er jo selvfølgelig som så veldig mye på medisinsk avdeling preget av øyeblikkelig hjelp, så veldig lite av vår virksomhet er planlagt. Det er ganske uforutsigbart. For å holde en høy faglig standard selv, så må en ha selvdisciplin, og da blir det selvfølgelig på fritiden en må gjøre veldig mye av dette, det blir det. Nå er det jo sånn, som overlege så er det 10 dager kurspermisjon man får, men i fjor, f.eks. så fikk jeg ikke tatt ut det pga bemanningen. Så det er en utfordring det, altså, og det er et krav at vi skal holde oss faglig oppdaterte. Pasientarbeid og sånn prøver du å ikke ta med deg hjem, men å holde deg oppdatert og følge med på nyheter og lese tidsskrifter og lærebøker, og selvfølgelig hvis det er noen nye prosedyrer så må en jo sette seg inn i det i forkant og det er jo svært sjelden det er tid til å gjøre dette i arbeidstiden, men det er jo en fantastisk jobb, så jeg synes det er kjekt å holde meg oppdatert, det er jo det som er givende, at du føler at du utvikler deg»*

Respondent R5 gir slik jeg forstår det uttrykk for at vedkommende overordnet synes det medisinskfaglige er svært spennende, og at vedkommende personlig opplever utvikling og utspring for sitt potensiale ved å holde seg faglig oppdatert. En svært hektisk arbeidshverdag skisseres og et ønske om bedre tid til å holde seg faglig oppdatert, noe som krever mer ressurser tilført. Samtidig gis det uttrykk for at vedkommende er en del av en kultur der den faglige oppdateringen foregår også utenfor arbeidstiden, ettersom det er interessant i seg selv og man må holde seg faglig oppdatert for å henge med både teoretisk men også i den praktiske arbeidshverdagen. Det synes også å ligge til kulturen et pasientfokus, der det viktigste er å gi pasientene den beste medisinske behandling og som lege kunne stå for det arbeidet man utfører.

*R6 «Altså, jeg er LIS-lege, som står for lege i spesialisering i indremedisin. Det er en stilling som går på å rotere på de forskjellige indremedisinavdelingene. Jeg ønsker å være en god lege, være en flink lege, dyktig i det jeg gjør. Være god på kommunikasjon med pasienten. Det er mye jobbsnakk, du stiller liksom ikke bare opp på jobb hver dag. Det er mer enn et yrke,*

*mer enn noe du gjør mellom 8 – 16. Det er en livsstil. Vi jobber så mange vakter og det du gjør på jobb er så altoppslukende. Mye tid og krefter blir tatt av jobben. Jeg er utdannet på (anonymisert lærested) og har med meg et ekstremt akademisk fokus. Man skal holde seg oppdatert. Det er kultur for mye lesing på fritiden, og det holder jeg fremdeles på med. Hvis du skal opp og fram i legeyrket så må du ofre ganske mye. Du må jobbe mye på fritiden for å klatre fortere».*

Respondent R6 er lege i spesialisering LIS og gir uttrykk for et klart ønske om å komme seg opp og fram i hierarkiet. Samtidig gir vedkommende uttrykk for at den innsatsen som kreves er naturlig for d.s. Fra lærestedet er det tradisjon for et ekstremt akademisk fokus der det er en selvfølge å holde seg faglig oppdatert. Dette har blitt videreført inn i yrket gjennom å lese på fritiden og ha yrket som en livsstil der man er lege nærmest hele tiden. Målet er å sette seg i stand til og å gi pasientene den beste medisinske behandling.

*R7 «Det faglige fokuset står veldig sterkt, og på drift, det er veldig press på avdelingen, men det faglige er topp-prioritert».*

Oppfølgingsspørsmål om spesialisering og hva som kreves for å holde seg faglig oppdatert:

*R7 «Jeg er overlege, lungelege. Det er mye jobb og mye å gjøre. Kurs, lese vitenskapelige tidsskrifter, dra til kongresser. Det er og mye diskusjon mellom kollegaer og utveksling av erfaring. Dette er ikke noe som skjer i arbeidstiden, det skjer på fritiden. 8 – 16 er ikke nok».*

Respondent R7 gir uttrykk for at det er en del av det å være overlege å delta på relevante arenaer der faglige tema diskuteres og informasjon utveksles. Dette er det norm og aksept for at skjer utover ordinær arbeidstid. Den ordinære arbeidstiden brukes til konkret pasientrettet arbeid, det å få utført den daglige drift av aktuelle sykehusavdelinger. Overordnet og som mål for alt overlegen gjør er at den faktiske behandlingen av pasientene skal være på et medisinsk høyt nivå.

#### **4.2.2 Kommunal medfinansiering av sykehusets behandling**

Den kommunale medfinansieringen av sykehusets behandling er som tidligere nevnt fra regjeringens side et incentiv som pålegger kommunene å betale noe av kostnadene for sykehusets behandling. Incentivet skal stimulere kommunene til å se nytten av å satse på arbeid som forebygger sykdom og å bygge opp egne tjenester som i sum på sikt kan forebygge kostnadsgenererende sykehusinnleggelse. Kritikken mot incentivet har kommet fra flere hold, blant annet Rogaland Revisjon (2013) og dreier seg hovedsakelig om at incentivet er for svakt. 20% kommunal medfinansiering er ikke nok til å stimulere kommunen til bygge

opp egne, alternative tilbud. Kritikken er omfattende presentert i denne oppgavens pkt. 4.1.1. I intervjuene med de SuS-ansatte var agendaen å få fram informantenes kunnskap om, syn på, og vurdering av hvordan kommunal medfinansiering fungerer, om hvordan sykehuset oppfatter at kommunen jobber med dette og om det har vært en effekt av den kommunale medfinansieringen i form av redusert trykk på sykehuset, med færre innleggelser som heller blir tatt i alternative, kommunale behandlingstilbud.

R4 «Den tror jeg ikke har hatt noen effekt. Det som kommunene sier er at flesteparten av pasientene legges inn via våre poliklinikker og via fastlegene som de ikke har noen innvirkning på. Kommunen har liten påvirkning. Hvis pasientene har behov for behandling i sykehus så legges de inn uansett. Det er så lite beløp egentlig, det å skulle behandle en pasient for 20% av det det koster i sykehus, det har ikke hatt effekt altså. Det er derfor de kommunale ø-hjelpssengene har veldig lite belegg. Noen kommuner opplever at de får for lite penger, mindre enn det koster dem at pasienter legges inn i sykehuset, det har vært en del fokus på dette. Det har nok slått litt skjevt ut for noen kommuner».

Jeg forstår vel respondent R4 fra seksjon for samhandling dithen at den kommunale medfinansieringen på 20% er for lav og fungerer ikke. Pasienter med behov for sykehusinnleggelse havner på sykehus uansett. De kommunale ø-hjelpssengene fungerer ikke og kommunene blir stresset av at de tror at de taper penger på medfinansieringen, de frykter at reformen er underfinansiert.

R5 «Jeg vet jo at det er ikke lønnsomt at pasientene ligger her og venter på undersøkelser eller er ferdigbehandlet, så det er klart vi har det i bakhodet, at vi prøver å jobbe mest effektivt og så raskt som mulig. Men akkurat den finansieringsmodellen, hvordan det er finansiert mellom sykehuset og kommunen, nei det kjenner jeg ikke til detaljer i hvordan det fungerer, nei, det gjør jeg ikke. Det er DRG vi forholder oss til. En skal jo ikke sette feil diagnoser men ta hensyn til det når en setter diagnoser at man får med de diagnosene som er viktig og kombinasjoner, da med et inntektsfokus»

Respondent R5 svarer på en slik måte at jeg forstår overlegen dithen at finansieringsmodeller av sykehuset generelt verken interesserer eller angår d.s. Dette inkluderer kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, som ikke nevnes som noe vedkommende forholder seg til i det hele tatt. Videre forholder overlegen seg til DRG fordi det er et krav fra ledelsen på sykehuset. Dette følges opp lojalt selv om det tidvis går litt på bekostning av hovedfokus, som er den faktiske pasientbehandlingen. Overlegen er klar over og opptatt av å kode på en slik måte at det genereres mest mulig penger til sykehuset. Yttergrensene for hvilke DRG koder det medisinsk går an å ta med i det enkelte case presses.

R6 «Jeg er veldig interessert i å få de riktige medisinske kodene, jeg tenker ikke økonomi, det vil kanskje ikke sjefen min høre, at jeg ikke gjør, men jeg tenker hva er det vi har gjort og at vi

*bør få penger for det vi har gjort, men jeg driver ikke og tenker sånn at hvis jeg setter den diagnosen så får vi mer penger. Det er ikke derfor jeg ble lege»*

Oppfølginsspørsmål om R6 kjenner til ISF og kommunal medfinansiering.

R6 «Nei».

Respondent R6 koder DRG kun ut fra det medisinske faktiske. Tenker ikke penger, bare gjøre jobben sin korrekt. ISF og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten er ukjent.

*R7 «DRG er at du koder og så får sykehuset penger, det er jo viktig at vi får penger for det vi gjør. Det er noe sykehuset har veldig fokus på. Hver måned nå, tror jeg, så går de gjennom epikriser, et slags kontrollsystem de har, ledelsen. Det tar mye tid med koding. Jeg prøver å gjøre så godt jeg kan, men det blir mindre tid til andre ting, og sånn sett så kan det oppstå konflikter».*

Oppfølgingsspørsmål om ISF og kommunal medfinansiering.

*R7 «Jeg har hørt om det men hva det er vet jeg ikke. Hele den finansielle siden av sykehuset er ikke noe som jeg er interessert i eller bryr meg om. Jeg synes vi skal gjøre vår jobb riktig og ordne med koding men hvordan sykehuset er finansiert mellom kommune, stat og helse vest det er jeg ikke interessert i. Jeg er pasientdoktor».*

Respondenten svarer på en slik måte at jeg forstår overlegen dithen at d.s. koder fordi det er et krav som vedkommende blir målt på av sykehusledelsen og kan få problemer på hvis det ikke gjøres. DRG kodingen oppleves tidkrevende og står i veien for medisinsk konkret arbeid med pasientene, noe som ses på som mye viktigere. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og ISF er fullstendig uvedkommende for overlegen.

#### **4.2.3 Kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter**

Situasjonen før samhandlingsreformen med opphopning av utskrivingsklare pasienter på sykehusene, med pasienter som ventet på plass i kommunale helsetjenester er tidligere i oppgaven nevnt som bakteppet for og delvis årsak til incentivet med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. Målet med at kommunene må betale 4125 kr i døgnnet fra første dag av er å få pasientene så fort over til kommunale behandlingstilbud som mulig og på den måten frigjøre plass på sykehuset til de pasientene som trenger en sykehusseng mest. I dette

kapitlet blir respondentene fra SuS spurt om sitt syn på incentivet, om det fungerer etter intensjonen og om de faktiske foreliggende resultatene:

R4 *«Vi har merket veldig store endringer. Det var nesten sånn at det var litt provoserende, hvorfor hadde de ikke tatt pasientene tidligere før? Men nå hadde de jo fått midler, så ok. Før 2012 hadde vi mellom 40 og 60 pasienter som lå her og var utskrivingsklare til enhver tid, innen somatikken. Etter reformen er det så få at vi nesten har sluttet å telle dem».*

Det er slik jeg ser det både før og etter reformen en klar forventning fra sykehuset om at kommunene skal ta imot utskrivingsklare pasienter nærmest umiddelbart ettersom presset på sykehuset med stadig nye, syke pasienter er stort. Etter samhandlingsreformen er det et krav, ettersom det nå finnes ekstra midler til dette formålet. Sykehuset har en klar policy på dette spørsmålet. Sykehuset opplever at reformens incentiv med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter har hatt svært god effekt

R5 *«Jeg synes det har blitt veldig mye lettere å få pasientene videre i systemet. De ligger ikke og venter på sykehjemsplass, de forsvinner ut av avdelingen mye raskere. Det synes jeg er bra. Før så lå mange av disse lenge på avdelingen vår og ventet, nå tas de imot. Jeg synes det har fungert fint. Før så lå disse pasientene lenge og ventet, det var ren oppbevaring. Nå forsvinner de ut, og om det tilbudet de får på sykehjemmet det tror jeg er bra i de fleste tilfellene»*

Oppfølgingsspørsmål om faglig forsvarlighet ved utskriving vurderes opp mot institusjon som tar imot pasientene?

R5 *«Det må en jo alltid vurdere, enten at pasienten er ferdig utredet eller at man vet det er en behandlingsrespons på den behandlingen du har startet og at dette kan ivaretas på sykehjemmet, så det er jo, det må vi jo alltid kontrollere at de har kapasitet og mulighet for å gjøre på den plassen de havner».*

Respondent R5 gir etter min vurdering uttrykk for at incentivet med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter har fungert bra. Tidligere ble pasientene liggende på sykehuset som ren oppbevaring, når går de straks til sykehjem. Respondent R5 gir uttrykk for at legene har kontroll på hvor dårlige pasienter de kan sende til sykehjem og at dette tas med i vurderingen når en pasient skal vurderes som utskrivingsklar. Hver enkelt pasient blir vurdert opp mot den plassen kommunen tilbyr, om det er faglig forsvarlig.

R6 *«Det er klart det er bedre for en pasient som er utskrivingsklar å være i kommunen enn å være på sykehuset. Det er jo mye dyrere å ha en pasient på sykehus, og desto mer pasienter vi*

*får ut av sykehuset, desto mer syke pas kan vi få inn på sykehuset, så det er veldig bra. Men jeg føler ikke at det er noe som jeg går rundt og tenker på til daglig, men jeg var klar over at med en gang vi melder dem utskrivingsklare så er det noen andre som betaler enn oss, men i mitt daglige liv så har det veldig lite å si.»*

Oppfølgings spørsmål på om en utskrivingsklar pasient blir tatt fort videre?

*R6 «Ja jeg får inntrykk av at med en gang vi melder dem utskrivingsklare så forsvinner de. Det synes jeg funker. Jeg er veldig fornøyd med det, men jeg har aldri pratet med kommunen, jeg sier at pasienten er utskrivingsklar og så melder sykepleierne det til kommunen og så blir pasienten plassert».*

Respondent R6 gir slik jeg ser det uttrykk for at den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter fra dag en fungerer bra fordi den fører til hensiktsmessig pasientflyt ut fra medisinske vurderinger. Pasientene blir raskt overført fra sykehuset til egnet behandlingssted ut fra sykehuslegenes vurdering. Respondenten tenker ikke noe særlig på økonomi i sine vurderinger, men anser ordningen som økonomisk hensiktsmessig i et samfunnsøkonomisk perspektiv fordi det er sløsing med ressurser å la pasienter som ikke har behov for det bli liggende i en dyr sykehusseng. Respondenten opplever at kommunen ivaretar forpliktelsene sine ift incentivet på en god måte.

*R7 «Jeg har ikke noe samarbeid med Stavanger Kommune. Bare praktisk, men det er det sykepleierne som tar. Jeg skriver notater som går til kommunen, men det går gjennom sykepleierne. Pasientene forsvinner fort fra sykehuset, så ja, jeg ser resultater».*

Respondent R7 gir uttrykk for at incentivet fungerer bra. Det har vært betydelig bedring etter samhandlingsreformen. Det eneste overlegen gjør er å skrive et notat der pasienten medisinsk avklares som ferdigbehandlet. Det praktiske med overføring til kommunalt nivå skjer via sykepleierne.

#### **4.2.4 Dialogen og samarbeidet med Stavanger Kommune – og sykehusinternt samarbeid**

Formelt er samarbeidet mellom SuS og Stavanger Kommune i anliggender relatert til samhandlingsreformen regulert gjennom et avtaleverk. Avtaleverket omfatter en overordnet samarbeidsavtale og en rekke delavtaler som regulerer forskjellige områder. Jeg har valgt ut delavtale 5 som omhandler hvordan kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter omsettes i praksis, og der det overordnede kravet er at kommunen skal ta imot utskrivingsklare pasienter fra første dag. Delavtale 10 er også nevnt for respondentene for å belyse samarbeid om forebyggende arbeid, da spesielt sett inn mot kommunal



medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder samarbeid innad på sykehuset vil dette bli belyst ved å se på relasjonen mellom seksjon for samhandling og legene ved medisinsk divisjon. Dette spesielt med tanke på å belyse i hvilken grad avtalene er implementert. I det følgende spørres respondentene om samarbeidet mellom SuS og Stavanger Kommune og samarbeidet internt på SuS mellom seksjon for samhandling og legene ved medisinsk divisjon.

R4 *«Vi har hatt et nært og godt samarbeid med Stavanger Kommune, men har nå kanskje kommet over i et spor der de er en av sytten kommuner og ikke så mye storebror men de minner jo oss på det, at de har storbyutfordringer, og vi har egne møter med dem om det».*

Stavanger Kommune er slik jeg forstår det fremdeles i en sær-posisjon i forhold til andre kommuner sykehuset samarbeider med og kan i større grad enn andre kommuner legge premissene for avtalene ut fra sin størrelse. Dette til tross for uttalt «mer likeverdighet».

Hva med implementering av delavtale 10, om forebyggende arbeid?

R4 *«Jeg opplever at Stavanger Kommune virkelig har tatt fatt i dette med forebyggende arbeid. De har prosjekter, frisklivssentralen, sykepleieklinikker, hverdagsrehabilitering. Men jeg har ikke tenkt at det har noe med kommunal medfinansiering å gjøre. Jeg tror kommunen er opptatt av at innbyggerne skal leve sunt og lenge, at det er det som har ligget i bakhodet. Hele reformen bygger på forebygging».*

Respondenten sier ikke noe om implementering av delavtale 10 med SuS, men viser til kommunens generelle satsing på forebyggende arbeid, noe som etter min vurdering klart tyder på at dette er en ikke-implementert avtale.

Oppfølgingsspørsmål: Hvordan samarbeider samhandlingsseksjonen med medisinsk divisjon på SuS? Hva består kontakten med legene i?

R4 *«Vi har hatt kontakt med avdeingsoverlege på medisinsk, men ikke på enkeltlegenivå, og for øvrig på systemnivå når vi blir invitert med i møter. Vi har og samhandlingskontakter på alle avdelinger, avdelingen velger selv hvem det skal være, det er sykepleiere da, det er ingen leger»*

Oppfølgingsspørsmål om seksjon for samhandling når legene på medisinsk divisjon med delavtale 5?

R4 «Det er en utfordring, alle disse avtalene er jo noe av mye annet de skal sette seg inn i. Men vi har jo ikke kontakt med legene, vi går gjennom avvikene, og avvikene rapporterer de selv. De har kvalitetsråd. Men det er utfordrende å få alle til å gå i takt og samhandlingsreformen er egentlig en kulturendring, det å snu kulturen da, snu at vi vet best og har ikke så veldig mye å lære av kommunen, men kommunen har mye å lære av oss. Det skal vi snu, og derfor har vi opprettet en hospiteringsordning. Den ligger helt fastspikret. To ganger i året lyser vi ut, det er helt klare opplegg. For legene har det vært håndtert gjennom praksiskonsulent, for sykepleierne har det vært 14 dager, men for legene har vi gått ned til tre dager for å få dem med».

Oppfølgings spørsmål på hvor mange leger som har deltatt på hospiteringsordning?

R4 «Vi har vel ikke hatt noen leger ute, nei».

Oppfølging: Synes du at delavtale 5 er implementert, at det er en levende avtale?

R4 «Ja, jeg føler det. Jeg har vært ute i forskningsprosjekter og fått innsideinformasjon og sett det sammen med sykepleiere som etterlever avtalen. Fra kommunesiden så opplever jeg at en snakker vel om hverandre og skryter på begge sider, og det har jeg tro på at smitter over på pasientbehandlingen. Delavtale 5 er så detaljert at den er et faktisk verktøy og det ligger klare prosesskriterier i avtalen for når en pasient skal ut, når vi skal melde osv».

R5 Jeg har jo ikke det der praktiske arbeidet med det, det gjør jo sykepleiere eller assistentleger, de gjør jo det med utskrivingspapirer og sånn. Men det er klart det er jo min faglige vurdering som sier om pasienten kan komme hjem eller den trenger noe mer rehabilitering etc. Jeg tar stilling til om en pasient er utskrivingsklar. Det er fortløpende vurderinger. Det gjør jeg hele dagen».

Oppfølgingsspørsmål om respondentens kjennskap til og samarbeid med SuS seksjon for samhandling:

R5 «Det kan jeg ikke akkurat si, nei. Seksjon for hva? Samhandling? Nei. Den kjenner jeg ikke til»

R6 «Den har jeg ikke hørt om»

R7 «Nei, jeg har ikke hørt om det»

Oppfølgingsspørsmål om legenes kjennskap til samarbeidsavtalene med Stavanger Kommune, spesielt delavtale 5 og 10.

R5 «*Jeg har ingen kjennskap til avtalene*».

R6 «*Nei, jeg har ikke hørt om avtalene*».

R7 «*Det kan jeg si med en gang, nei, det har jeg ikke hørt om*».

Ingen av sykehuslegene har hørt om SuS seksjon for samhandling. Ingen av legene har kjennskap til samarbeidsavtale 5 og 10 mellom Stavanger Kommune og SuS eller om noen andre av de foreliggende avtalene. Ingen av legene har direkte samarbeid med Stavanger Kommune. Legene forholder seg kun til medisinske spørsmål og tar med klar forventning til at kommunene skal ta imot pasientene når en pasient er utskrivingsklar. Imidlertid gir respondenten fra SuS seksjon fra samhandling et etter mitt syn et ganske annet bilde. Vedkommende gir uttrykk for et nært og godt samarbeid med kommunen gjennom samhandlingsutvalget, men at det ikke er samarbeid med legene på medisinsk divisjon, kun på ledelsesnivå og da ut fra en ad hoc ordning der seksjon for samhandling kommer på møter de blir invitert på. Videre vises det til en velorganisert hospiteringsordning som skal legge grunnlaget for en kulturendring og for legene. Det er ingen leger som har deltatt på denne ordningen så lenge den har eksistert. Samtidig mener respondenten at delavtale 5 er godt implementert og levende ut fra foreliggende data fra «innsideinformasjon» fra sykepleiere og en opplevelse av at man i samhandlingsutvalget «snakker godt om hverandre» fra begge sider. Dette mener respondenten vil smitte over på pasientbehandlingen. Etter mitt syn foreligger det her en åpenbar sykehusintern diskrepans spesielt i synet på samarbeidet med kommunen men også på det interne samarbeidet på SuS. Samhandlingsutvalget ser ut til å se seg selv som en aktør i implementeringen av samarbeidsavtalene, både gjennom arbeidet i samhandlingsutvalget, men også opp mot legene, der samhandlingsutvalget ser ut til å mene at de kan påvirke legekulturen gjennom hospiteringsordninger og omdømmekonferanser. Legene på sin side har ikke hørt om seksjon for samhandling og benytter seg ikke av hospiteringsordningene. Legenes samarbeid med kommunen beskrives av legene selv som ikke-eksisterende i direkte forstand. Imidlertid forholder legene seg til delavtale 5 på den måten at pasientene som fra legehold defineres som utskrivingsklare, slik jeg forstår det, nærmest kreves overført til kommunen fra dag en slik avtalen legger opp til. På denne måten kan man etter mitt syn snakke om at delavtale 5 er implementert og at det foreligger et samarbeid mellom SuS og Stavanger Kommune som det går an å se resultater av i det daglige.

#### 4.2.5 Oppfatninger om veien videre for samhandlingsreformen

Som tidligere nevnt, i kapittel 2, viser Veggeland (2013:83-85) til erfaringer med liknende reform fra Storbritannia HAZ-reformen, der evalueringen som førte til avvikling av reformen bl.a. konkluderte med at reformen førte til organisatoriske uklarheter, uklare mål uten realisme, og at reformen ble et ovenfra og ned-initiativ uten lokal innflytelse. Det trengtes tid for å bygge opp den lokale kompetansen og kostnadseffektiviteten uteble. Slik jeg forstår det mener Veggeland det er svært sannsynlig at samhandlingsreformen vil lide samme skjebne. På den annen side har regjeringen ved helseministeren<sup>24</sup> signalisert at reformen har kommet for å bli og at det vil bli en eller annen form for utvidelse innen rus og psykiatrifeltet. Med dette som bakteppe ble informantene fra SuS avslutningsvis spurt som sitt syn på hvordan samhandlingsreformen vil utvikle seg framover i spennet mellom avvikling og til det å omfatte stadig flere tjenestetilbud innenfor helse og omsorgssektoren. I det følgende presenteres først intervjudata fra respondenten fra SuS seksjon for samhandling, R4, før legene fra medisinsk divisjon, R5, R6 og R7:

R4 «*Jeg savner større involvering av psykiatrien. Fra sentralt hold føler jeg det er en somatikkreform. Jeg tror reformen er kommet for å bli, og at vi på sikt får et omsorgsnivå. Det å ha to nivå er veldig fordyrende*»

Oppfølgingsspørsmål om det blir bygget opp doble tjenester i dag?

R4 «*Ja, det gjør det. Det er dette med oppretting av sykepleiepoliklinikker på sykehuset, det tenker jeg fastlegene kunne håndtert ute, nå opprettes det sykepleiepoliklinikk innen disse frisklivssentralene. Kanskje og ø-hjelpssengene, for det å kalle dem ø-hjelpssenger i seg selv er problematisk. Hvis du ser på hvem som bruker dem så er det jo stort sett personer over 80år, så det burde nok heller vært betegnet som forsterket sykehjem*».

Oppfølging, har det vært mindre press på sykehuset etter samhandlingsreformen?

R4 «*Nei, ikke mindre press men tettere samarbeid med kommunene det tror jeg det har vært. Jeg tør ikke svare på om samhandlingsreformen har fungert*».

---

<sup>24</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler\\_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?regj\\_oss=1&id=749175](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?regj_oss=1&id=749175)

## Generell sluttcommentar fra R4

*«Jeg vil forsterke dette med at kulturendring må til både i kommunen og på sykehuset. Vi må bygge felles kulturer. Det tror jeg er kjempeviktig. Dette kan vi få til gjennom, nå hadde vi f.eks. en omdømmekonferanse, og det handler om at hvis vi ikke samarbeider godt, snakker vel om hverandre, går i samme retning og kjenner hverandres tilbud så får vi ikke dette til. Vi må mene det, vi må tro på det selv. Vi må lage en god helsetjeneste».*

Oppfølging på hvordan man konkret kan få til en slik kulturendring?

R4 *«Jeg tror vi skal ha flere omdømmekonferanser, og da er tema, og det var veldig vellykket, å snakke vel om hverandre. Og hospitering. Det tror jeg er et kjempeviktig verktøy. Bruke sånne verktøy for å bygge kulturer».*

Respondenten gir uttrykk for at samhandlingsreformen har kommet for å bli. Psykiatrien skal med i større grad framover. På sikt går det mot kun ett nivå i helse-Norge ettersom det er for kostbart med to. Det bygges opp doble tjenester i dag med to nivå. Samtidig gir respondente uttrykk for at samhandlingsreformen ikke har ført til mindre press på sykehuset og at det er uklart om samhandlingsreformen fungerer etter intensjonen. Det som skal til for at det skal bli en suksess i fremtiden er at det bygges felles kulturer mellom kommunene og sykehuset. Dette skal skje gjennom flere omdømmekonferanser hvor deltakerne skal snakke vel om hverandre og bli klar over hverandres tjenester. Minst like viktig er hospiteringsordning som skal være et effektivt verktøy for bygging av felles kultur. R5 *«Hvis det skal bli avvirket og bli sånn som før at pasientene skal bli liggende her og vente på sykehjem, synes jeg er feil utvikling. Jeg synes det har vært en positiv utvikling slik det er nå. Vi har overbelegg. Det overbelegget vi har på avdelingen, vi har jo alltid korridorpasienter, og det overbelegget tror jeg ikke skyldes at pasientene ikke kommer på sykehjem men at populasjonen er eldre, pasientene lever lenger, og de er så komplekse og multimorbide at det er ikke alltid de kan gå til et sykehjem. De krever for avansert behandling. Så da, hvis en skal ta imot disse pasientene, den utviklingen som må være da er at kompetansen og den behandlingen en kan gi på sykehjem, at den må være enda høyere, at de kan ta imot sykere pasienter rett og slett. Det vil være et steg framover. Men jeg vet ikke om det kommer, jeg har jobbet her i mange år, vi sliter med korridorpasientene, men jeg tror ikke det går så mye på samhandlingsreformen, jeg tror det går på spesifikt for Stavanger at det er et sykehus som har, som er for lite ift populasjonen, det jo ikke tvil om det. Det er det. Pasientene blir syke, de kommer uansett hos oss. I liten grad kan vi nok få hjelp i at vi kan videreføre noen til sykehjem som kanskje ikke er ferdigbehandlet, og få litt mer avansert behandling, men ellers tror jeg vi må ha større avdelinger og mer personal».*

Respondent R5 gir uttrykk for at det er svært ønskelig med videreføring av kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter fra dag en. Dette har fungert og det hindrer en

stor opphopning av korridorpasienter. Imidlertid påpeker overlegen at SuS er kapasitetsmessig sprengt uavhengig av samhandlingsreformen. Faktorer som eldre befolkning, mer avanserte behandlingsformer fører til at flere pasienter må være på sykehus. I fremtiden vil det presse seg fram større sykehusavdelinger og mer personal ansatt på sykehus. Dette bør skje parallelt med en styrking også av sykehjemmene. Det vil bli vekst både i spesialist og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen vil slik jeg forstår overlegen ikke klare å legge en demper på denne utviklingen.

*R6 «Jeg håper det forblir sånn som det er, at det er et press på kommunen om å ta pasienter som ikke trenger å være på sykehus. Fordi vi som et samfunn får jo alle nytte av det. Jeg tenker det er slik at pasienten har det best når han er der han har best medisinsk grunnlag for å være, og at det er mest kosteffektivt. For det er jo billigere å ha pasienten på et sykehjem enn et sykehus, og hvis det er sykehjem han trenger så er det jo best han er der i stedet for at han er hos oss når han ikke er syk».*

Respondent R6 gir uttrykk for at det er viktig for videre medisinsk hensiktsmessig drift av sykehuset at kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter fra dag en videreføres med det press det innebærer for kommunene. LIS-legen ser på dette som både medisinsk og samfunnsøkonomisk formålstjenlig.

*R7 «Jeg tør ikke si at samhandlingsreformen har noe å si. Kostnadene kommer til å øke i fremtiden, det er jeg helt sikker på, fordi folk blir eldre, vi får mer eldre folk, det kommer en stor bolk med gamle pasienter, de krever mer og mer behandling og behandlingen blir mer og mer avansert, så det kommer til å koste mer og mer. Så det er kjempeviktig å spare på andre områder så man har nok penger til helse. Behandlingen blir mer og mer avansert og dyrere og dyrere. Det er vanskelig å si til en pasient at ja, vi har en anerkjent behandling, men, nei, du får den ikke fordi den er for dyr! Det er et press på økonomi med den medisinske utviklingen».*

Slik jeg forstår respondent R7 foreligger det ingen tro på samhandlingsreformens spareeffekter i et større perspektiv. Aldrende befolkning i kombinasjon med utvikling av stadig mer avanserte medisinske behandlingsformer er det som bestemmer og vil øke kostnadene til helse i årene framover. Denne økningen vil bli betydelig i et samfunnsøkonomisk perspektiv og ses av overlegen på som en ønsket utvikling ettersom det ligger til menneskets natur å ville ha den hjelp som er tilgjengelig for en medisinsk tilstand.

### 4.3 Foreløpig oppsummering av undersøkelser i SuS

Fra sykehusets ståsted ser det ut til at legene ikke forholder seg til medfinansieringen på noen måte, heller ikke i form av en «trussel» mot sykehusets oppgaver. Sykehuslegene gir uttrykk for en legekultur med meget sterkt fagfokus der arbeidstid benyttes fullt ut til pasientbehandling mens mye av fritiden går med til faglig oppdatering. I dette bildet gis det fra legehald videre uttrykk for at det er nok av oppgaver og et stort press på avdelingene både før og etter samhandlingsreformen. Seksjon for samhandling gir uttrykk for at medfinansieringen forventes avvirket ettersom den har liten effekt og ses på som underfinansiert. Det gis fra seksjon for samhandlings side også uttrykk for bekymring for at incentivet fører til oppbygging av doble tjenester og således genererer unødvendige utgifter.

Den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter ses på som svært vellykket fordi ventelistene fra sykehuset til kommunene har gått markant ned. Dette ser ut til å være et hovedanliggende for sykehuset, der sykehuslegene gir uttrykk for at det er svært viktig for den daglige driften at kommunene tar kjapt imot utskrivingsklare pasienter for å gjøre plass til nyinnlagte, sykere pasienter. SuS seksjon for samhandling gir her uttrykk for å dele legenes syn fullt ut.

Samarbeidet med kommunen gjennom samhandlingsutvalget har i følge SuS seksjon for samhandling en funksjon ift, monitorering av avtalene, men det mye ferniss i den forstand at avtalene er laget langt på vei for å ivareta lovkrav. SuS seksjon for samhandling ser ut til å se seg selv i en rolle der man gjennom arbeid i samhandlingsutvalget legger til rette for økt forståelse for hverandres tjenester i spesialist og kommunehelsetjenesten, og at dette er i ferd med å skje gjennom hospiteringsordninger og ved å avholde omdømmekonferanser. Imidlertid kjenner ingen av legene til verken SuS seksjon for samhandling, samhandlingsutvalget eller avtalene. Det viser seg også ved spørsmål til seksjon for samhandling at ingen leger ved SuS har deltatt i hospiteringsordning med kommunene.

Når det gjelder syn på samhandlingsreformens fremtid er respondentene noe splittet men ønsker alt i alt utvidelse. Rus og psykiatri er det noe skepsis til å innlemme grunnet komplisert kostnadsbilde.

Legene ser ikke ut til å tenke ut fra samhandlingsreformen når de sier noe om ønsket vei for helse og omsorgssektoren videre men gir uttrykk for at det er ønskelig med videreføring av den kommunale betalingsplikten. Ellers er det ønskelig med en satsing på sykehus fremover og at det legges opp til at sykehusene kan behandle i tråd med medisinsk utvikling.

## **5.0 DRØFTING AV FUNN**

Dette kapitlet drøfter hvordan virkemidlene kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter og samarbeid i samhandlingsutvalget har blitt mottatt i Stavanger Kommune og SuS og søker å forklare hvorfor virkemidlene har virket på forskjellig måte.

På denne måten vil man kunne si noe om reformen har blitt iverksatt eller ikke i henholdsvis SuS og Stavanger Kommune. Sammenhengen til teorikapitlet vil i denne delen av drøftingen dreie seg om å kommentere respondentenes syn på incentivene og dialogen opp mot Røvik (2007) og Røvik i Christensen m.fl. (2009) begrepsapparat frastøting, addering, fratrekking og tilkobling.

Deretter vil forskjellene bli forsøkt forklart ut fra en teoretisk innfallsvinkel. Utgangspunktet vil være å bruke teori fra et instrumentelt syn på organisasjon og ledelse contra et kultur/profesjonsperspektiv, slik det fremkommer i kapittel 2 for å søke og forklar aktørenes syn de økonomiske incentivene kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter og kommunal medfinansiering og syn på samarbeidet i samhandlingsutvalget. Hovedfokus vil ligge på å få fram årsaker til sykehuslegenes syn, men toppbyråkratene i Stavanger Kommune og SuS seksjon for samhandling vil også bli tatt med for å kunne sammenligne og synliggjøre sykehuslegenes syn på en best mulig måte

### **5.1 Empiriske funn i Stavanger Kommune sammenlignet med SuS**

I kapittel 4 kom det gjennom intervjuene av toppbyråkrater i Stavanger Kommune, toppbyråkrat ved SuS seksjon for samhandling og leger ved medisinsk divisjon på SuS fram faktiske ulike oppfatninger om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter og hvordan dialogen arter seg mellom partene i samhandlingsutvalget.

I tillegg har det vært et poeng å få tak i hva som er gjeldende normer og verdier i legekulturen ved medisinsk divisjon på SuS og om dette har innvirkning på synet på samhandlingsreformens økonomiske incentiver for legenes del.

Når det gjelder kommunal medfinansiering er toppbyråkratene i Stavanger Kommune relativt samstemte om at medfinansieringen er grunnleggende meningsløs. Kommunene har svært liten kontroll på hvem som blir lagt inn på SuS ettersom innleggelser styres av pasientenes medisinske tilstand og behov. Det påpekes at det er fastlegene og sykehusets poliklinikker som i hovedsak legger inn pasienter, noe kommunen ikke har innvirkning på.



Medfinansieringen har etter toppbyråkratene i Stavanger Kommunes syn ført til økt byråkratisering, økt kontroll og økte kostnader, og fare for oppbygging av doble tjenester.

Etter min vurdering synes toppbyråkratene i Stavanger Kommune å forholde seg til den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten på en slik måte at det kan være snakk om det Røvik (2007) som omtalt i teorikapitlet kaller en fratrekking. Kommunebyråkratene ser ikke ut til å akseptere at de statlige myndigheters premisser for incentivet. Incentivet gir ikke oppbygging av kommunale helsetjenester som avlaster spesialisthelsetjenesten og heller ikke en massiv kommunal innsats på forebyggende arbeid. Imidlertid betaler kommunen den faktiske medfinansieringen, men under nøye økonomisk overvåking. Den faktiske betalingen er lovpålagt og er isolert sett det Røvik kaller «tilkobling» men samlet sett ser det for meg ut til at kommunebyråkratene foretar en «fratrekking» i den forstand at de ikke gjør mer enn de strengt tatt må.

Sykehuslegenes syn på kommunal medfinansiering kan kort oppsummeres med at dette er et forhold som verken interesserer eller som man forholder seg til. En av legene har ingen kjennskap til medfinansiering. Respondenten fra SuS seksjon for samhandling gir uttrykk for at medfinansieringen ikke har hatt effekt i det hele tatt. Dette fordi pasientene i stor grad kommer inn via sykehusets poliklinikker og fra fastlegene. Dette har kommunene ingen kontroll med. Incentivet beskrives som for svakt ettersom 20% ikke er nok til å bygge opp likeverdige kommunale tjenester. Det beskrives også en opplevd frykt i kommunene for at medfinansieringen er underfinansiert, og en fare for oppbygging av doble tjenester.

For sykehuslegenes del synes det å foreligge en fullstendig frastøting av medfinansieringen. Hensikten med incentivet synes totalt eliminert ettersom den lokale historien til sykehuslegene synes å være at incentivet er fullstendig meningsløst ettersom det ikke på noen måte har innvirkning på i hvilken grad pasienter behandles eller hvordan de behandles. SuS seksjon for samhandling ser for meg ut til å langt på vei dele legenes analyse, men argumenterer på en slik måte at man kan snakke om en fratrekking av incentivets effekter på innleggelser av pasienter ettersom det er for svakt. Imidlertid står ingen effekt igjen av incentivet og det snakkes om utilsiktede effekter som oppbygging av kommunale tjenester. Slik sett kan man si at også respondenten fra SuS seksjon for samhandling legger opp til en frastøting av incentivet. Det som kan diskuteres er om frastøtingsbegrepet er dekkende for sykehuslegene her ettersom en frastøting vel forutsetter at man kjenner til incentivet, noe noen av legene ikke gjør. I så fall er kanskje det allmenne begrepet ignorant mer dekkende?

Samlet sett synes Stavanger Kommune og SuS ut til å ha et sammenfallende syn på medfinansieringen. Den har ingen effekt, kommunene har svært liten påvirkning og incentivet er for svakt. 20% er ikke nok til å bygge opp likeverdige, kommunale tjenester. Kontroll med medfinansieringen er i seg selv kostnadsgenererende og det er fare for oppbygging av doble tjenester.

Når det gjelder den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter så gir toppbyråkratene i Stavanger Kommune uttrykk for at incentivet koster kommunen mer enn den statlige overføringen. Likevel beskrives kommunens gjennomføring som svært vellykket. Problemet med utskrivingsklare pasienter som ble liggende på sykehus og vente på kommunale tilbud er langt på vei løst. Det avvises at incentivet har gått på bekostning av andre grupper, og det understrekes at de aktuelle pasientene uansett er et kommunalt ansvar. Videre poengteres det at gjennomføringen av incentivet har ført til en bedre situasjon for pasientene som får dekket sine behov bedre med kommunale helsetilbud enn ved å ligge på vent på sykehuset. En av respondentene hevder det er en mekanisme i reformen som gjør at hjemmeboende med behov for sykehjemsplass blir nedprioritert til fordel for utskrivingsklare pasienter. Imidlertid har man ikke sett faktiske effekter av dette, og kommunen er bevisst at dette ikke skal skje.

Overordnet synes respondentene fra byråkrat-hold i Stavanger Kommune å ha foretatt en «tilkobling» av den kommunale betalingsplikten i den forstand at det fungerer i praksis og at sykehuset så å si er tømt for «korridorpasienter». Imidlertid ser det ut til på et diskusjonsplan å foreligge elementer av addering der en av respondentene tillegger incentivet en potensiell effekt i form av at andre grupper nedprioriteres. Da bruker jeg begrepet på mulige tilleggskonsekvenser eller utilsiktede konsekvenser som reformen kan ha, ikke på nye elementer og tiltak som kommunen selv har lagt til reformen som finansiell reform.

I likhet med kommunebyråkratene opplever sykehuslegene incentivet som svært vellykket. Legene gir uttrykk for at det er mye lettere å få pasientene videre i systemet. Før reformen var det betydelig venting på kommunale tjenester, nå går pasientene videre med en gang de er utskrivingsklare. Den faglige forsvarligheten er ivaretatt fra sykehuslege-hold ettersom mottakende kommunal instans alltid blir medisinskfaglig vurdert opp mot pasientens behov. Videre understrekes det at man med incentivet ivaretar pasientene bedre samtidig som man sparer samfunnet for unødvendige kostnader som tilkommer når en utskrivingsklar pasient opptar en dyr sykehusseng. Samlet sett ser sykehuslegene gode resultater av incentivet og det er en opplevelse av at kommunen ivaretar sine forpliktelser. Respondenten ved SuS seksjon for samhandling stiller seg bak legenes opplevelse. Vedkommende beskriver store endringer med den kommunale betalingsplikten, fra en situasjon før samhandlingsreformen der SuS til enhver tid hadde liggende ca 40 – 60 pasienter som var utskrivingsklare til en situasjon nå der problemet er så godt som ikke-eksisterende.

Sykehuslegene ser ut til å ha tilkoblet incentivet i den forstand at de med klar forventning om effektivisering forholder seg til kommunehelsetjenesten med krav om å ta imot pasientene fra dag en som utskrivingsklare. Tilbakemeldingen er at incentivet fungerer etter intensjonen og sykehuslegene virker svært godt fornøyd med at incentivet er med på å sikre effektiv drift av sykehuset etter medisinsk indikasjon.

Om dialogen mellom Stavanger Kommune og SuS er kommunebyråkratene noe sprikende men virker samstemte om at det meste av samarbeidet foregår gjennom samhandlingsutvalget. Samhandlingsutvalget har ingen beslutningsmyndighet, men man diskuterer avtalene jevnlig. Det arrangeres også årlig toppleder møte og det har vært noe konferansevirksomhet. Relasjonen mellom kommunen og SuS beskrives som «ok» men at relasjonen er preget av at man har forskjellig ståsted, ulike arbeidsoppgaver og at det er en del uenighet. Det respondentene fra kommunen spriker på er at det presenteres både at avtalene langt på vei er konstruert ferdig for å ivareta lovkrav og at avtalene er levende og implementert. De som mener at avtalene er levende og implementert mener også at samhandlingsutvalget har en aktiv og viktig funksjon i å ivareta en rød tråd i behandlingen, noe som er i samsvar med samhandlingsreformens målsetting om helhetlige pasientforløp.

Respondentene fra kommunebyråkratiet spriker litt i sine oppfatninger. Det dreier seg om oppfatninger som går i retning av å si at hensikten med samhandlingsutvalget og samarbeidsavtalene er «tilkoblet» og således fungerer i den praktiske hverdagen, mens andre respondenter anerkjenner at det er bedre med samhandlingsutvalg og avtaler enn ikke, men like fullt at avtalene ikke er spesielt levende og at det i stor grad dreier seg om ferdig for å ivareta lovkrav. Man foretar altså en «fratrekking» på den intenderte effekten.

Fra SuS side ser de av kommunebyråkratene som ser mest positivt på samhandlingsutvalget og avtalene å samsvare med respondenten fra SuS seksjon for samhandling. Vedkommende respondent fra seksjon for samhandling gir uttrykk for at SuS og Stavanger Kommune har et nært og godt samarbeid. Delavtale 5 beskrives som levende og implementert, og kommunen ivaretar delavtale 10 gjennom en stor satsing på forebyggende arbeid. Fra omdømmekonferansen holdt av SuS og Stavanger Kommune er det lagt et godt grunnlag for samhandling ettersom det å snakke vel om hverandre smitter direkte over på pasientbehandlingen. Resultatet er at delavtale 5 fortøner seg som et faktisk verktøy. For å sikre forståelse for hverandres tjenester er det laget systematiske og omfattende hospiteringsordninger.

Ved nærmere spørsmål kommer det likevel fram fra respondenten fra seksjon for samhandling at ingen leger ved SuS har benyttet seg av hospiteringsordningen og at det ikke er noen form for strukturert møtevirksomhet mellom seksjon for samhandling og legene ved medisinsk divisjon. Seksjon for samhandling har kontakt med legene i den grad de blir direkte invitert på møter. Det gis ikke opplysninger om faktisk møtevirksomhet, kun en mulighet for.

Respondenten fra SuS seksjon for samhandling ser ut til å foreta en «tilkobling» når det dreier seg om intensjonen med samhandlingsutvalget og samarbeidsavtalene over til sin opplevelse av hvordan det fungerer i praksis. Vedkommende er således godt fornøyd. Imidlertid foreligger etter mitt syn en «fratrekking» da det ved nærmere spørsmål opplyses om at sykehuslegene slik jeg forstår det ikke er delaktige i samarbeidet og ikke benytter seg av de hospiteringsordninger som finnes.

Sykehuslegene på sin side gir uttrykk for at det ikke foreligger noen form for direkte samarbeid mellom legene og Stavanger Kommune. Ingen av legene har hørt om SuS seksjon for samhandling og ingen av legene kjenner til samarbeidsavtalene mellom Stavanger Kommune og SuS. Imidlertid har legene fått med seg hva den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter innebærer og kommuniserer gjennom sykepleierne med kommunen i form av medisinske notat på den enkelte pasient med krav om umiddelbar overtakelse fra den kommunale helsetjenesten når en pasient er utskrivingsklar. Dette er legenes kommunikasjonsform med kommunen.

For sykehuslegene foreligger det etter mitt syn en «frastøting», alternativt det mer allmenne «ignorant» hva gjelder syn på samhandlingsutvalget og samarbeidsavtalene. Sykehuslegene har rett og slett ikke kjennskap til verken avtalene eller samhandlingsutvalget. Imidlertid har sykehuslegene i aller høyeste grad fått med seg den praktiske konsekvens av delavtale 5 som omhandler det kommunale betalingsansvaret og kommuniserer med kommunen indirekte gjennom sykepleierne med krav til kommunehelsetjenesten og å ta imot pasientene som utskrivingsklare etter medisinsk indikasjon. Således er det gjennom samarbeidet med kommunen foretatt en «tilkobling».

For å oppsummere mine tolkninger og oppfatninger av intervjuene vil jeg hevde at det fra kommunebyråkratens side gis uttrykk for at samhandlingsreformen oppleves som myndighetskrav som lojalt følges opp. Likevel ivaretar kommunen sine økonomiske interesser gjennom å dokumentere økonomiske konsekvenser. Det ser ut til å foreligge en oppfatning om at både den kommunale medfinansieringen og den kommunale betalingsplikten er underfinansiert. Frykten er størst for underfinansiering av medfinansieringen ettersom det her er snakk om betydelige beløp for kommunen. Videre synes respondentene fra kommunen å hevde at den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten ikke fungerer. Den gir økonomisk utrygghet og store utgifter. I tillegg er 20% medfinansiering for svakt. Det er ikke nok til at kommunen kan forventes å skulle kunne bygge opp alternative likeverdige tjenester til spesialisthelsetjenesten.

Respondentene fra kommunen beskriver dialogen med sykehuset som god, men at den foregår i samhandlingsutvalget. Dette er et utvalg uten myndighet der representantene diskuterer avtalene og graden av implementering av disse. Det arrangeres også et toppledermøte og en omdømmekonferanse. Toppledermøtet render slik jeg forstår det ofte ut i sanden og fortøner seg som et orienteringsmøte. Omdømmekonferansen om å snakke vel om hverandre og forstå hverandres tjenester ser for meg ut til å være svært langt ifra å ha konsekvenser for den praktiske arbeidshverdagen og heller ikke for pasientene. I alle fall foreligger det ingen dokumentasjon på dette foruten det jeg forstår som en fornemmelse fra byråkrat fra SuS seksjon for samhandling.

Fra kommunalt hold gis det uttrykk for ønske om utvidelse av samhandlingsreformen. Imidlertid er det ikke ønske om direkte økonomiske incentiver på rus og psykiatri. Slik jeg

forstår det er grunnen til dette en frykt for at sammensatte pasienter innen nevnte felt vil kunne føre til en ukontrollerbar kostnadsspiral. Kommunen ser ut til å ville utvide reformen der det ligger til rette for trygge økonomiske rammer, og der utvidelsen ikke vil påføre kommunen merkostnader. Hva angår de eksisterende økonomiske incentivene ser det for meg ut som man fra kommunalt hold ønsker seg en avvikling av medfinansieringen ettersom den er grunnleggende uhensiktsmessig og er underfinansiert. Overordnet dreier dette seg slik jeg ser det om kommunens behov for kostnadskontroll. Den kommunale betalingsplikten blir værende fordi det er et krav i befolkningen at både sykehus og kommunehelsetjeneste skal fungere etter medisinsk indikasjon, noe incentivet legger til rette for. Det er slik jeg forstår kommunebyråkratene politisk umulig å fjerne incentivet.

Fra sykehusets ståsted synes den kommunale medfinansieringen som for svak til at kommunene bygger opp egne alternative tjenester. Sykehuset ved seksjon for samhandling gir også uttrykk for at incentivet bør avvikles i sin nåværende form ettersom det ikke fungerer og slik jeg forstår det er en kime til at det bygges opp uhensiktsmessige doble tjenester. Sykehuslegene har ikke noe forhold til medfinansiering. Slik jeg forstår det virker incentivet for dem helt uvedkommende og ubetydelig. Det som betyr noe for legene er at det er budsjetter store nok eller midler tilgjengelige til at adekvat medisinsk behandling kan foregå. Dialogen mellom SuS og Stavanger Kommune beskrives vidt forskjellig i SuS. Seksjon for samhandling ser for meg ut til å legge seg på en linje som likner kommunebyråkratene, der reformens incentiver forsøkes levendegjort gjennom samarbeidsavtaler og ved å bruke et språk som samsvarer med språket i samhandlingsreformen. Det snakkes f.eks. mye om at man skal skape helhetlige pasientforløp, om hospiteringsordninger og om forståelse for hverandres tjenester. Legene på sin side ser ikke ut til å kjenne til verken seksjon for samhandling eller samarbeidsavtalene. Legene ser ut til å operere ut fra et faglig fokus der kulturen innenfor den enkelte spesialisering legger føringer på hvilke normer og verdier som er gjeldene. Dette er slik jeg forstår det, spesielt innen kardiologi og generelt innen indremedisin et hardt faglig fokus der man jobber klinisk med pasientene i arbeidstiden og bruker mye fritid på å holde seg faglig oppdatert. I et slikt lys ser det for meg ut til at legene utelukkende forholder seg til samhandlingsreformen som en brekkstang til å få kommunene til å ta imot pasientene fra den dagen legene definerer dem som utskrivingsklare. Dette for å sikre en best mulig og mest mulig effektiv drift av sykehuset ut fra medisinske kriterier. Samhandlingsreformen for øvrig ser for meg langt på vei ut til å være legene uvedkommende.

Oppsummert avdekker det seg for meg en forskjellighet i virkelighetsoppfatning der på den ene siden kommunebyråkratene og SuS seksjon for samhandling forholder seg til samhandlingsreformen og tar inn over seg reformens målsettinger og gjør dem til sine egne, mens sykehuslegene på den andre siden kun forholder seg til sitt medisinske fagfokus og bruker den kommunale betalingsplikten for alt den er verdt fordi den passer inn med de medisinskfaglige prioriteringene. Jeg opplever også at sykehuslegene har betydelige krav til kommunene og samfunnet for øvrig om å stille til rådighet nødvendige midler slik at medisinsk utvikling kan forfølges i klinisk praksis.

## 5.2 Teoretisk analyse

I det følgende vil jeg forsøke å belyse hvorfor det er forskjeller i syn mellom Stavanger Kommune og SuS med utgangspunkt i de to analytiske perspektivene presentert i kapittel 2. I dette kapitlet ble det presentert aktuell utvalgt teori for å belyse hvilke implikasjoner samhandlingsreformen kan ha i møtet med sykehuslegenes profesjonskultur. Overordnet dreier dette seg om et instrumentelt syn på organisasjon og ledelse kontra et kultur/profesjonsbasert syn. I det følgende vil teorien bli forsøkt anvendt for å forklare aktørenes syn på den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten, den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter og syn på dialogen mellom partene med samhandlingsutvalget og samarbeidsavtalene.

### 5.2.1 Hvorfor virker den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter?

Funnene i kapittel 4 viser at både Stavanger Kommune, sykehuslegene ved SuS og SuS seksjon for samhandling er enige i at den kommunale betalingsplikten fungerer etter intensjonen i samhandlingsreformen. Reformens idèer er således, ut fra Røvik (2007) begrep, «tilkoblet» den virkelige verden. For å finne svar på hvorfor incentivet er vellykket implementert kan man se etter svar i de teoretiske ståstedene instrumentelt syn på organisasjoner og ledelse og et kulturelt, profesjonsbasert syn.

Som gjort rede for i kapittel 2 kan samhandlingsreformen leses som en instrumentell reform der de økonomiske incentivene er redskaper for å skape et mest mulig kostnadseffektivt helsevesen. Christensen m.fl. (2009) trekkes frem for å forklare hvordan organisasjonene kan ses på som samfunnets instrumenter til å nå de mål man setter seg og til hvordan man gjennom handlinger basert på konsekvenslogikk kan minske gap i samfunnet mellom virkelighet og ønsket tilstand. Slik jeg forstår det er den kommunale betalingsplikten samfunnets redskap til å endre den tilstand som var før samhandlingsreformen med en stor andel utskrivingsklare korridorpasienter som hopet seg opp i sykehus i påvente av kommunale tilbud. De gode resultatene presentert fra samtlige aktører i denne oppgaven kan tyde på at incentivet ut fra en instrumentell tilnærming er vellykket fordi det er målrettet, hurtig og sterkt og fordi det belønner kommunene og straffer om det ikke blir fulgt opp. Resultatene er målbare og gode, relativt kort tid etter iverksettingen, og partene sier seg fornøyd med incentivets effekter, isolert sett.

Den kommunale betalingsplikten er i tillegg til å være instrumentelt vellykket også vellykket ut fra et kulturperspektiv. Før årsakene til dette kommenteres nærmere minnes på redegjørelse i kapittel 2 om hva et kultur og profesjonsperspektiv innebærer.

Generelt viser Christensen m.fl. (2009) til hvordan organisasjonskultur kan være preget av organisasjonens tidlige formative år og danne «sti-avhengighet». Det oppdages videre uformelle normer, verdier og identiteter underveis. Det blir til en logikk som Christensen under henvisning til March/Olsen kaller «logikken om det kulturelt passende». Bang (2013) viser i sin definisjon av organisasjonskultur til at kulturen bunngrunnet i de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i organisasjonen. For legenes del dreier det seg både om etikk (Solbakk 2004) men ikke minst om de normer og verdier som utvikles innenfor den enkelte fagdisiplin (Tunanidas&Burkhart (2005) der slik jeg forstår det innen flere spesialiseringer er et stort forskningsarbeid som pågår og hvor det gjelder å tilegne seg nyeste kunnskapen for å til enhver tid kunne gi den beste medisinske behandling. I mine intervjuer av sykehuslegene opplever jeg en stor gjenklang i teorien nevnt her, og det står for meg som åpenbart at det for sykehuslegene jeg har intervjuet sin del finnes et stort fagfokus og at normen er å bruke mye av fritiden på å holde seg faglig oppdatert for nettopp å kunne gi den beste medisinske behandling til pasientene.

I intervjuene gir sykehuslegene unisont uttrykk for å være fornøyd med den kommunale betalingsplikten. Årsaken til dette er at incentivet sørger for at utskrivingsklare pasienter blir tatt kjapt imot av kommunene og således avhjelper legenes arbeidspress ettersom de da kan ha fokus på nyinnlagte kritisk syke pasienter. Legene synes å se på dette som en ønsket situasjon der de behandler og så sender pasientene ut for å gi plass til nye. Pasientbehandling er i sentrum. Ikke oppbevaring i korridorene. På denne måten går incentivet etter min oppfatning som hånd i hanske med legenes profesjonskultur, det hjelper til med en hensiktsmessig medisinsk faglig drift av sykehuset.

Det synes ut fra intervjuene med byråkrater i Stavanger Kommune å være en kultur der for å mene at kommunen er best i stand til å ivareta utskrivingsklare pasienter, og at arbeidsoppgaver er ønsket fra kommunalt hold, vel og merke så lenge finansieringen er i orden. Kommunen ser ut til å mene de faglig sett har det beste tilbudet til utskrivingsklare pasienter. På denne måten sammenfaller både kultur i kommunen med incentivets intensjoner og man får en dobbelteffekt knyttet til betalingsansvaret for utskrivingsklare pasienter, det er målrettet instrumentelt sett og kompatibelt kulturelt sett. Da blir det raskt og treffsikkert iverksatt.

### **5.2.2 Hvorfor fungerer ikke medfinansieringen etter intensjonen?**

Respondentene synes å være relativt samstemte om at den kommunale medfinansieringen ikke fungerer etter intensjonen i samhandlingsreformen. Respondentene fra kommunen frykter underfinansiering. SuS seksjon for samhandling påpeker faren for oppbygging av doble tjenester og at incentivet er for svakt til at kommunene bygger opp likeverdige alternative tjenester til spesialisthelsetjenesten. Sykehuslegene forholder seg ikke til incentivet i det hele tatt, og har liten tro på incentivets effekter. Aktørene har som nevnt i pkt 5.1.1 alle

foretatt en form for «frastøting» av den kommunale medfinansiering. Regjeringens intensjoner med incentivet aksepteres i forskjellig grad ikke.

I et instrumentelt perspektiv slik presentert i forrige delkapittel og i kapittel 2 synes det for meg som det med den kommunale medfinansieringen er svikt i det Christensen m.fl. (2009) refererer til som konsekvenslogikk. Incentivet holder rett og slett ikke mål som instrumentelt virkemiddel. Det er svakt og ufokusert. Dette kommer tydelig frem også gjennom respondentene i denne oppgaven ettersom aktørene viser til svært liten tro på og ser lite effekter av incentivet. Det virker heller som aktørene, og spesielt kommunen som er den aktør som betaler, har hovedfokus på å overvåke utgifter snarere enn å følge opp intensjonene i incentivet.

Kommunens syn kan også forklares ut fra et kulturperspektiv. Forebyggingsarbeid synes ikke å stå særlig sterkt i kommunen, samtidig som kommunen med incentivet ikke har faglig kontroll. Det er i betydelig grad sykehusets egne poliklinikker som legger inn pasienter i sykehus, ikke bare fastlegene og dermed kommunehelsetjenesten. Som en del av Bang (2013) definisjon av organisasjonskultur nevnes i tillegg til normer og verdier virkelighetsoppfatninger. Gjennom intervjuene i Stavanger Kommune avdekker det for meg seg en virkelighetsoppfatning blant respondentene der det overordnede synet på medfinansiering er at det er et underfinansiert incentiv der statlige myndigheter pådytter kommunene oppbygging av tjenester de ikke har forutsetninger for å følge opp verken faglig eller økonomisk. Kommunens respons er å forsvare sin økonomi ved overvåking av utgifter og innrapportering av underfinansiering til statlige myndigheter. Virkelighetsoppfatningen som ligger til incentivet i seg selv, om at kommunene skal kunne bygge opp alternative likeverdige tjenester til spesialisthelsetjenesten gjennom medfinansieringen synes på ingen måte «tilkoblet».

Ut fra legenes perspektiv kan man etter min vurdering snakke om at legenes profesjonskultur ikke passer sammen med den kommunale medfinansieringen. Sykehuslegene intervjuet i denne oppgaven gir uttrykk for at den kommunale medfinansieringen ikke interesserer eller angår dem i det daglige. Ut fra Bang (2013) definisjon av organisasjonskultur kommer det gjennom intervju med legene fram at gjeldende normer og verdier ligger til utøvelsen av faget, og da gjerne innenfor den enkelte spesialisering. I dette bildet synes det for meg å råde en virkelighetsoppfatning om at økonomi og finansieringsordninger ikke angår sykehuslegene i særlig grad. I den samme virkelighetsoppfatning synes samtidig en klar forventning at samfunnet skal stille til rådighet nødvendige midler slik at den faktiske medisinske behandling som foregår på sykehusene skal kunne følge den medisinske forskningens utvikling.

Etter mitt syn sammenfaller disse observasjonene og analyse til en viss grad med Paine&Leiter (2013) som omhandler møtet mellom helseprofesjoner og forventningene fra myndighetene og eiere. Jeg mener at man ut fra hva «mine» respondenter sier, kan en



fornemme en underliggende konflikt om ressurser der på den ene siden samfunnet ønsker å spare gjennom sine reformtiltak og på den andre siden der helseprofesjonene ønsker drift i samsvar med faglig utvikling. Med dette følger at sykehuslegene ved å ikke forholde seg til kommunal medfinansiering ikke forholder seg til myndighetenes analyse av helsevesenet og agenda for sparing. Sykehuslegene ser ut til å kjøre sitt eget løp og fronte at det må tilføres nødvendige ressurser, utbygging av sykehusene og satsing på faglig kvalitet for å ivareta befolkningens krav i framtiden. Sykehuslegenes kultur og virkelighetsoppfatning står etter mitt syn i diskrepans til statlige myndigheters.

### **5.2.3 Om mangelfull implementering av samarbeidsavtaler**

I kapittel 4 kommer det gjennom intervju med respondentene fram at respondentene fra Stavanger Kommune og SuS seksjon for samhandling mener at arbeidet i samhandlingsutvalget er viktig for dialogen knyttet til samhandlingsreformen. Flere av respondentene nevnt mener også at avtalene er implementert i betydelig grad, mens en respondent skiller seg litt ut og problematiserer at mange av avtalene ikke er implementert, men er opprettet som et fenniss for å ivareta lovkrav. Respondentene fra kommunen og SuS seksjon for samhandling synes som nevnt i forrige underkapittel å langt på vei foreta en «tilkobling» mellom samhandlingsreformens mål på og intensjon med avtalene og det arbeidet som gjøres i samhandlingsutvalget. Respondentene fra kommunen trekker fra noe på effekt, at det kan være elementer av fenniss for å ivareta lovkrav og respondenten fra SuS seksjon for samhandling trekker fra noe da det er problemer med hospiteringsordning for legene, som ikke deltar.

Sykehuslegene på sin side har ikke hørt om verken eget samhandlingsutvalget eller samarbeidsavtalene, men har fått med seg hva det praktisk innebærer med kommunalt betalingsansvar for utskrivingsklare pasienter og forholder seg til det i en praktisk kontekst. Således har sykehuslegene isolert sett foretatt en «frastøting» av reformens intensjoner med samhandlingsutvalget og samarbeidsavtalene.

#### **5.2.3.1 Instrumentell forklaring**

Ut fra en instrumentell tankegang slik det fremkommer hos Christensen m.fl. (2009) kan samhandlingsutvalget og samarbeidsavtalene ses på som redskaper som følger direkte av samhandlingsreformen. Redskaper som skal bedre dialogen mellom partene og legge til rette for et reelt samarbeid om tjenester som berører reformen, og således være redskaper til iverksetting av reformen. Dette følger den konsekvenslogikk som Christensen m.fl. (2009) legger til et instrumentelt perspektiv. Arbeid i samhandlingsutvalget og de foreliggende

samarbeidsavtaler ser for meg ut til å ha blitt planlagt og igangsatt av regjeringen med tro på det Christensen m.fl. (2009) med henvisning til et instrumentelt perspektiv kaller tro på at en organisasjons ledelse har mulighet til rasjonell kalkulasjon, politisk og sosial kontroll og evne til å styre i ønsket retning gjennom utforming av organisasjonsstrukturen.

Når respondentene fra SuS seksjon for samhandling og Stavanger kommune gir uttrykk for at de, slik jeg forstår det, lojalt har forsøkt å få avtalene utarbeidet og implementert, men som de selv rapporterer, i begrenset grad lykkes med, og sykehuslegene ikke har hørt om verken samhandlingsutvalget eller avtalene, kan det være legitimt å stille spørsmål ved om noe kunne vært gjort annerledes, ut fra et instrumentelt perspektiv.

Ut fra det som kommer fram i intervjuene kan noe av svaret etter min vurdering ligge i at det ser ut til å ha vært en stor satsing både fra Stavanger Kommune og SuS i å få på plass avtalene, som det er lovmessig krav om. Likefullt ser det ut til at oppfølgingen av avtalene har sviktet i betydelig grad. Dette kan skyldes at diskusjoner om implementering av avtalene foregår i grupper i samhandlingsutvalget som er uten myndighet. Gruppene forsøker å rapportere videre, men det er uklart til hvem. Det årlige toppledermøtet ser ikke ut til å ha en funksjon der avtalene revideres. Det ser med andre ord ut til å mangle formelle, regelmessige møteplasser mellom SuS og Stavanger Kommune der personer med myndighet evaluerer og reviderer avtalene. Videre, ut fra intervjuene med sykehuslegene og SuS seksjon for samhandling ser det ut til å mangle formelle strukturer for møtevirksomhet mellom seksjon for samhandling og legene. Det foreligger heller intet pålegg fra SuS som arbeidsgiver overfor legene om å delta i hospiteringsordninger med kommunen. Alt i alt ser det for meg ut som slike formelle, strukturelle grep er mulig å ta for å forbedre samarbeidet om implementeringen av avtalene ut fra et instrumentelt perspektiv.

### **5.2.3.2 Kultur-betinget forklaring**

Christensen m.fl. (2009) hevder at organisasjonskulturen gjerne er preget av tidlige formative år og har sti-avhengighet. Videre følger man logikken om det kulturelt passende der man ser bakover i tid for å finne ut hva som er riktig å gjøre i en gitt situasjon. Bang (2013) viser, etter mitt syn i samme retning som Christensen m.fl. (2009) til at det med organisasjonskulturen følger med sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger.

Med dette bakteppet er det etter min vurdering rimelig å hevde at SuS og Stavanger Kommune stilt overfor samhandlingsreformen og lovkrav om å utarbeide samarbeidsavtaler hver for seg har konkludert med at det ikke er noe å tjene på å være i konflikt med statlige myndigheter. Derfor har det blitt gjort et arbeid med å få i stand disse avtalene. Dette ut fra

kommunens ståsted i en klar tradisjon der myndighetskravene lojalt følges opp, og for SuS sin del også i en tradisjon der man følger opp eiers lovmessige pålegg.

Ut fra intervjuene kommer det fram at den kommunale betalingsplikten har vært det incentivet både kommunene og SuS har møtt størst forventninger til å imøtekomme, både fra statlige myndigheter og som et “folkekrav”. Det har således blitt funnet ordninger for at dette har blitt fulgt opp, uten at sykehuslegene har kjennskap til den faktiske avtalen, delavtale 5.

Imidlertid kommer det fram gjennom intervjuene med SuS seksjon for samhandling og sykehuslegene at SuS ikke har pålagt legene å delta i hospiteringsordninger, ordninger som av legene pr i dag ikke blir benyttet. Dette kan i et kultur-perspektiv ses på som at sykehuset overordnet er klar over at legene ikke har tid til eller interesse av å delta i slike ordninger. Dette sammenfaller med Tunanidas&Burkhart (2013) som poengterer det sterke faglige fokus innen den enkelte spesialisering for sykehuslegene sin del. Det fagfokus og virkelighetsoppfatning som preger sykehuslegene i kombinasjon med en svært travel hverdag er etter mitt syn noe som av både sykehuset og sykehuslegene vurderes som uforenlig med å bruke tid på hospiteringsordninger med kommunen med begrunnelse i samhandlingsreformen og det å forstå hverandres tjenester. Det synes ut fra intervjuene for meg å foreligge en taus forståelse internt i sykehuset om at legene ikke skal presses ut fra sin kjernefunksjon, som også er sykehusets, pasientbehandlingen, for å imøtekomme krav om samarbeid i lys av samhandlingsreformen. På denne måten blir seksjon for samhandling et forsvar for sykehusets kjernefunksjon, samtidig som myndighetskravet om samarbeidsavtaler ivaretas.

## 6.0 KONKLUSJON OG VIDERE FORSKNING

Denne oppgaven har forsøkt å belyse problemstillingen «*Hvordan har samhandlingsreformens økonomiske insentiver påvirket samarbeidet mellom fagmiljøene i Stavanger Kommune og Stavanger Universitetssykehus?*» Empirien har blitt innhentet gjennom en case-studie som i følge Yin (2014) innehar både fenoemenologiske og hermeneutiske komponenter (Gadamer (1989) Heidegger (1926) Alvesson&Skøldberg (2009) Braun&Clarke (2006) der både toppbyråkrater i Stavanger Kommune, byråkrat ved SuS seksjon for samhandling og sykehusleger på SuS har latt seg intervjuet. Videre har intervjudata blitt generert mening fra og analysert ut fra to teoretiske perspektiv, et instrumentelt og et profesjonspreget kulturperspektiv. I det følgende vil det bli forsøkt konkludert i forhold til forskningsspørsmålene i pkt. 3.2. Det vil avslutningsvis bli presentert betraktninger om mulig videre forskning.

### 6.1 Forskningsspørsmål og konklusjon

I det følgende vil det bli forsøkt konkludert i forhold til forskningsspørsmålene:

1. Hvordan opplever henholdsvis toppbyråkrater i Stavanger Kommune og sykehuslegene på medisinsk divisjon ved SuS samhandlingsreformens økonomiske incentiver kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter? Hvordan kan aktørenes synspunkter på incentivene forklares ut fra et instrumentelt perspektiv og ut fra et profesjonsbasert kulturperspektiv?

Konkluderende merknader:

Når det gjelder respondentenes syn på kommunal medfinansiering er både respondentene fra Stavanger Kommune og SuS er samstemte i at incentivet ikke fungerer etter intensjonen i samhandlingsreformen. Incentivet er med sine 20% kommunalt betalingsansvar for svakt og genererer svak satsing på både forebyggende helsearbeid og alternative tjenester til spesialisthelsetjenesten i kommunal regi. Aktørene ser også fare for oppbygging av doble tjenester, noe som i seg selv fører til unødvendige utgifter for samfunnet.

Ut fra et instrumentelt perspektiv på organisasjon og ledelse, slik Christensen m.fl. (2009) presenterer det, synes dette å ha med å gjøre at incentivet i instrumentell forstand er for svakt og for uklart. Det har ikke i seg nødvendig styrke til å være et redskap for en ønsket utvikling innen helse og omsorgssektoren.

Ut fra et kulturperspektiv (Bang 2013), Christensen m.fl. (2009) Paine&Leiter (2013) møter incentivet en legekultur med et ekstremt fagfokus som tilsynelatende ikke er opptatt av økonomi og der sykehuslegenes ønsker om utvikling av helsetjenesten, med sterkere sykehus som kan behandle stadig mer avanserte lidelser, ikke nødvendigvis samsvarer med at kommunene skal få flere oppgaver, slik incentivet legger opp til. På kommunesiden møter incentivet en kultur der forebyggende arbeid ikke står særlig sterkt, og der man ikke er så begeistret for incentivet fordi man ikke har faglig kontroll med hvor mye kostnader det genererer og fordi det i stor grad er sykehuslegene ved poliklinikkene som legger inn pasienter, ikke kommunens fastleger og byråkrater. Like fullt forholder kommunebyråkratiet seg formelt sett fullt ut til selve medfinansieringen i den forstand at de lovpålagte betalingsmekanismene følges opp. Dette samsvarer med det Christensen m.fl. (2009) med henvisning til Weber og Scott tilskriver et lojalt fagbyråkrati som opererer innen et rasjonelt organisasjonsperspektiv der de ansatte ut fra en hierarkisk struktur lojalt følger opp myndighetenes krav.

Således finnes forklaringsvariabler både fra instrumentelt og kultur betinget hold for å forklare incentivets svakheter og mangelfulle implementering. Etter mitt syn er forklaringer fra begge teoretiske ståsteder gode og går fint sammen. De utelukker ikke hverandre, men komplementerer og styrker forklaringene som ender opp i det Røvik (2007) kaller for «frastøting». Aktørene forholder seg så avvisende de kan samtidig som lovkrav skal og må ivaretas, og med en klar forventning og håp om at incentivet blir avvirket.

Når det gjelder den kommunale betalingsplikten for utskrivingsklare pasienter så viser funnene at incentivet fungerer etter intensjonen og er «tilkoblet» i slik forstand Røvik (2007) og Røvik i Christensen m.fl. (2009) forklarer begrepet. Dette kan ut fra et instrumentell teori slik presentert av Christensen m.fl. (2009) forklares med at incentivet er målrettet, hurtig, sterkt og belønner og straffer. Ut fra et kulturperspektiv kan man ut fra funnene si at incentivet samsvarer med sykehuslegenes interesser. Legene er opptatt av behandling og vil ha ut pasienter fra sykehuset som pr. definisjon er utskrivingsklare for å få plass til nye, sykere pasienter. Dette samsvarer med fagfokus både fra intervjuene og fra teori om legenes profesjonskultur (Nilsson&Philhammar (2009) Tunanidas&Burkhart (2005) (Winters et.al (1990). Fra kommunalt ståsted synes incentivet å møte en kultur som ut fra Bang (2013) definisjon på begrepet etter mitt syn har i seg en virkelighetsoppfatning der kommunen anser seg som best egnet til å behandle utskrivingsklare pasienter og at kommunen ønsker å ha oppgavene som en del av sin virksomhet. Måten kommunebyråkratene forholder seg på samsvarer etter mitt syn med samme myndighetslojale logikk som gjort rede for i forrige avsnitt. Den lojale, hierarkiske fungering etterfølges også her. Kulturen blant kommunebyråkratene er instrumentell i sitt vesen og de rådende normer, verdier og virkelighetsoppfatning går ut på å være politikernes lojale redskap for iverksetting av vedtak og myndighetskrav. Etter mitt syn er forklaringene på hvorfor den kommunale betalingsplikten fungerer gangbare både fra et instrumentelt og kulturelt betinget perspektiv. Forklaringene utfyller hverandre og står slik jeg ser det ikke i konflikt. Incentivet er målrettet instrumentelt sett og kompatibelt kulturelt sett. Dette ligger til grunn for at incentivet har blitt raskt og treffsikkert iverksatt, eller «tilkoblet», for å bruke Røviks begrep.

2. Hvordan opplever administrasjonen i Stavanger Kommune samarbeidet om samhandlingsreformen med SuS og vis a versa? Hvordan kan aktørenes opplevelser om samarbeidet forklares ut fra et instrumentelt perspektiv og ut fra et profesjonsbasert kulturperspektiv?

### Konkluderende merknader

Samarbeidet i samhandlingsutvalget ser ut fra funnene ut til å langt på vei være et formelt ferniss som ivaretar lovkrav som følger av samhandlingsreformen. Mange av avtalene er slik jeg forstår det ikke levende avtaler. Imidlertid foreligger implementering av det kommunale betalingsansvaret for utskrivingsklare pasienter, men uten at den konkrete avtalen om dette har nådd sykehuslegene. Det samarbeidet og møtevirksomhet som foregår gjennom samhandlingsutvalget er uten formell myndighet. Dette resulterer slik jeg forstår det i at det foregår en dialog, men mest for dialogens del i seg selv. Sykehuslegene kjenner verken til eget samhandlingsutvalg eller samarbeidsavtalene. Imidlertid ivaretas lovkravene gjennom avtalene og det er en dialog mellom aktørene på et overordnet nivå. Sykehusets kjernevirksomhet, legenes pasientbehandling, synes å være beskyttet i den forstand at legene ikke trenger å forholde seg til kommunene i det hele tatt, kun med medisinske notater som går til kommunehelsetjenesten, men da via sykepleierne. Med samhandlingsutvalget får således begge aktører, SuS og Stavanger Kommune ivaretatt lovkrav. Man har en viss grad av monitorering av status for områdene avtalene innebærer og en overordnet dialog om relaterte tema. Sykehuset ser etter mitt skjønn ut til å bruke seksjon for samhandling og arbeidet i samhandlingsutvalget til å skjerme egen kjernevirksomhet. Dette kan slik jeg ser det, ut fra Christensen m.fl. (2009) forklares instrumentelt med at samarbeidet ivaretar samfunnets krav på et formelt nivå ut fra det instrumentet samarbeidet og avtalene er ment å være. Skjermingen av kjernevirksomhet kan forklares kulturelt Bang (2013) og Tunanidas&Burkhart (2005) ut fra legenes interesser og virkelighetsoppfatning. Legene ønsker å bruke sin tid på pasientbehandlingen, ikke på meningsløst byråkrati som de opplever ikke angår dem. Således komplementerer også her et instrumentelt og et profesjonspreget kulturperspektiv på organisasjon, endring og ledelse spørsmålene. Perspektivene kolliderer etter mitt syn ikke, men det er fruktbart å forholde seg til begge i analysen.

## 6.2 Videre forskning

Gjennom arbeidet med oppgaven har det åpnet seg flere spørsmål som kan være gjenstand for videre forskning. Dette kan dreie seg om:

1. Lover og organisatoriske virkemidler: Regjeringen har i pressemelding ved helse og omsorgsdepartementet 16/2014<sup>25</sup> erklært at medfinansieringen faller bort. Samtidig finnes mål

---

<sup>25</sup> [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2014/Regjeringen-vil-avvikle-kommunal-medfinansiering.html?regj\\_oss=1&id=759734](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2014/Regjeringen-vil-avvikle-kommunal-medfinansiering.html?regj_oss=1&id=759734)

om mer satsing på forebyggende arbeid i folkehelseloven. Hvordan vil bortfallet av medfinansieringen samlet sett påvirke samhandlingsreformen.

2. Konsekvenser av samhandlingsreformen samlet sett der oppmerksomheten rettes mot å studere ikke bare de økonomiske virkemidlene, men også de juridiske og organisatoriske virkemidlene? Ikke minst vil det være interessant å studere hvordan de ulike virkemidlene samvirker, om de forsterker hverandre eller svekker hverandre.

3. Hvordan begrenser profesjonskulturen blant sykehuslegene samhandlingsreformens treffsikkerhet? Hvordan begrenser profesjonskulturen blant sykehuslegene implementeringen av samhandlingsreformen samlet sett?

Et hovedpoeng fra min side er at videre forskning bør ta inn over seg aktørens virkelighetsoppfatninger og at reformer i helsevesenet også må ta utgangspunkt i en analyse av implikasjoner av aktørens kulturelle forankring. Hvis dette ikke gjøres er det etter mitt skjønn fare for at ny forskning som gjerne er med å danne grunnlaget for nye helsereformer ikke tar høyde for alle de faktorer som har betydning for om man oppnår tilsiktede endringer.

Et slikt tankegods vil jeg tilskrive det jeg forstår er inspirasjonen bak Røvik (2007) «pragmatisk institusjonalisme», nemlig John Dewey og nærmere bestemt Deweys originaltekst «Does Reality Possess Practical Character» (Goodman 1995:79-93). Dewey presenterer der en praktisk definisjon av intelligens som jeg mener det med denne oppgaven er begrunnet viktigheten av å ha med seg i videre forskning og arbeid med helsereformer for å få faktiske, ønskede virkninger:

*«Ability to size up matters with respect to the needs and possibilities of the various situations in which one is called to do something»*

(Dewey, i Goodman 1995:82).

Og om den praktiske bruk av intelligens:

*«No capacity to make adjustments means no intelligens».*

(Dewey, i Goodman, 1995:82).

## LITTERATUR

- Alvesson, M & Skoldberg, K. (2009). *Reflexive Methodology – New Vistas for Qualitative Research*. London. SAGE Publications Ltd.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur: En begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. April 2013. Vol. 50. 326-336.
- Blakie, N. (2010). *Designing Social Research*. Cambridge. Polity Press.
- Braun, V. og Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Christensen m.fl. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Danemark et al. (1997). *Generalisering, vetenskapeliga slutledningar och modeller för förklarande samhällsvetenskap, Att förklara samhället*, Lund:Studentlitteratur.
- Gadamer, H. (1989). *Truth and Method*. London: Sheed&Ward.
- Goodman, R.B. (1995). *Pragmatism. A Contemporary Reader*. New York / London: Routledge.
- Grey, C. (2009). *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about studying organizations*. London: SAGE.
- Guldvik, I. Troverdighet på prøve. Om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, Nr 1, 2002.
- Heidegger, M. (1926). *Væren og tid [Sein und Zeit]*. Oslo: PAX Forlag.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nilsson, M.S. & Pilhammar, E. (2009). Professional approaches in clinical judgements among senior and junior doctors: implications for medical education. *BMC Medical Education* 2009, 9:25.
- Ottesen, O. (red.). *Ledelse. Å bruke teori i praksis*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS – Norwegian Academic Press.
- Paine, J. & Leiter, J. Structuring agency. Examining healthcare management in the USA and Australia using organizational theory. *Journal of Health Organizations and Management*. Vol. 27 No 1, 2013, pp 106-126. Emerald Group Publishing Limited.
- Rogaland Revisjon IKS. (2013). *Forvaltningsrevisjon av økonomiske incentiver i samhandlingsreformen*. Stavanger kommune, desember 2013.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og Translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sennet, R. (2004). *The Culture of the New Capitalism*. New Haven & London: Yale University Press.
- Solbakk, J.H. (2004). *Journal of Medicine & Philosophy*, 2004, vol.29. No1, pp. 93-118. Taylor & Francis, Taylor & Francis Group.



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

Tunanidas, A.G. & Burkhart, D.N. (2005) American Osteopathic Association Commitment to Quality and Lifelong Learning. The Journal of Continuing Education in the Health Professions, 2005, Volume 25, pp. 197-202.

Veggeland, N. (red.). (2013). Reformen i norsk helsevesen: veien videre. Trondheim: Akademika forlag.

Yin, R.K. (2014). Case Study Research. Design and Methods. London: SAGE.

Winters et.al. (1990). Task Force2: The Relation of Cardiovascular Specialists to Patients, Other Physicians and Physician-Owned Organizations. JACC. Vol. 16, No.1. July 1990:1-36.

## NETTSIDER

Aftenposten. (07.10.2011). Westerveld, J. Ventetiden på sykehusene kan øke. Side 8. Seksjon 1, del 9:  
<http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=02000220111007MNA8SST&serviceId=2>

Den Norske Legeforening (2014). Etske regler for leger:  
<http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etske-regler-for-leger/>  
DN. (01.10.2012). Abelsen, B. og Ringholm, T. Samhandlingens pris. Side 3:  
<http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=0550082012100177B3688CCB536EF06D7530D69FB3760A&serviceId=2>

DN (26.04.2011). Sabler ned modell. Side. 12:  
<http://web.retriever-info.com/services/archive/displayDocument?documentId=0550082011042615D02E0601D65F455009EC2897CD1941&serviceId=2>

Helsedirektoratet. (2014). Samhandlingsstatistikk for 2012 – 13:  
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-13/Publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2012-2013.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2014). Tale/artikkel, 09.01.2014. Samhandlingsreformen og veien videre. Helse- og omsorgsminister Bent Høies tale på Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler\\_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?regj\\_oss=1&id=749175](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/taler_artikler/minister/taler-av-helse--og-omsorgsminister-bent-/2014/samhandlingsreformen-og-veien-videre.html?regj_oss=1&id=749175)

Helse- og Omsorgsdepartementet. Pressemelding 14.05.2014. Nr. 16/2014. Regjeringen vil avvike kommunal medfinansiering:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2014/Regjeringen-vil-avvike-kommunal-medfinansiering.html?regj\\_oss=1&id=759734](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2014/Regjeringen-vil-avvike-kommunal-medfinansiering.html?regj_oss=1&id=759734)

Helse Stavanger HF (2012). Overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Stavanger HF og kommunene i helseforetaksområdet:

<http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/A%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Overordnet%20samarbeidsavtale.pdf>

Helse Stavanger HF. (2012). Delavtale nr. 5. Samarbeidsavtale om ansvars- og oppgavefordeling ved opphold i og utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten:

<http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/J%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Delavtale%20nr.%205.PDF>

Helse Stavanger HF. (2012). Delavtale nr. 10. Samarbeidsavtale om helsefremmende og forebyggende arbeid:

<http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/O%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Delavtale%20nr%2010.PDF>

Norges Handelshøyskole. (2013). Enger Halvorsen, H. og Wergeland Hansen, V. Samhandlingsreformen – den kommunale betalingsplikts effekter i sykehuset. – En studie av Haukeland Universitetssykehus. Selvstendig arbeid i masterstudiet i økonomi og administrasjon:

[http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/170044/1/Halvorsen\\_Hansen\\_2013.pdf](http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/170044/1/Halvorsen_Hansen_2013.pdf)

Regjeringen (2014). Kommunal medfinansiering:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?regj\\_oss=1&id=650122](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/kommunal-medfinansiering.html?regj_oss=1&id=650122)

Regjeringen. (2012) Utskrivingsklare pasienter:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/utskrivningsklare-pasienter.html?id=650123>

Stavanger Kommune (2014). Om Kommunen:

<http://www.stavanger.kommune.no/no/Om-kommunen/>

Stavanger Kommune (2014) Visjon:

<http://www.stavanger.kommune.no/no/Om-kommunen/Visjon/>

Stavanger Kommune (2014). Alders- og sykehjem:

<http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Alders--og-sykehjem/>

Stavanger Kommune (2014). Hjemmesykepleie:

<http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Hjemmebaserte-tjenester/Hjemmesykepleie/>

Stavanger Kommune (2014). Øyeblikkelig-hjelp plasser:

<http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Alders--og-sykehjem/Oyeblikkelig-hjelp-plasser/>

Stavanger Universitetssykehus (2014). Om oss:

<http://www.sus.no/omoss/Sider/side.aspx>

Stavanger Universitetssykehus (2014). Medisinsk divisjon:

<http://www.sus.no/omoss/avdelinger/medisinsk-divisjon/Sider/enhet.aspx>

Stavanger Universitetssykehus (2014). Kardiologisk-avdeling:

<http://www.sus.no/omoss/avdelinger/kardiologisk-avdeling/Sider/enhet.aspx>

Stavanger Universitetssykehus (2014). Lungeseksjonen:

<http://www.sus.no/omoss/avdelinger/lungeseksjonen/Sider/enhet.aspx>

Stavanger Universitetssykehus (2014). Samhandling.

<http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Sider/side.aspx>

Stavanger Universitetssykehus (2014). Overordnet samarbeidsavtale med kommunene:

<http://www.sus.no/fagfolk/samhandling/Documents/Avtaler/Stavanger/A%20-%20Stavanger%20LSA%20-%20Overordnet%20samarbeidsavtale.pdf>

## VEDLEGG 1

**E post fra seksjon for samhandling, SuS, der det bekreftes at jeg kan få et intervju der. Den konkrete intervjuavtalen med seksjonen ble gjort pr telefon. Det er ikke kontaktpersonen her som er intervjuet.**

marianne.amdal@sus.no>

21. jan.

til  
meg

Hei.

(Anonymisert personsensitiv informasjon).

Jeg kan gjerne viderefremidle din forespørsel til leger på medisinsk divisjon, og du kan helt sikkert få ett møte med oss her i samhandlingsseksjonen.

Var det dette du hadde i tankene ?

Vennlig hilsen

Marianne Amdal  
Samhandlingskoordinator  
51519620 / 47319111  
Helse Stavanger HF  
[www.sus.no](http://www.sus.no)

## Vedlegg 2, prosjektgodkjenning NSD

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Bjørn-Tore Blindheim  
Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag Universitetet i Stavanger  
Postboks 8002 Postterminalen  
4068 STAVANGER

Vår dato: 21.02.2014

Vår ref: 37247 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.01.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>37247</i>	<i>Samhandlingsreformen. Økonomiske insentiver og kulturelle krefter</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Bjørn-Tore Blindheim</i>
<i>Student</i>	<i>Ola Ravndal Bjørnestad</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 melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Ola Ravndal Bjørnestad [ola.r.bjornestad@gmail.com](mailto:ola.r.bjornestad@gmail.com)

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

---

Prosjektnr: 37247

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



Ola R. Bjørnstad

**Oppvekst og levekår**

Postadr.: Pb. 8001, 4068 Stavanger  
Besøksadr.: Arne Rittedals gate 12  
Telefon: 04005  
E-post: postmottak.oppvekst@stavanger.kommune.no  
www.stavanger.kommune.no  
Org.nr. NO 964 965 226

DERES REFERANSE	VÅR REFERANSE	JOURNALNR.	DATO
	GJO-10/6965-22	8751/14	06.02.2014

**SVAR - FORESPØRSMÅL OM Å FÅ TILGANG TIL INTERVJUOBJEKTER I  
STAVANGER KOMMUNE SAMHANDLINGSREFORMEN, MASTEROPPGAVE**

Viser til ditt brev av 21.01.14 med forespørsel om å få intervju helsepersonell i forbindelse med masteroppgave i endringsledelse om Samhandlingsreformen og effekten av økonomiske incentiver.

Direktøren er positiv til henvendelsen og du må selv ta kontakt med respondentene til undersøkelsen. Dette må skje i samråd med Bente Gunnarshaug som blir din kontaktperson i Stavanger kommune. I tillegg regner vi med at kommunen får anledning til å kvalitetssikre faktaopplysninger som angår Stavanger kommunes organisering, budsjetter og tjenester før disse publiseres.

Dessuten forventes det at undersøkelsen blir presentert i relevante fora slik at kunnskapen blir spredt i internt Stavanger kommune.

Vi ser frem til et godt samarbeid om et viktig område innen helse- og omsorgstjenesten.

Med hilsen  
Per Haarr  
direktør

Marit Bore  
levékårsjef

Geir Johansen  
saksbehandler

Kopi til:

Vedlegg:

Dokumentet er elektronisk godkjent og sendes uten signatur.

Vedlegg 4 Godkjenning av prosjektet, personalansvarlig lege, SuS, mailkorrespondanse i sakens anledning. Anmerker at jeg fikk tilgang på å spørre flere leger enn først skissert om å la seg intervju. Kontaktpersonen i korrespondansen ordnet dette:



Harboe, Erna <erna.harboe@sus.no>

3. feb.

Hei

Det er greit for meg. Jeg kan finne 3 leger. Meld meg i uken før det er behov.

Vennlig hilsen

Erna Harboe  
Avdelingsoverlege medisin  
51513457/ 97631304/61202  
Helse Stavanger HF  
[www.sus.no](http://www.sus.no)

Fra: Ola Ravndal Bjørnstad [mailto:[ola.r.bjornestad@gmail.com](mailto:ola.r.bjornestad@gmail.com)]  
Sendt: 3. februar 2014 09:09  
Til: Bonarjee, Vernon Vijay Singha; Harboe, Erna  
Emne: Re: Masteroppgave, Samhandlingsreformen

Hei, viser til videresendt mail fra Aase Lode Kalberg.

Anmerker at Stavanger kommune har takket ja til å være med på studien.

Håper å høre fra dere.

Mvh

Ola Ravndal Bjørnstad  
student, master i endringsledelse, UiS  
mob 95938732

3. februar 2014 kl. 08.54 skrev Kalberg, Aase Lode <[aase.lode.kalberg@sus.no](mailto:aase.lode.kalberg@sus.no)>:  
Din henvendelse sender jeg videre til avdelingsoverlegene i medisinsk og kardiologisk avd.  
Disse må ta stilling til saken for sine ansatte leger.

Vennlig hilsen

Aase Lode Kalberg  
Overlege, medisinsk divisjon



51513459 / 97973785

Helse Stavanger HF

[www.sus.no](http://www.sus.no)

**Fra:** Ola Ravndal Bjørnstad [mailto:[ola.r.bjornestad@gmail.com](mailto:ola.r.bjornestad@gmail.com)]

**Sendt:** 3. februar 2014 08:49

**Til:** Kalberg, Aase Lode

**Emne:** Masteroppgave, Samhandlingsreformen

Overlege Aase Lode Kalberg

Undertegnede er student på UiS, master i endringsledelse, og skriver våren 2014 avsluttende oppgave om samhandlingsreformen. Oppgaven tar for seg samhandlingsreformens økonomiske incentiver og ser på effekter av disse i en konkret case-studie av Stavanger kommune og SuS. Sentralt vil være å se på reformens instrumentelle logikk i møtet med alternativ logikk som finnes i aktuelle organisasjoners kulturer. Oppgaven er en del av et IRIS - prosjekt som ser på samhandlingsreformen opp mot strukturreformen i Danmark i en komparativ analyse. Veileder er seniorforsker, dr.polit. Ståle Opedal.

Samhandlingsseksjonen v. SuS har sagt ja til å la seg intervju, og jeg har fått ditt navn derfra ifb, å rette forespørsel til medisinsk divisjon om å finne intervjuobjekter hos dere. Konkret trenger jeg ca 5 respondenter, disse må være enten overlege eller lege ved medisinsk divisjon. Selv ser jeg for meg personell fra kardiologisk og lungeavd. som aktuelle, men er åpen for andre forslag. Intervjuet vil vare ca 30 min. og jeg ser for meg å ta intervjuene i løpet av mars/april. Studiet er meldt NSD slik at anonymitetshensyn skal være ivaretatt. Ingen respondenter vil kunne bli gjenkjent i endelig avhandling.

For ordens skyld nevner jeg at jeg er ansatt ved SuS, men på psykiatrisk divisjon, og at jeg har permisjon fra jobben der våren 2014 da jeg studerer.

Håper vi kan få til et samarbeid!

Ser frem til å høre fra deg.

Mvh

Ola Ravndal Bjørnstad  
student, master i endringsledelse, UiS

mob 95938732

## Vedlegg 5, Intervjuguide, Toppbyråkrater Stavanger Kommune:

### INTERVJUGUIDE, KOMMUNALT ANSATTE

1. Litt repetisjon om studiet og oppgaven fra min side. Innhente samtykke, spørre om det er ok å bruke «båndopptaker».
2. Innledende spørsmål om respondentens yrke og stilling?
3. Åpent spørsmål om respondentens rolle i arbeidet med samhandlingsreformen?
4. Åpent spørsmål om respondentens erfaring med SuS vdr samarbeid som har å gjøre med samhandlingsreformen?
5. Hvordan er din erfaring med den kommunale medfinansieringen av spesialisthelsetjenesten?
  - Oppfølging: Har kommunal medfinansiering ført til at kommunen satser mer på forebyggende arbeid?
  - Har kommunal medfinansiering ført til oppbygging av kommunale tilbud?
  - Har kommunal medfinansiering ført til at det innlegges færre pasienter fra Stavanger Kommune til SuS?
6. Hva tenker du om kvaliteten på helsetilbudene i kommunal regi, tilbud som har kommet som resultat av samhandlingsreformen?
  - Oppfølging: Er det noen grupper som kommer bedre/dårligere ut enn andre?
7. Hvordan er din erfaring med kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter?
  - Oppfølging:
  - Har kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter ført til at kommunen prioriterer denne gruppen (de utskrivingsklare) ?
  - Har evt. prioriteringen gått på bekostning av andre grupper?
8. Totalt sett, hvordan mener du kommunen økonomisk sett kommer ut av samhandlingsreformen? Hvordan tror du utviklingen økonomisk vil bli for kommunen framover?
9. Har kommunenes satsing på forebyggende arbeid endret seg med samhandlingsreformen? I så fall: Hvordan?
10. Åpent spørsmål: Hvordan opplever du samarbeidet med SuS om samhandlingsreformen?
  - Oppfølging: Hvordan foregår samarbeidet?
  - Er det direkte samarbeid med medisinsk divisjon på SuS?

- Oppfølging: Er det direkte samarbeid med leger – hvordan foregår i så fall dette? Hvordan går samarbeidet? Hvordan opplever du legenes holdning til samhandlingsreformen?
- Hvordan er samarbeidet i samhandlingsutvalget? Hvordan er resultatene av samarbeidet?

11. Hvordan ser du for deg at reformen og problemstillingene vil utvikle seg framover?

## **Vedlegg 6, Intervjuguide, byråkrat, SuS seksjon for samhandling:**

### **INTERVJUGUIDE, SAMHANDLINGSSEKSJONEN, SUS**

1. Litt om studiet, NSD, om bruk av båndopptaker fra min side.
2. Spørre om respondentens yrke, stillig?
3. Spørre om respondentens befatning med samhandlingsreformen.
4. Innledningsvis, kan du si litt om bakgrunnen for at seksjon for samhandling ble opprettet og hvilket arbeid som ligger til seksjonen?
5. Hvordan har samarbeidet mellom SuS og Stavanger kommune endret seg etter samhandlingsreformen?
6. Hvis du legger delavtale 5 og 10 mellom SuS og Stavanger Kommune til grunn (om ansvarsoppgaver ved opphold i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og forebyggende arbeid) Hvordan vil du si at effektene av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter har vært?
7. Hvordan opplever du samarbeidsklimaet med Stavanger Kommune om kommunal medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter?
8. Opplever du at det er endring i kommunens satsing på forebyggende arbeid etter samhandlingsreformen?
9. Hvordan forholder samhandlingsseksjonen seg til medisinsk divisjon ved SuS? Hva består kontakten med legene og hvordan oppleves samarbeidsklimaet?
10. Er det noe du savner ved reformen som kunne fremmet helhetlige og koordinerte tjenester enda bedre?
11. Hvordan tror du utviklingen av reformen og problemstillingene vil bli framover?
12. Er det noe du vil tilføye, noen spørsmål?

## Vedlegg 7, Intervjuguide, sykehusleger, SuS

### INTERVJUGUIDE – LEGER – MEDISINSK DIVISJON, SUS

1. Litt repetisjon av hva studiet går på, om bruk av «båndopptaker» og NSD.
2. Spørre om yrke, stillingsbetegnelse.
3. Hvilke normer og verdier er viktig for deg som lege?
4. Kan du beskrive kulturen blant legene på din avdeling?
5. Spørre om respondentens befattning med samhandlingsreformen?
6. Hva kjenner du til om reformen? Angår reformen deg i ditt daglige virke?
7. Kan du innledningsvis kort si litt om hvilke erfaringer du har med samhandlingsreformen?
  
8. Hvilken kjennskap har du til avtalene med Stavanger Kommune, spesielt delavtale 5 om ansvarsoppgaver ved opphold i og utskrivning fra spesialisthelsetjensten og delavtale 10 om forebyggende arbeid?
9. Hvordan har samhandlingsreformen påvirket samarbeidet mellom ditt fagmiljø og Stavanger Kommune?
10. Hvilken innvirkning opplever du at dagens finansieringsmodell av sykehusene har på ditt arbeid som lege?
  - Oppfølging:
  - ISF?
  - DRG?
  - Kommunal medfinansiering?
  - Kommunalt ansvar for utskrivingsklare pasienter?
  -
11. Hvordan ser du for deg at reformen og problemstillingene vil utvikle seg framover? Eks. utvidelse / avvikling?
  
12. Kan du fortelle litt mer om ditt syn på insentivet om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter? Hva er bra med det? Fungerer det? Gjør kommunen jobben sin slik du forventer? Hva ser du på som kommunen sin jobb i denne sammenheng?
  
13. Hvis respondenten er restriktiv til reformen:
  - a. Begrunnelse, hva er negativt?

- b. Kan du vurdere kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter og kommunal medfinansiering med mekanismen at pasientene kommer raskere ut fra sykehuset og mindre pasienter inn opp mot faglig forsvarlighet?

14. Noe du vil si, tilføye, noen spørsmål?