

Å samhandle om samhandling

Etablering av et standardisert pasientforløp
på tvers av spesialist- og
kommunehelsetjenesten

Marte Nilssen Neverdal
Kristina Edvardsen Rystad

Industriell økonomi og teknologiledelse
Innlevert: juni 2014
Hovedveileder: Monica Rolfsen, IØT

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse

MASTERKONTRAKT

- uttak av masteroppgave

1. Studentens personalia

| | |
|--|------------------------------------|
| Etternavn, fornavn Neverdal, Marte Nilssen | Fødselsdato 13. jun 1987 |
| E-post neverdal@stud.ntnu.no | Telefon 98820845 |

2. Studieopplysninger

| | |
|---|--|
| Fakultet Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse | |
| Institutt Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse | |
| Studieprogram Industriell økonomi og teknologiledelse | Hovedprofil Strategisk endringsledelse |

3. Masteroppgave

| | |
|---|--|
| Oppstartsdato 15. jan 2014 | Innleveringsfrist 11. jun 2014 |
| Oppgavens (foreløpige) tittel A samhandle om samhandling Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten | |
| Oppgavetekst/Problembeskrivelse 1. Drøfting av tilgjengelig litteratur om lean og standardiserte pasientforløp, spesialist- og kommunehelsetjenesten og samhandling mellom disse. 2. Kvalitative undersøkelser av et samhandlingsprosjekt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten der etableringen av et standardisert pasientforløp står sentralt. 3. Diskusjon og analyse av resultater. | |
| Hovedveileder ved institutt Førsteamanuensis Monica Rolfsen | Medveileder(e) ved institutt |
| Merknader 1 uke ekstra p.g.a påske. | |

4. Underskrift

Student: Jeg erklærer herved at jeg har satt meg inn i gjeldende bestemmelser for mastergradsstudiet og at jeg oppfyller kravene for adgang til å påbegynne oppgaven, herunder eventuelle praksiskrav.

Partene er gjort kjent med avtalens vilkår, samt kapitlene i studiehåndboken om generelle regler og aktuell studieplan for masterstudiet.

Trondheim 09.04.14

Sted og dato

Marthe Nilssen Neverdahl

Student

Monica Røys

Hovedveileder

MASTERKONTRAKT

- uttak av masteroppgave

1. Studentens personalia

| | |
|---|------------------------------------|
| Etternavn, fornavn Rystad, Kristina Edvardsen | Fødselsdato 30. jul 1987 |
| E-post kristrys@stud.ntnu.no | Telefon 41550221 |

2. Studieopplysninger

| | |
|---|--|
| Fakultet Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse | |
| Institutt Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse | |
| Studieprogram Industriell økonomi og teknologiledelse | Hovedprofil Strategisk endringsledelse |

3. Masteroppgave

| | |
|---|--|
| Oppstartsdato 15. jan 2014 | Innleveringsfrist 11. jun 2014 |
| Oppgavens (foreløpige) tittel Å samhandle om samhandling Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten | |
| Oppgavetekst/Problembeskrivelse 1. Drøfting av tilgjengelig litteratur om lean og standardiserte pasientforløp, spesialist- og kommunehelsetjenesten og samhandling mellom disse. 2. Kvalitative undersøkelser av et samhandlingsprosjekt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten der etableringen av et standardisert pasientforløp står sentralt. 3. Diskusjon og analyse av resultater. | |
| Hovedveileder ved institutt Førsteamanuensis Monica Rolfsen | Medveileder(e) ved institutt |
| Merknader 1 uke ekstra p.g.a påske. | |

4. Underskrift

Student: Jeg erklærer herved at jeg har satt meg inn i gjeldende bestemmelser for mastergradsstudiet og at jeg oppfyller kravene for adgang til å påbegynne oppgaven, herunder eventuelle praksiskrav.

Partene er gjort kjent med avtalens vilkår, samt kapitlene i studiehåndboken om generelle regler og aktuell studieplan for masterstudiet.

Trondheim 9.4.14
Sted og dato

Kristina Rystad
Student

Monica Reib
Hovedveileder

SAMARBEIDSKONTRAKT

1. Studenter i samarbeidsgruppen

| | |
|---|------------------------------------|
| Etternavn, fornavn Neverdal, Marte Nilssen | Fødselsdato 13. jun 1987 |
| Etternavn, fornavn Rystad, Kristina Edvardsen | Fødselsdato 30. jul 1987 |

2. Hovedveileder

| | |
|--|---|
| Etternavn, fornavn Rolfsen, Monica | Institutt Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse |
|--|---|

3. Masteroppgave

| |
|--|
| Oppgavens (foreløpige) tittel Å samhandle om samhandling Etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten |
|--|

4. Bedømmelse


Kandidatene skal ha *individuell* bedømmelse
Kandidatene skal ha *felles* bedømmelse

| |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> |

Trondheim 09.04.14
Sted og dato


Hovedveileder


Marte Nilssen Neverdal


Kristina Edvardsen Rystad

Sammendrag

Denne studien omhandler lean i helsevesenet, nærmere bestemt etablering av standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Ved hjelp av teori og empiri har det blitt søkt å svare på oppgavens problemstilling: *Hva er utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle?*

Det teoretiske grunnlaget for oppgaven er en gjennomgang av litteratur om helsevesenet, samhandling i helsevesenet, lean og standardiserte pasientforløp. Det empiriske grunnlaget for oppgaven er et casestudie av Orkdalsmodellen og etableringen av dets standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Med utgangspunkt i dette er det kommet frem til tre hovedområder som kan representere mulige utfordringer i etableringen av et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. Disse er kulturelle forskjeller, organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering og desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer.

Kulturelle forskjeller mellom aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten innbefatter ulike perspektiver på pleie, forskjellig målforståelse og ulik forståelse for hva et forløp er. Dette kan påvirke hvilke problemstillinger aktørene vektlegger, hva som forventes av forløpet, og kan vanskeliggjøre kommunikasjon mellom aktørene. Dette anses som utfordrende når aktører skal samarbeide om etableringen av et standardisert pasientforløp.

Videre er det funnet at organisatoriske forhold kan vanskeliggjøre standardisering på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er stilt spørsmål ved hvorvidt pasientforløp er mulig å standardisere på tvers av tjenestenivåene hvor behovene for tilpasning og tilrettelegging er ulike, og der egnede elektroniske løsninger som går på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke eksisterer.

Den tredje utfordringen som er blitt identifisert er desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer. Undersøkelsene viste at spesialist- og kommunehelsetjenesten utviser en tendens til å ønske å gjøre forskjellige prioriteringer, noe som kan vanskeliggjøre en felles oppslutning om et standardisert pasientforløp. Samtidig kan desentralisert beslutningsmyndighet i helsevesenet åpne opp for at aktører tar beslutninger for å realisere delmål uten å ta tilstrekkelig hensyn til organisatoriske overordnede mål. Dette antas å være uheldig for etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Funnene tyder på at etablering av standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten er utfordrende, men et viktig bidrag for å bedre samhandlingen mellom nivåene.

Abstract

This master thesis addresses lean in healthcare, specifically the establishment of standardised care pathways across specialist and primary care. Through a review of relevant literature and an empirical study, this thesis aims to answer the following research question: What are the challenges of establishing a standardised care pathway where specialist and primary care shall collaborate?

The theoretical basis of the thesis is a review of relevant literature on health care, collaboration between care services, lean and standardised care pathways. The empirical basis for the thesis is a case study of The Orkdal Model and the establishment of its standardised care pathway across specialist and primary care. On this basis three main areas were found to potentially represent challenges in the establishment of a standardised care pathway where specialist and primary care are collaborating. These areas are cultural differences, organizational factors that complicate standardisation and decentralised decision-making and different priorities.

Cultural differences between participants from the specialist and primary care include different perspectives on care, different understanding of objectives and different interpretations of a standardised care pathway. This can affect which issues the participants emphasize, what is expected of the standardised care pathway and can hamper communication between participants. This is considered to represent a challenge in the collaboration of the establishment of a standardised care pathway across care services.

Furthermore, it is found that organisational factors may complicate standardisation across specialist and primary care. It is questioned whether it is possible to standardise care across service levels where the needs for customization and adaptation differ, and where common and suitable ICT-solutions between specialist and primary care do not exist.

The third challenge that has been identified is decentralised decision-making and different priorities. The specialist and primary care is found to exhibit a tendency to prioritise differently, which can impede a common commitment for the standardised care pathway. At the same time, decentralised decision-making in health care makes it possible to pursue objectives without taking the overall organisational aims sufficiently into consideration. This is believed to be a possible challenge for the establishment of a standardised care pathway across specialists and primary care.

The findings suggest that the establishment of standardised care pathways across specialist and primary care is challenging, but an important contribution to improve the interaction and collaboration between health care levels.

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse (IØT) ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) våren 2014, og markerer avslutningen på det femårige sivilingeniørstudiet i Industriell økonomi og teknologiledelse. Oppgaven er skrevet innenfor fagfeltet strategisk endringsledelse, og er tilknyttet forskningsprosjektet Lean Operations ved NTNU som tar sikte på å bygge forskningsbasert kunnskap om lean innenfor rammen av norsk arbeidsliv.

Formålet med oppgaven har vært å undersøke mulige utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. Den empiriske studien i oppgaven omhandler helsetjenesteforskningsprosjektet Orkdalsmodellen og etableringen av dets standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Flere aktører har bidratt med hjelp og støtte underveis i arbeidet med oppgaven. Vi ønsker å takke vår veileder, førsteamanuensis Monica Rolfsen, for verdifulle tilbakemeldinger og god oppfølging underveis i prosessen. Vi ønsker også å takke andre fra fagstaben ved IØT som har delt sine råd og erfaringer. En spesiell takk rettes til Marte Daae-Qvale Holmemo som har stilt opp når vi har hatt behov for det. I tillegg ønsker vi å rette en takk til lege og leder ved Kompetansesenter for lindrende behandling Midt-Norge, Anne Kari Knudsen, og overlege ved Kreft poliklinikk ved Orkdal Sjukehus, Anne-Tove Brenne, for sin innsats og støtte i arbeidet med denne oppgaven.

Avslutningsvis ønsker vi å rette en stor takk til alle aktørene i Orkdalsmodellens prosjektgruppe og informantene som har gjort dette arbeidet mulig. Disse personene har bidratt med verdifulle tilbakemeldinger, og deres villighet til å dele sine tanker og meninger vedrørende temaet vi har undersøkt har hatt stor betydning for arbeidet.

Trondheim, 10. juni 2014

Marte Nilssen Neverdal

Kristina Rystad

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1 Innledning | 1 |
| 1.1 Problemstilling | 2 |
| 1.2 Bakgrunn og avgrensninger for oppgaven | 3 |
| 1.3 Begrepsavklaringer | 4 |
| 1.4 Oppgavens videre struktur | 4 |
| DEL 1 - TEORETISK FUNDAMENT | 7 |
| 2 Det norske helsevesenet | 9 |
| 2.1 Organiseringen av det norske helsevesenet | 9 |
| 2.1.1 Spesialisthelsetjenesten og sykehusene | 9 |
| 2.1.2 Kommunehelsetjenesten | 11 |
| 2.2 Trekk ved strukturen i helsevesenet..... | 14 |
| 2.2.1 Desentralisert beslutningsmyndighet | 14 |
| 2.2.2 Fragmenterte tjenester og løse koblinger | 15 |
| 2.2.3 Koordinering av oppgaver gjennom standardisering | 17 |
| 2.3 Trekk ved kulturen i helsevesenet..... | 18 |
| 2.3.1 Profesjonelle subkulturer | 18 |
| 2.3.2 Fokus på ressurseffektivitet fremfor flyteffektivitet | 19 |
| 2.3.3 Sterke profesjonsgrupper og uformelle maktforhold | 20 |
| 2.4 Oppsummering – det norske helsevesenet | 21 |
| 3 Samhandling i helsevesenet | 23 |
| 3.1 Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten | 23 |
| 3.1.1 Samhandlingsreformen og virkemidler for bedre samarbeid..... | 24 |
| 3.2 Samhandlingsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten | 26 |
| 3.2.1 Likeverdighet mellom samarbeidspartnerne..... | 26 |
| 3.2.2 Organisatoriske forhold som svekker betingelsene for samhandling | 27 |
| 3.2.3 Kulturelle hindringer for samarbeid..... | 29 |
| 3.2.4 Ressursmessige begrensninger for samarbeid | 30 |
| 3.3 Oppsummering – samhandling i helsevesenet..... | 31 |
| 4 Lean i helsevesenet | 33 |
| 4.1 Utviklingen av lean helse..... | 33 |
| 4.2 Definisjoner av lean | 35 |
| 4.2.1 Lean – en driftsstrategi for økt flyteffektivitet..... | 36 |
| 4.3 Standardiserte pasientforløp..... | 38 |
| 4.3.1 Definisjoner av standardiserte pasientforløp | 39 |
| 4.3.1.1 Kompleks intervensjon | 41 |
| 4.3.1.2 Veldefinert pasientgruppe, veldefinert tidsperiode og målbarhet..... | 41 |

| | | |
|--|---|-----------|
| 4.3.1.3 | Faglig evidens og god klinisk praksis | 42 |
| 4.3.1.4 | Tverrfaglighet, samhandling og kommunikasjon | 42 |
| 4.3.1.5 | Koordinert og sekvensert behandlingsprosess og rett ressursbruk | 43 |
| 4.3.1.6 | Økt behandlingskvalitet | 44 |
| 4.4 | Standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten | 44 |
| 4.5 | Kritikk av lean og standardiserte pasientforløp | 47 |
| 4.6 | Oppsummering – lean i helsevesenet | 49 |
| DEL 2 – FORSKNINGSDESIGN OG METODE | | 51 |
| 5 | Forskningsdesign og metode | 53 |
| 5.1 | Bakgrunn for valg av forskningsdesign | 53 |
| 5.2 | Kvalitativt design | 54 |
| 5.2.1 | Casestudie | 54 |
| 5.3 | Innsamling av data | 55 |
| 5.3.1 | Dokumentstudier | 55 |
| 5.3.2 | Observasjon | 56 |
| 5.3.3 | Intervju | 57 |
| 5.3.3.1 | Strukturering av intervjuene | 58 |
| 5.3.3.2 | Utvalg av informanter | 58 |
| 5.3.3.3 | Gjennomføring av intervjuene | 59 |
| 5.3.3.4 | Krav til den som intervjuer og etiske hensyn ved intervju | 61 |
| 5.4 | Analyse av data | 61 |
| 5.4.1 | Bearbeiding av data | 62 |
| 5.4.2 | Koding av data | 63 |
| 5.4.3 | Kategorisering av data | 64 |
| 5.4.4 | Presentasjon av data | 65 |
| 5.5 | Kritikk av metode | 65 |
| 5.5.1 | Reliabilitet | 65 |
| 5.5.2 | Validitet | 66 |
| 5.5.2.1 | Validiteten til observasjon, intervju og dokumentstudier | 67 |
| 5.5.3 | Generaliserbarhet | 68 |
| DEL 3 – RESULTATER, DISKUSJON OG KONKLUSJON | | 71 |
| 6 | Orkdalsmodellen | 73 |
| 6.1 | Orkdalsmodellen sett i en organisatorisk kontekst | 73 |
| 6.2 | Beskrivelse av Orkdalsmodellen – fremtidens kreftomsorg | 75 |
| 6.3 | Prosjektorganiseringen i Orkdalsmodellen | 77 |
| 6.4 | Oppsummering – Orkdalsmodellen | 79 |
| 7 | Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen | 81 |
| 7.1 | Beskrivelse av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen | 81 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 7.1.1 | Standardiserte pasientforløp ved St. Olavs Hospital..... | 81 |
| 7.1.2 | Helhetlig pasientforløp i hjemmet – SiO-kommunenes pasientforløp | 84 |
| 7.1.3 | Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen..... | 85 |
| 7.2 | Utarbeidelse av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen..... | 89 |
| 7.3 | Oppsummering – det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen..... | 90 |
| 8 | Aktørers forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen | 93 |
| 8.1 | Aktørers syn på forløpet..... | 94 |
| 8.1.1 | Aktører fra spesialisthelsetjenestens syn på forløpet..... | 94 |
| 8.1.2 | Aktører fra kommunehelsetjenestens syn på forløpet..... | 98 |
| 8.1.3 | Oppsummering – aktørers syn på forløpet..... | 102 |
| 8.2 | Utfordringer identifisert av aktører..... | 103 |
| 8.2.1 | Utfordringer identifisert av aktører fra spesialisthelsetjenesten | 103 |
| 8.2.2 | Utfordringer identifisert av aktører fra kommunehelsetjenesten..... | 106 |
| 8.2.3 | Oppsummering – utfordringer identifisert av aktører..... | 110 |
| 8.3 | Oppsummering – aktørers forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen..... | 110 |
| 9 | Diskusjon | 113 |
| 9.1 | Kulturelle forskjeller..... | 114 |
| 9.2 | Organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering..... | 121 |
| 9.3 | Desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer..... | 125 |
| 9.4 | Oppsummering og refleksjoner rundt de identifiserte utfordringene | 130 |
| 10 | Konklusjon..... | 133 |
| 11 | Forslag til videre arbeid..... | 135 |
| | Referanseliste | 137 |

Appendiks A: Intervjuguide for prosjektdeltakere i Orkdalsmodellen

Appendiks B: Intervjuguide for ikke-prosjektdeltakere i Orkdalsmodellen

Figurer

| | |
|--|----|
| Figur 2-1: Organisering av St. Olavs Hospital..... | 11 |
| Figur 2-2: Organisering av en kommune etter tonivåmodellen | 13 |
| Figur 2-3: Silo-organisering i et tradisjonelt helsevesen | 16 |
| Figur 4-1: Utviklingen av lean i helsevesenet fra et historisk perspektiv (Laurson, Gertsen og Johansen, 2003, de Souza, 2009) | 34 |
| Figur 4-2: Effektivitetsmatrisen (Modig og Åhlström, 2012) | 36 |
| Figur 4-3: Ressursfokus vs. fokus på pasientforløp (de Souza og Pidd, 2011) | 37 |
| Figur 4-4: Fra evidence-based medicine til evidence-based practice | 42 |
| Figur 5-1: Analyse av data (basert på Tjora (2012))..... | 62 |
| Figur 5-2: Utdrag fra Excelanalyse..... | 64 |
| Figur 6-1: Orkdalsmodellen i en organisatorisk kontekst..... | 75 |
| Figur 6-2: Orkdalsmodellens hovedelementer | 76 |
| Figur 6-3: Aktører i Orkdalsmodellen | 77 |
| Figur 6-4: Prosjektorganisering i Orkdalsmodellen..... | 77 |
| Figur 6-5: Orkdalsmodellens tre faser | 78 |
| Figur 7-1: Mal for standardisert pasientforløp ved St. Olavs Hospital..... | 82 |
| Figur 7-2: Delprosess henvisning og utredning, forløp for tykktarmskreft ved St. Olavs Hospital | 83 |
| Figur 7-3: Delprosess Helhetlig pasientforløp i hjemmet..... | 85 |
| Figur 7-4: Hovedprosess pasientforløpet i Orkdalsmodellen | 86 |
| Figur 7-5: Delprosess «behandling og oppfølging» pasientforløpet i Orkdalsmodellen..... | 87 |
| Figur 7-6: Forløpsgruppa i Orkdalsmodellen | 89 |

Tabeller

| | |
|---|-----|
| Tabell 2-1: Regionale helseforetak og tilhørende lokale helseforetak..... | 10 |
| Tabell 2-2: Trekk ved helsevesenets struktur | 18 |
| Tabell 2-3: Trekk ved helsevesenets kultur | 21 |
| Tabell 3-1: Samhandlingsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten | 26 |
| Tabell 4-1: Fem lean-prinsipper (Womack og Jones, 2003)..... | 34 |
| Tabell 4-2: Kulturelle forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for pasienter med behov for tjenester i hjemmet (Røsstad et al., 2013) | 46 |
| Tabell 5-1: Oversikt over utvalg av informanter til intervju..... | 59 |
| Tabell 5-2: Type intervju og tidsmessig fordeling av intervjuer | 60 |
| Tabell 5-3: Sorteringsbaserte koder brukt i analyse av data | 63 |
| Tabell 8-1: Oversikt over aktører som tilhører spesialist- og kommunehelsetjenesten..... | 93 |
| Tabell 8-2: Aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sitt syn på forløpet i Orkdalsmodellen | 102 |
| Tabell 8-3: Utfordringer identifisert av aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten .. | 110 |
| Tabell 8-4: Aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sitt forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen..... | 111 |
| Tabell 9-1: Utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle..... | 113 |

1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet har understreket at det overordnede målet i helsepolitikken er å sikre at hele befolkningen har tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av blant annet bosted og økonomi.¹ Det er en uttalt helsepolitisk ambisjon at de norske helse- og omsorgstjenestene skal være blant de beste i verden med hensyn til kvalitet, trygghet, tilgjengelighet, effektivitet og korte ventetider.²

Likevel viser kartlegging av pasientskader at det er utfordringer knyttet til pasientsikkerhet, og de nasjonale pasientundersøkelsene viser at pasientene gir dårlig skår på områder som ventetider, informasjon og koordinering mellom tjenestene. Videre tyder tilsyn på at det er mangelfulle systemer og kulturer for å lære av feil, og at det til dels er store variasjoner i tilbud, diagnostikk og behandling av like tilstander. (Meld. St. 10 (2012-2013))

Flere peker på at problemene helsevesenet står overfor må løses på andre måter enn bare gjennom en stadig økning av ressursene³, og at det er behov for å diskutere og forbedre de interne prosessene i helsevesenet. Det blir trukket frem at klart nedtegnede og definerte prosesser, godt koordinerte overleveringer fra prosess til prosess, tydelige prosesseiere og gode ansvarsbeskrivelser, samt klar kommunikasjon vil kunne gjøre pasientens hverdag bedre, sikre riktigere behandling og legge til rett for at flere kan behandles med den samme mengden ressurser til disposisjon. I tillegg er det behov for å se hele pasientforløpet under ett, samarbeide på tvers av profesjoner og helsetjenestenivå, og å finne de totalt sett beste løsningene for pasienten.⁴

Lean er et forbedringskonsept som tar sikte på å kontinuerlig forbedre prosesser og flyt for å øke kundeverdi, og har vist seg å ha stor innvirkning på en organisasjons ytelse (Womack og Jones, 2003). Lean, som har sine røtter fra Toyota Production System, har siden 1990 gjort sitt inntog i vesten (Hines, Holweg og Rich, 2004). Konseptet har lenge vært brukt i norske produksjonsbedrifter, og i flere år har bedrifter jobbet med og perfektjonert lean produksjon. I den senere tid har tankesett, verktøy og teknikker fra lean gjort seg gjeldende også i helsevesenet.⁵

¹ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep.html?id=426> [Hentet 22.04.2014]

² Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-mal-og-prioriteringer-pa-helse-og-omsorgsomradet-i-2014/Publikasjoner/Rundskriv%20IS-1%202014.pdf> [Hentet 22.04.2014]

³ Aftenposten. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Helsevesenets-3-paradokser-6432562.html#.U4Ch1sb-u4o> [Hentet 24.05.2014]

⁴ Lean communications. Tilgjengelig fra: http://www.leancommunications.no/Blogg/Helse-Norge-og-utfordringene/cid/a23189_30044/ [Hentet 18.05.2014]

⁵ Lean communications. Tilgjengelig fra: <http://www.leancommunications.no/Lean-Helse/cid/29176/> [Hentet 24.05.2014]

I helsevesenet kan bruken av standardiserte pasientforløp sies å være et av virkemidlene for operasjonaliseringen av lean, og oppfyller på mange måter behovet for system- og prosesstenkning i tjenesten (Joosten, Bongers og Janssen, 2009). Et standardisert pasientforløp er en beskrivelse av pasientens vei gjennom systemet, og er et virkemiddel for å forbedre pasientflyten samt å sikre lik behandling av god kvalitet.⁶ Bruken av standardiserte pasientforløp har økt i popularitet, og i Norge eksisterer det i dag flere ulike forløp for mange forskjellige pasientgrupper.⁷

Standardiserte pasientforløp er et satsningsområde i Norge, og det er et ønske at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp (Nasjonal kreftsstrategi 2013-2017). Helse- og omsorgsdepartementet poengterer at gode og helhetlige pasientforløp i større grad enn i dag bør bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten, og at forløpene skal være et utgangspunkt for at de ulike delene av helsevesenet skal kunne bedre sin evne til å svare på pasientens behov for koordinerte tjenester. Mer konkret betyr dette at de ulike aktørene i helsevesenet må utvikle en felles forståelse for hva som er gode pasientforløp og samles om et felles mål for behandlingen. (St. meld nr. 47 (2008-2009)) På tross av et økt fokus på bruk av standardiserte pasientforløp for å oppnå gode og koordinerte tjenester på tvers av helsetjenestenivåene, er litteraturen som undersøker samarbeidet rundt etableringen av felles pasientforløp, begrenset. Med dette som utgangspunkt kan denne oppgavens problemstilling sies å være relevant og interessant i dagens kontekst.

1.1 Problemstilling

Oppgavens formål er å undersøke mulige utfordringer ved etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mer presist søkes det i denne studien svar på følgende problemstilling:

Hva er utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle?

Et *standardisert pasientforløp* kan beskrives som en kompleks intervensjon, der prosessene i helsevesenet organiseres for å oppnå flyt og bedre pasientbehandling. Med *utfordringer* menes aspekter ved en intervensjon som gjør en endringsprosess problematisk. *Etablering* defineres i denne oppgaven som utarbeidelse og innføring, altså det som kan ses på som de første fasene i en endringsprosess. *Spesialisthelsetjenesten* refererer til den delen av helsevesenet som leverer spesialiserte helsetjenester, herunder regionale og lokale helseforetak. *Kommunehelsetjenesten* refererer til kommunale helse- og omsorgstjenester. Spesialisthelsetjenesten er statens ansvar, mens kommunehelsetjenesten er kommunens

⁶ European Pathway Association (EPA). Tilgjengelig fra: <http://www.e-p-a.org/index2.html> [Hentet 03.03.2014]

⁷ Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/pasientforlop/Sider/default.aspx> [Hentet 20.04.2014]

ansvar. Med *samhandling* mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten menes samarbeid mellom nivåene for å sikre et best mulig samlet resultat for den enkelte pasient.

Som hjelp til å svare på problemstillingen er det også et ønske å finne svar på følgende forskningsspørsmål:

1. *Hvilket syn har aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten på et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?*
2. *Hva identifiserer aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som mulige utfordringer med etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?*

For å finne svar på oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål inngår en gjennomgang av litteratur om det norske helsevesenet, samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og lean og standardiserte pasientforløp. Den teoretiske kartleggingen vil legge grunnlaget for en empirisk studie av et forløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Som case i den empiriske studien er forskningsprosjektet Orkdalsmodellen og dets standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten blitt valgt ut. Målet er å peke på mulige utfordringer i etableringen av dette forløpet, og bidra med kunnskap som er nyttig hvis forløpet skal videreføres og liknende prosjekter skal gjennomføres.

1.2 Bakgrunn og avgrensninger for oppgaven

Denne masteroppgaven er en forlengelse av et fordypningsprosjekt gjennomført høsten 2013, hvor temaet var «lean i sykehus». I fordypningsprosjektet ble det gjort en teoretisk kartlegging av mulige utfordringer et sykehus kan stå overfor ved innføring av lean som helhetlig strategi. Siden lean er et omfangsrikt konsept som favner mange ulike tilnærminger, har det i forlengelsen av fordypningsprosjektet vært et ønske å se på én tilnærming til lean i sykehus. I denne masteroppgaven vil derfor fokus være rettet mot standardiserte pasientforløp. Dette innebærer at en dyptgående drøfting av lean som forbedringskonsept ikke vil bli presentert. Caset for oppgaven er Orkdalsmodellen og dets standardiserte pasientforløp. Orkdalsmodellen er et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs Hospital i Trondheim, Orkdal Sjukehus og 13 kommuner i Orkdalsregionen i Sør-Trøndelag fylke. I oppgaven vil det derfor bli trukket frem eksempler fra helseforetaket og kommunene der dette anses som hensiktsmessig.

1.3 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven vil kommunehelsetjenesten også bli referert til som primærhelsetjenesten eller førstelinjetjenesten. Spesialisthelsetjenesten kan også bli omtalt som andre-/tredjelinjetjenesten, sykehus eller helseforetak. Begreper som helsevesenet og helsesektoren refererer til det samme, og omfatter den samlede helsetjenesten. Forkortelser, og hva disse er forkortelser for, blir presentert i løpende tekst.

I del 2 og del 3 av oppgaven vil begrepene «Orkdalsmodellen», «modellen», «Orkdalsprosjektet» og «prosjektet» bli brukt om en annen. Det formelle navnet på forløpet i Orkdalsmodellen er per 24. mai 2014 «Standardisert pasientforløp: Den palliative kreftpasienten i Orkdalsregionen». Fra og med del 3 av oppgaven vil dette forløpet bli referert til som «forløpet», «pasientforløpet» og «det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen» dersom ikke annet er spesifisert.

1.4 Oppgavens videre struktur

Denne oppgaven er delt inn i tre hoveddeler: Del 1 – Teoretisk fundament, Del 2 – Forskningsdesign og metode og Del 3 - Resultater, diskusjon og konklusjon.

Del 1 – Teoretisk fundament gjør rede for litteratur og begreper som vil være relevant for å svare på problemstillingen. I kapittel 2 presenteres det norske helsevesenet, herunder spesialist- og kommunehelsetjenesten, og hva som kan sies å kjennetegne helsevesenets struktur og kultur. I kapittel 3 gis en gjennomgang av samhandlingen i helsevesenet og hva som kan sies å være samarbeidsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I kapittel 4 blir det foretatt en gjennomgang av lean i helsevesenet, herunder standardiserte pasientforløp. Teorien er hensiktsmessig for å få en forståelse for studiens case, og brukes videre for å kunne svare på oppgavens problemstilling.

Del 2 – Forskningsdesign og metode presenterer det metodiske grunnlaget for denne oppgaven. I kapittel 5 blir bakgrunn for valg av forskningsdesign presentert, og kapitlet gir videre en beskrivelse av hvordan innsamling og analyse av data er gjennomført. Avslutningsvis diskuteres styrker og svakheter ved metodevalg og gjennomføring av studien.

Del 3 - Resultater, diskusjon og konklusjon gir en presentasjon av funnene fra den empiriske undersøkelsen og en diskusjon av disse. I kapittel 6 blir det gitt en beskrivelse av Orkdalsmodellen. I kapittel 7 presenteres det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Disse to kapitlene danner et nødvendig bakteppe for å forstå de empiriske resultatene som blir presentert i kapittel 8. I kapittel 8 vil oppgavens to forskningsspørsmål bli besvart. Kapitlet gir en presentasjon av aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenestens syn på forløpet og hva aktørene identifiserer som utfordringer med å etablere et standardisert

pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. I kapittel 9 vil oppgavens problemstilling bli besvart. Her vil teori og de empiriske funnene kombineres for på den måten å gi svar på hva som er mulige utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. I kapittel 10 blir oppgavens konklusjon presentert, og i kapittel 11 presenteres forslag til videre arbeid.

Del 1 - Teoretisk fundament

2 Det norske helsevesenet

I dette kapitlet vil organiseringen av det norske helsevesenet bli beskrevet. En forståelse av hvordan helsevesenet er bygd opp og hva som kan sies å kjennetegne helsevesenet anses som et viktig utgangspunkt for den videre oppgaven, fordi organisasjonen gir rammen for samspill og samarbeid mellom de som arbeider der (Lauvås og Lauvås, 2004). Ulike forfattere forstår organisasjoner på ulike måter. Bolman og Deal (2009) forstår en organisasjon ut i fra et kulturelt, symbolsk, strukturelt og politisk perspektiv, Porter (1985) forstår en organisasjon som et verdisystem bestående av hoved- og støtteaktiviteter og Jacobsen (2012) forstår en organisasjon som noe som består av en indre og ytre kontekst. Felles for de fleste forfatterne er at de ser på trekk knyttet til organisasjonsstruktur og organisasjonskultur. I dette kapitlet vil derfor sentrale trekk ved strukturen og kulturen i helsevesenet bli presentert.

I kapittel 2.1 beskrives organiseringen av det norske helsevesenet. I kapittel 2.2 og 2.3 blir sentrale trekk ved henholdsvis strukturen og kulturen i helsevesenet presentert. I kapittel 2.4 blir det gitt en oppsummering av kapitlet.

2.1 Organiseringen av det norske helsevesenet

Det norske helsevesenet er bygd opp rundt prinsippet om at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester av god kvalitet uavhengig av blant annet økonomi og bosted. På nasjonalt nivå er statens rolle å fastsette den nasjonale helsepolitikken, og Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret.⁸ Staten skal sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer, og har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll.⁹ Selve tjenesteytingen er delt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I det følgende vil det bli gitt en nærmere beskrivelse av de to tjenestenivåene.

2.1.1 Spesialisthelsetjenesten og sykehusene

Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert i fire regionale helseforetak (RHF) som eies av staten. De regionale helseforetakene har ansvar for å tilby befolkningen i sin helseregion spesialiserte helsetjenester, og har hovedoppgaver innen pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Foretakene løser sine pålagte oppgaver enten ved at sykehus og institusjoner eid av de regionale helseforetakene utfører oppgavene eller at tjenestene tilbys av private aktører. De fire regionale

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dep.html?id=426> [Hentet 14.05.2014]

⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene.html?id=10903 [Hentet 03.05.2014]

helseforetakene i Norge er Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord RHF.¹⁰

Virksomheten i de forskjellige helseregionene omfatter sykehus, institusjoner i psykiatrien, ambulansetjeneste, nødmeldingstjeneste, sykehusapotek og laboratorier. Disse er organisert som lokale helseforetak (HF) og eies av de regionale helseforetakene.¹¹ Tabell 2-1 viser en oversikt over de fire regionale helseforetakene og tilhørende lokale helseforetak.

Tabell 2-1: Regionale helseforetak og tilhørende lokale helseforetak¹²

| Helse Sør-Øst RHF | Helse Vest RHF | Helse Midt-Norge RHF | Helse Nord RHF |
|---------------------------------|--------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Akershus universitetssykehus HF | Helse Bergen HF | Helse Møre og Romsdal HF | Helgelandssykehuset HF |
| Oslo universitetssykehus HF | Helse Fonna HF | Helse Nord-Trøndelag HF | Finnmarkssykehuset HF |
| Psykiatrien i Vestfold HF | Helse Førde HF | St. Olavs Hospital HF | Nordlandssykehuset HF |
| Sunnaas sykehus HF | Helse Stavanger HF | Sykehusapotekene i Midt-Norge HF | Universitetssykehuset Nord-Norge HF |
| Sykehuset i Vestfold HF | Apoteka Vest HF | Rusbehandling Midt-Norge HF | Sykehusapotek Nord HF |
| Sykehuset Innlandet HF | | | |
| Sykehuset Telemark HF | | | |
| Sykehuset Østfold HF | | | |
| Sørlandet sykehus HF | | | |
| Vestre viken HF | | | |
| Sykehusapotekene HF | | | |

Et lokalt helseforetak kan bestå av flere sykehus og andre institusjoner. Et eksempel på et lokalt helseforetak er St. Olavs Hospital HF som er universitetssykehus for Midt-Norge. De fleste tilbudene ligger i Trondheim, men i tillegg driver St. Olavs Hospital betydelig virksomhet andre steder i Sør-Trøndelag fylke.¹³ Eksempler på slik virksomhet er Orkdal Sjukehus som har lokalsykehusfunksjon for kommunene i Orkdalsregionen i Sør-Trøndelag fylke.¹⁴

De lokale helseforetakene er organisert på ulike måter, men de fleste er organisert i klinikker, divisjoner, avdelinger og seksjoner. Figur 2-1 viser hvordan St. Olavs Hospital HF er organisert. I figuren vises de ulike divisjonene og klinikkene som St. Olavs Hospital er organisert i. Disse er videre delt inn i avdelinger og seksjoner.

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/de-regionale-helseforetakene.html?id=528110> [Hentet 12.05.2014]

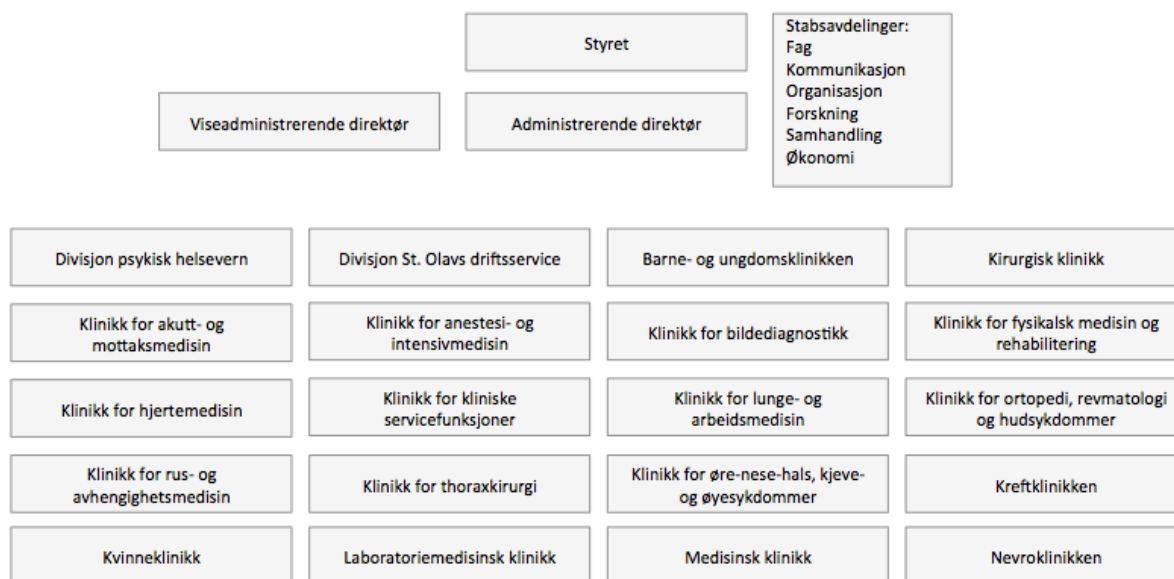
¹¹ Helse Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-midt.no/no/Om-oss/83226/> [Hentet 22.05.2014]

¹² Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/sykehus-i-norge-3.html?id=467556> [Hentet 12.05.2014]

¹³ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Om-helseforetaket/83730/> [Hentet 05.05.2014]

¹⁴ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/Om-oss/Avdelinger/Orkdal-sjukehus/> [Hentet 21.05.2014]

Figur 2-1: Organisering av St. Olavs Hospital¹⁵



Hvert lokale helseforetak ledes av et styre og en administrerende direktør. Disse er oppnevnt av styret i det regionale helseforetaket. De regionale helseforetakenes handlefrihet ligger formelt i utformingen av kravene til hvordan styringen av foretakene skal utøves, men staten har full styringsmulighet over helseforetakene, og tilsvarende ubegrenset økonomisk ansvar for foretakenes virksomhet. De regionale helseforetakene får midler gjennom statlige rammebevilgninger, stykkprisrefusjoner og egenandeler fra pasienten. De regionale helseforetakene står fritt til å omfordele disse pengene, men praksis er i dag at den statlige finansieringsordningen i stor grad videreføres til helseforetaket. (NOU 2005:3)

2.1.2 Kommunehelsetjenesten

Norge har en finmasket kommunestruktur, og per 1. januar 2014 er det 428 store eller små kommuner i landet.¹⁶ Kommunenes helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Helse- og omsorgstjenestene kan ytes av kommunen selv eller ved at kommunen inngår avtale med andre offentlige eller private tjenesteytere.¹⁷

Kommunene er forpliktet til å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. For å sikre dette er kommunene forpliktet til å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, utredning, diagnostisering og

¹⁵ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Organisering/Organisasjonskart/Org-kart/120574/> [Hentet 21.05.2014]

¹⁶ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/kommunejuss/kommunestruktur-.html?id=540087> [Hentet 06.05.2014]

¹⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407 [Hentet 05.05.2014]

behandling, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, pleie og omsorg samt hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner.¹⁸ Under helse- og omsorgstjenestene i kommunene inngår blant annet fastlegeordningen, pleie- og omsorgstjenesten, rusarbeid og psykisk helsearbeid, sosiale tjenester (NAV), tannhelsetjenesten, offentlig fysioterapitjeneste, og helsestasjons- og skolehelsetjenesten.¹⁹ Samlet skal kommunen ta seg av funksjoner som spenner vidt fra relativt omfattende helsetjenester som oppfølging av kreftbehandling og smertelindring, til tiltak for mennesker med behov for et tilrettelagt botilbud og hjelp til en aktiv hverdag (NOU 2005:3).

Kommunene kan selv velge organisatoriske løsninger for å ivareta sitt ansvar om å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester (NOU 2005:3). Variasjon i størrelse, både geografisk og innbyggertall, gir kommunene ulike vilkår for å utøve sine roller som tjenesteyter, samfunnsutvikler, lokalt myndighetsorgan og arena for lokaldemokrati. Regjeringen peker på at kommunesektoren møter kontinuerlige utfordringer knyttet til behovet for å samordne den kommunale virksomheten på tvers av administrative grenser til det beste for innbyggerne.²⁰ Andelen ufaglærte i kommunehelsetjenesten er forholdsvis høy²¹, og mangel på kompetanse og arbeidskraft gir utfordringer for alle kommunens roller.²⁰

En organisatorisk løsning i kommunene er tonivåmodellen. Denne modellen uttrykker at det er to ledelsesnivåer. Lederne som er nærmest tjenesteytingen, som for eksempel pleie- og omsorgsledere, har lederansvaret. Tonivåmodellen er kjennetegnet ved høy grad av ansvarsdelegering, med tilhørende beslutnings- og resultatansvar. Enhetene i denne modellen blir gjerne kalt resultatenheter fordi de er relativt selvstendige og avgrensede virksomheter, med stor frihet innenfor de gitte eksterne rammene.²² Figur 2-2 viser et eksempel på en organisering etter tonivåmodellen, hvor det fremgår at ulike resultatenheter er direkte underlagt rådmannen. Som figuren viser kan tjenesteområdet helse- og omsorg være organisert i flere ulike resultatenheter, for eksempel sykehjem og hjemmetjeneste.

¹⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407 [Hentet 05.05.2014]

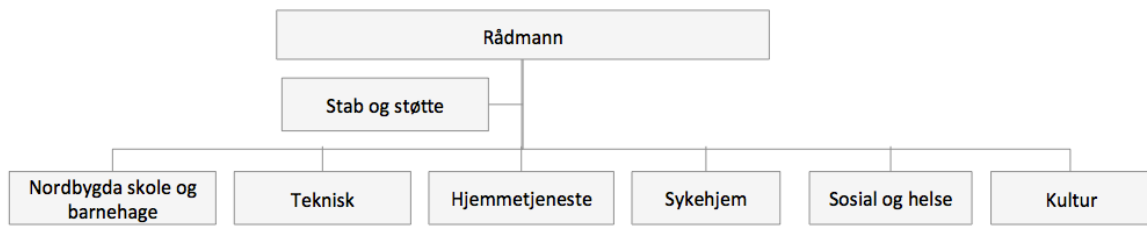
¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene.html?id=10903 [Hentet 05.05.2014]

²⁰ Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kmd/tema/kommunejuss/kommunestruktur-.html?id=540087> [Hentet 06.05.2014]

²¹ Norsk sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/790140/7%20hele%20tema.pdf> [Hentet 02.06.2014]

²² Revisjon Midt-Norge IKS. Tilgjengelig fra: <http://www.revisjonmidt-norge.no/rapporter/EndeligrapportTonivaOrkdal.pdf> [Hentet 10.05.2014]

Figur 2-2: Organisering av en kommune etter tonivåmodellen²³



Kommunale pleie- og omsorgstjenester består i hovedsak av ulike former for hjemmetjenester, som for eksempel hjemmesykepleie og praktisk bistand, opphold i institusjon, herunder sykehjem, og tilbud om avlastningstiltak, støttekontakt og omsorgslønn. Utover dette kan den enkelte kommune ha ordninger og tilbud spesielt tilpasset sin kommune. Kommunene er likevel bundet av de krav til tilbud, innhold og kvalitet på tjenester som følger av vedtatte lover. Omsorgstjenestene må organiseres slik at bruker så langt som mulig kan leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfull tilværelse i felleskap med andre.²⁴

Kommunen er ansvarlig for å tilby en fastlegeordning og alle som er bosatt i en norsk kommune har rett til å stå på liste hos en fastlege. Kommunen inngår individuelle fastlegeavtaler med allmennleger. Fastlegeoppgavene er i hovedsak ivaretatt av selvstendig næringsdrivende leger med avtale med kommunen. Per 31. desember 2013 var, ifølge tall fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO), 95,3 % av fastlegene privatpraktiserende, mens de resterende 4,7 % var ansatt i kommunen.²⁵ Fastleger finansieres ved basistilskudd fra kommunen (30 %), refusjoner fra folketrygden (35 %) og egenbetaling fra pasientene (35 %) (St. meld nr. 47 (2008-2009)).

Fastlegene har henvisningsrett til andre deler av helsetjenesten, og har dermed en viktig rolle i å koordinere pasientens behov for annen helsehjelp, herunder å vurdere behov for undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten. Utveksling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten skjer vanligvis ved at henvisning blir sendt fra fastlege til spesialisthelsetjenesten, og at epikrise²⁶ sendes til fastlege etter endt behandling. Kontroller av pasienter etter endt behandlingsopplegg foregår ofte hos fastlegen. Fastlegene blir ansett som sentrale for å få til gode og effektive pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. (NOU 2005:3)

I de foregående delkapitlene er organiseringen av det norske helsevesenet, herunder spesialist- og kommunehelsetjenesten, blitt presentert. Videre vil trekk ved helsevesenets

²³ Kommunenes Sentralforbund. Tilgjengelig fra: www.ks.no/PageFiles/11313/094011_%20Flat%20Struktur_rapport.pdf [Hentet 01.06.2014]

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407 [Hentet 05.05.2014]

²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/fastlegeordningen.html?id=115301 [Hentet 06.05.2014]

²⁶ Epikrise er en kort, sammenfattende skriftlig redegjørelse for årsak, utvikling og behandling av sykdom hos en pasient, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig, for eksempel etter et sykehusopphold. (Store medisinske leksikon)

struktur og kultur bli presentert for å gi en mer inngående forståelse av hvordan helsevesenet i Norge kan sies å fungere.

2.2 Trekk ved strukturen i helsevesenet

I dette kapitlet blir ulike aspekter ved strukturen i helsevesenet presentert, herunder desentralisert beslutningsmyndighet, fragmenterte tjenester og koordinering av oppgaver gjennom standardisering. Dette gir et bilde av de organisatoriske forutsetningene i helsevesenet.

2.2.1 Desentralisert beslutningsmyndighet

Mintzberg (1980) trekker frem sykehus som et typisk eksempel på en strukturell konfigurasjon forfatteren kaller profesjonelt byråkrati. Når det kommer til beslutningsmyndighet i et profesjonelt byråkrati kjennetegnes denne ved av at den er overført til et lavere nivå i organisasjonen (Mintzberg, 1980). Jacobsen og Thorsvik (2013) peker på det i sykehus er snakk om desentralisering av beslutningsmyndighet både vertikalt og horisontalt, og at de profesjonelle fagfolkene i denne konfigurasjonen har betydelig autonomi i sitt arbeid.

Christensen et al. (2010) mener imidlertid at man i et sykehus kan si at beslutningsmyndigheten både er desentralisert og sentralisert. Den er sentralisert gjennom at staten eier sykehusene, samtidig som sykehusene er selvstendige helseforetak, noe som innebærer en desentralisering (Christensen et al., 2010). Det samme kan antas å være gjeldende i kommunehelsetjenesten, der staten legger føringer for og kontrollerer driften, samtidig som kommunene står relativt fritt til å organisere tjenestene sine selv. Også innenfor hver enhet i kommunen kan det antas å være desentralisert beslutningsmyndighet. Som nevnt i kapittel 2.1.2 vil for eksempel kommuner strukturert etter tonivåmodellen bestå av resultatenheter, der enhetene har et beslutnings- og resultatansvar innenfor de gitte rammene lagt for enheten.

Jacobsen og Thorsvik (2013) argumenterer for at noen av fordelene med desentralisert beslutningsmyndighet er at man får utnyttet den kunnskapen og erfaringene de ansatte har om lokale forhold og at det styrker de ansattes ansvarsfølelse. På en annen side utgjør desentralisert beslutningsmyndighet i følge Jacobsen og Thorsvik (2013) en fare for suboptimalisering, og vanskeliggjør en ensartet praksis. Det blir vanskeligere å gi klare styringssignaler, og dette kan medføre at de ansatte tar beslutninger for å realisere delmål uten å ta tilstrekkelig hensyn til organisatoriske overordnede mål (Jacobsen og Thorsvik, 2002). Desentralisert beslutningsmyndighet fører i følge Jacobsen og Thorsvik (2013) også til en uklar ansvarsfordeling og uforutsigbarhet i hvordan ting gjøres.

2.2.2 Fragmenterte tjenester og løse koblinger

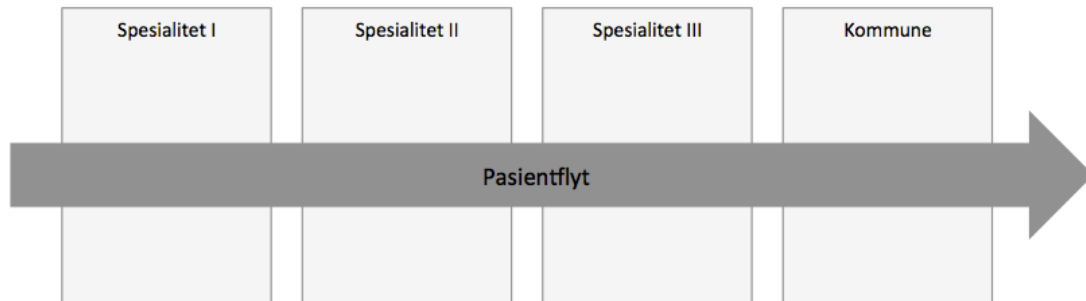
Jacobsen og Thorsvik (2013) trekker frem at sykehus primært kjennetegnes ved at fordelingen av oppgaver skjer etter prinsippet om funksjonsbasert gruppering. Dette innebærer at likeartede fagområder eller oppgaver samles i organisatoriske enheter som hver for seg utfører spesialiserte prosedyrer (Jacobsen og Thorsvik, 2002). Som kapittel 2.1.1 viser er sykehusene organisert i klinikker, divisjoner, avdelinger og seksjoner som er spesialisert innenfor ulike fagområder. Christensen et al. (2010) argumenterer for at dette gjør at sykehus har en stor grad av horisontal spesialisering, og Bolman og Deal (2009) trekker frem at denne type arbeidsdeling gir spesialiseringsfortrinn, men at den gjør det vanskelig å sikre at de enkelte enhetenes innsats blir en helhet. I en funksjonsbasert gruppering kan det lett utvikle seg en fagorientert spesialistkultur rundt de enkelte funksjonene i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2002). Hver enkelt enhet er tilbøyelig til å fokusere på sine egne prioriteringer og gå sine egne veier, noe som resulterer i suboptimalisering hvor hver enkelt enhet satser på å nå sine egne mål (Bolman og Deal, 2009). Dette gjør at organisasjonens innsats kan oppfattes som fragmentert, og at den totale ytelsesevnen reduseres (Bolman og Deal, 2009). Diamond, Stein og Allcorn (2002) setter likhetstegn mellom sterk horisontal spesialisering og «funksjonelle siloer» i en organisasjon, og Jacobsen og Thorsvik (2013) knytter dette til samordningsproblemer mellom ulike avdelinger og mellom ulike spesialistkulturer.

I dette perspektivet kan kommunen anses som en egen organisatorisk enhet på siden av spesialisthelsetjenestens grupperinger. Selv om kommunehelsetjenesten ikke er inndelt etter likeartede fagområder eller utfører spesialiserte prosedyrer, kan kommunehelsetjenesten betraktes som et ledd i den samlede behandlingsskjeden. Videre kan også helsetjenestene være inndelt i flere enheter innad i kommunen. En inndeling etter tonivåmodellen vil for eksempel bety at kommunens helse- og omsorgstjenester kan være fordelt utover flere resultatenheter (jfr. kapittel 2.1.2). Som vist i kapittel 2.1.2 er resultatenheterne relativt selvstendige og avgrensede, noe som kan føre til at hver enhet prioriterer egne mål, og enhetene kan tenkes å være relativt fragmenterte.

Laursen, Gertsen og Johansen (2003) argumenterer for at det i dagens helsevesen eksisterer liten grad av systemtenkning. En pasients kontakt med helsevesenet innebærer ofte et møte med flere spesialiserte enheter og mange ulike medarbeidere som utfører flere deloppgaver. Hver deloppgave utføres av en spesifikk funksjon som er spesialisert i nettopp denne deloppgaven. På den måten opprettholdes et faglig høyt nivå på det spesifikke området, men for en pasient som beveger seg på tvers av de spesialiserte enhetene kan systemet oppleves som lite fleksibelt og enhetlig. (Laursen, Gertsen og Johansen, 2003) Dette erkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet som peker på at slik situasjonen er i dag er det en manglende kontinuitet i pasientforløpene og liten grad av systemtenkning i helsevesenet (St. meld nr. 47 (2008-2009)).

Figur 2-3 illustrerer organiseringen slik den tradisjonelt sett kan betraktes i helsevesenet.

Figur 2-3: Silo-organisering i et tradisjonelt helsevesen²⁷



Som figur 2-3 viser går prosessene som pasientene i helsevesenet beveger seg gjennom på tvers av helsevesenets enheter og spesialiserte funksjoner og kommunen. Laursen, Gertsen og Johansen (2003) trekker frem at rytmen i et system som er organisert rundt spesialiserte enheter ikke alltid er til det beste for pasienten, og at «luften» mellom hver enhet oppleves som ventetid for hovedparten av pasientene.

I tillegg kjennetegnes sykehus i følge Christensen et al. (2010) av at de er komplekse organisasjoner med mange løse koblinger både vertikalt og horisontalt. Løse koblinger innebærer at det som skjer i en klinikk eller avdeling, er forholdsvis uavhengig av det som skjer i en annen enhet (Christensen et al., 2010). Selv om kommunehelsetjenesten kan sies å bestå av færre enheter enn sykehuset, viser organiseringen av kommunehelsetjenesten og ulikheten i organisering mellom kommunene (jfr. kapittel 2.1.2) at også kommunehelsetjenesten kan anses som relativt kompleks. Videre anses det som rimelig å anta at koblingene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er løse ut fra Christensen et al. (2010) sin forståelse av dette.

Jacobsen (2012) trekker frem at løse koblinger gjør at en del av organisasjonen kan endre seg uten at hele organisasjonen må gjøre det, og organisasjonen blir dermed mer fleksibel. Samtidig peker Jacobsen (2012) på at det i organisasjoner med løse interne koblinger ofte er vanskelig for en ansatt i en organisatorisk enhet å se hva slags konsekvenser det har for han eller henne hva som skjer i en annen enhet, eller hvordan man skal ta hensyn til hva som skjer i andre avdelinger. Løse koblinger internt vil derfor kunne være et hinder for å få til endring som omfatter hele systemet. En liten endring et sted i systemet vil ikke nødvendigvis forplante seg over tid, akkumuleres og skape betydelig endring. (Jacobsen, 2012) Dette henger i følge Jacobsen (2012) også sammen med at evnen til å spre informasjon kan sies å

²⁷ Basert på presentasjon «IKT verktøy til implementering og oppfølging av standardiserte pasientforløp» av Jo-Åsmund Lund ved St. Olavs Hospital, november 2013.

være svakere i løst koblede organisasjoner. For å kunne gjennomføre endringer må organisasjonene ikke bare tilegne seg ny informasjon, men denne informasjonen må overføres mellom enheter som kan befinne seg langt borte fra det stedet hvor kunnskapen ble tilegnet. Komplekse organisasjoner vil ofte ha lange kommandolinjer med store muligheter for at informasjon siles ut og forvrenges. Dette kan vanskeliggjøre helhetlig endring. (Jacobsen, 2012)

2.2.3 Koordinering av oppgaver gjennom standardisering

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver ulike mekanismer for koordinering av oppgaver og arbeid i en organisasjon, hvor god koordinering er nødvendig for å kunne levere et samlet produkt eller tjeneste. De ulike koordineringsmekanismene er gjensidig tilpasning, direkte kontroll og standardisering av henholdsvis arbeidsoppgaver, resultater og kompetanse. Jacobsen og Thorsvik (2002) peker på at komplekse og uoversiktlige organisasjoner ofte benytter seg av flere koordineringsmekanismer, men at det ofte er en form for koordinering som er dominerende. Mintzberg (1980) og Jacobsen og Thorsvik (2002) argumenterer for at den dominerende formen for koordinering i sykehus er gjennom standardisering av kompetanse. Forfatterne forklarer at dette skjer gjennom systematisk rekruttering av profesjonelle fagfolk, som gjennom utdannelsen har tilegnet seg den kunnskapen og de ferdighetene som er nødvendig for å kunne løse organisasjonens oppgaver på en tilfredsstillende måte.

I kommunene skal helsepersonell ta seg av et vidt spenn av pasienter, samtidig som andelen ufaglærte i kommunehelsetjenesten er forholdsvis høy (jfr. kapittel 2.1.2). Det er nærliggende å tro at dette fører til at aktiviteter også koordineres gjennom formalisering av oppgaver og resultater. Likevel er det også innenfor kommunehelsetjenesten profesjonelle fagfolk som fastleger og sykepleiere, og det er naturlig å anta at disse aktørenes aktiviteter koordineres gjennom standardisering av kompetanse, på samme måte som i sykehus.

Styrken i standardisering av kompetanse som koordineringsmekanisme er i følge Mintzberg (1980) og Jacobsen og Thorsvik (2013) at den fremmer en ensartet faglig praksis og skaper betingelser for faglig utvikling og innovasjon. Forfatterne trekker også frem at koordineringsmekanismen skaper forutsigbarhet med hensyn til hvordan oppgavene blir løst, noe forfatterne anser som et hovedpoeng med denne organisasjonsformen (Mintzberg, 1980, Jacobsen og Thorsvik, 2002). Kim et al. (2006) trekker imidlertid frem at selv om standardisering er viktig for å sikre sammenhenger på tvers i helsevesenet, bidrar helsevesenets kompleksitet til varians i måten aktiviteter forløper på. At blant annet mange mennesker og parallelle prosesser er involvert i de beslutningene som skal tas gjør at enkelte beslutninger preges av tilfeldigheter og uforutsigbarhet (Kim et al., 2006).

I tillegg trekker Jacobsen og Thorsvik (2002) frem at denne koordineringsmekanismen kan føre til uenigheter mellom profesjonene og konflikter mellom forskjellige faggrupper. Uenighetene mellom hjemmehjelpere, sykepleiere og leger med hensyn til grensene mellom profesjonenes ansvars- og arbeidsområder er i følge forfatterne et eksempel på dette. Slike konflikter kan skape samarbeids- og ledelsesproblemer, og kan dermed vanskeliggjøre en innføring av planlagt endring. (Jacobsen og Thorsvik, 2002)

Tabell 2-2 oppsummerer de mest fremtredende trekkene ved helsevesenets struktur.

Tabell 2-2: Trekk ved helsevesenets struktur

| Trekk ved strukturen i helsevesenet |
|---|
| Desentralisert beslutningsmyndighet og høy grad av autonomi |
| Horisontal spesialisering og funksjonell/silopreget organisering |
| Kompleks struktur med mange nivåer og enheter, løse koblinger og lange kommandolinjer |
| Standardisering av kompetanse som dominerende koordineringsmekanisme |

2.3 Trekk ved kulturen i helsevesenet

I dette kapitlet blir ulike aspekter ved kulturen i helsevesenet presentert, herunder profesjonelle subkulturer, fokus på ressurseffektivitet fremfor flyteffektivitet og sterke profesjonsgrupper og uformelle maktforhold. Dette gir et bilde av de kulturelle forutsetningene i helsevesenet.

2.3.1 Profesjonelle subkulturer

Bloor og Dawson (1994) hevder at potensialet for dannelsen av profesjonelle subkulturer eksisterer i alle organisasjoner som ansetter profesjonelle fagfolk. Christensen et al. (2010) mener at dette skjer mest systematisk i organisasjoner hvor det ansettes grupper av ansatte som står for sterke felles profesjonelle normer og verdier, og hvor ulike organisasjonsenheter domineres av bestemte profesjoner (Christensen et al., 2010).

Hall (2005) peker på at alle profesjoner i helsevesenet har en egen kultur som inkluderer verdier, overbevisninger, holdninger, tradisjoner og atferd. De ulike profesjonelle subkulturene utvikles gjennom utdanningsforløp og erfaring, og gjennom den sosialiseringprosessen blant kollegaer med lik utdannelse som er til stede under opplæringen av de ulike profesjonene. Hall (2005) argumenterer for at dette har ført til at ulike profesjoner ofte arbeider innenfor det som blir beskrevet som «profesjonelle siloer». Gjennom flere prosesser har profesjonene definert sin identitet, sine verdier og sin rolle i pasientbehandlingen (Hall, 2005).

Petrie (1976) argumenterer for at ulike profesjoner har ulike kognitive kart, og at to forskjellige fagfolk dermed kan se på det samme, men likevel forstå det ulikt. Scott et al. (2003) argumenterer for at subkulturer ofte er vesensforskjellige, og at denne forskjellen kan vanskeliggjøre god sameksistens og at den ofte kan føre til konflikter og konkurranse mellom ulike subkulturer. Dette synet støttes av Hall (2005) som argumenterer for at ulike profesjonelle subkulturer vanskeliggjør tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon mellom ulike profesjoner. Hall (2005) trekker frem at de kommunikasjonsferdighetene som de ulike profesjonene lærer gjennom utdanningsforløpet ofte er knyttet til interaksjon med pasienter og pårørende, og ikke mellom ulike profesjoner. De ulike profesjonene kan derfor sies å begynne sin karriere med en tverrfaglig barriere knyttet til lite kjennskap til hverandres terminologi og vokabular, ulike tilnærminger til problemløsning, og en mangel på en felles forståelse av utfordringer og verdier (Hall, 2005).

2.3.2 Fokus på ressurseffektivitet fremfor flyteffektivitet

Modig og Åhlström (2012) peker på at helsevesenet tradisjonelt sett har blitt organisert rundt det de kaller ressurseffektivitet fremfor flyteffektivitet. Effektiv bruk av ressurser har vært den vanligste måten å se på effektivitet, og denne tankegangen dominerer måten helsevesenet er organisert på. Mens ressurseffektivitet innebærer et fokus på ressursene en organisasjon trenger for å produsere en vare eller levere en tjeneste, innebærer flyteffektivitet et fokus på enheten som blir behandlet innen organisasjonen og som flyter gjennom organisasjonen. (Modig og Åhlström, 2012)

Modig og Åhlström (2012) argumenterer for at det tradisjonelt sett i helsevesenet er et større fokus på bruk av ressurser enn på selve pasienten som «flyter» gjennom systemet. I følge forfatterne innebærer dette fokuset blant annet at pasientene hele tiden må tilpasse seg helsepersonell, og at det har utviklet seg en tankegang hvor det er blitt viktigere å tilordne arbeid til helsepersonell for å sikre at samtlige ressurser alltid har en pasient å ta seg av, enn å sikre at hver pasient alltid blir behandlet av en ressurs. Dette synet støttes av Laursen, Gertsen og Johansen (2003) som argumenterer for at tankegangen i sykehus er at hver avdeling med ekspertise er så kostnadsdrivende at de må utnyttes maksimalt. I følge Laursen, Gertsen og Johansen (2003) gjøres dette ved å overbooke pasienter slik at systemet benyttes fullt ut slik at det ikke oppstår tomrom i programmet. På den måten er system og eksperter prioritert over pasienten i planleggingen, hvorpå pasienten må vente på systemet (Laursen, Gertsen og Johansen, 2003).

Høyt fokus på ressurseffektivitet og mindre fokus på flyt og prosesser fører i følge Modig og Åhlström (2012) til at pasientene selv må arrangere logistikken mellom de forskjellige kontaktene i helsevesenet, og at prosessene pasientene gjennomgår ofte innebærer mye ventetid og usikkerhet for pasientene. Både Modig og Åhlström (2012) og Laursen, Gertsen

og Johansen (2003) peker på at den verdiskapende tiden for pasienten i et ressurseffektivt helsevesen ofte bare utgjør en liten del av den totale tiden pasienten befinner seg i ulike prosesser. Dette kan ses i sammenheng med den funksjonsbaserte spesialiseringen som beskrevet i kapittel 2.2.1, hvor helsevesenet er organisert i enheter som ofte fungerer som siloer.

2.3.3 Sterke profesjonsgrupper og uformelle maktforhold

Mintzberg (1980) argumenterer for at sykehus som profesjonelt byråkrati kjennetegnes av sterke profesjonsgrupper. I følge Jacobsen (2012) kjennetegnes profesjonelle byråkrati av at mye av den formelle, men også den uformelle makten ligger hos de profesjonelle fagfolkene. Mintzberg (1980) trekker frem at de profesjonelle fagfolkene ofte ikke bare kontrollerer sitt eget arbeid, men at de også har en tendens til å opprettholde kollektiv kontroll over det administrative apparatet i organisasjonen. Beslutningsmyndigheten er tildelt de ansatte i faglige spørsmål, og ingen andre enn fagfolkene kan vurdere hva som er en god måte å løse oppgavene på (Jacobsen og Thorsvik, 2002). I kommunehelsetjenesten kan det antas at det ikke er like sterk profesjonalisering. For profesjonelle yrkesgrupper som for eksempel fastleger og sykepleiere kan det likevel antas at beslutningsmyndighet er tildelt de ansatte i faglige spørsmål.

Jacobsen (2012) peker på at sterke profesjonsgrupper ofte representerer frihet fra inngripen fra hierarkisk ledelse, og Jacobsen og Thorsvik (2002) argumenterer for at sterk profesjonalisering ofte henger sammen med sterk motstand mot styringsforsøk fra organisasjonens side som begrenser bruken av faglig skjønn i arbeidet. Dette kan ses i sammenheng med det medisinske ansvaret helsepersonell har, hvor alt helsepersonell er juridisk ansvarlig for de medisinske avgjørelsene de tar. Gjennom Helsepersonelloven (1999) er helsepersonell pliktig til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven § 4). Dersom helsepersonell forsettlig eller grovt uaktsomt overtrer eller medvirker til overtredelse av bestemmelser i helsepersonelloven, kan de straffes med bøter eller fengsel (Helsepersonelloven § 67). Statens helsetilsyn kan også tilbakekalle helsepersonells autorisasjon ved grov mangel på faglig innsikt eller uforsvarlig virksomhet (Helsepersonelloven § 57). Det kan dermed tenkes at det for helsepersonell kan oppleves som feil og uforståelig dersom en endring fører til begrensninger i bruk av faglig skjønn. Jacobsen (2012) peker på at å begrense deler av den autonomien de profesjonelle har vil kunne bli betraktet som en revolusjonær endring, og kan dermed vekke sterke motstandskrefter hos de profesjonelle fagfolkene.

Tabell 2-3 oppsummerer de mest fremtredende trekkene ved helsevesenets kultur.

Tabell 2-3: Trekk ved helsevesenets kultur

| Trekk ved kulturen i helsevesenet |
|--|
| Profesjonelle subkulturer som vanskeliggjør tverrfaglig samarbeid |
| Tankegang som fokuserer på ressurseffektivitet fremfor flyteeffektivitet |
| Sterke profesjonsgrupper og uformelle maktforhold |

2.4 Oppsummering – det norske helsevesenet

I dette kapitlet har det norske helsevesenet blitt beskrevet. Helsevesenet er i denne oppgaven arenaen for samarbeid, og en presentasjon av helsevesenet danner dermed et viktig grunnlag for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Det norske helsevesenet er fordelt over to forvaltningsnivå, spesialist- og kommunehelsetjenesten, som henholdsvis er forankret i de statlige helseforetakene og kommunene. Spesialisthelsetjenesten er inndelt i regionale og lokale helseforetak, som igjen er inndelt i divisjoner, seksjoner, klinikker og avdelinger. De kommunale helse- og omsorgstjenestene omfatter et vidt spekter av tjenester, og oppgavene kan være fordelt over flere resultatenheter. Helsevesenets struktur kjennetegnes ved desentralisert beslutningsmyndighet, fragmenterte tjenester og løse koblinger, samt koordinering av oppgaver gjennom standardisering. Kulturen i helsevesenet karakteriseres av profesjonelle subkulturer, fokus på ressurseffektivitet fremfor flyteeffektivitet, i tillegg til sterke profesjoner og uformelle maktforhold.

Helsevesenets organisering gjør at mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse må samhandle med hverandre. I det neste kapitlet vil samhandlingen i helsevesenet bli beskrevet.

3 Samhandling i helsevesenet

I denne oppgaven er det et ønske å kartlegge utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. Med utgangspunkt i dette blir det ansett som hensiktsmessig å gi en introduksjon til hvordan samhandlingen i helsevesenet foregår og hvilke føringer som er lagt for samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Videre blir det ansett som hensiktsmessig å gi en beskrivelse av samarbeidsutfordringer i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Kapittel 3.1 gir en beskrivelse av samhandlingen i helsevesenet, herunder en beskrivelse av samhandlingsreformen og virkemidler for bedre samhandling. I kapittel 3.2 presenteres utfordringer i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten som er blitt identifisert i tidligere studier. I kapittel 3.3 blir det gitt en oppsummering av kapitlet.

3.1 Samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

Som vist i kapittel 2 er helse- og omsorgstjenestene i Norge fordelt over to forvaltningsnivå, henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten. I kapittel 2 ble det også vist at det innenfor helseforetakene og kommunene er en rekke organisatoriske inndelinger. Dette gjør at det i helsevesenet er mange med ulik organisatorisk forankring og faglig kompetanse som må samhandle med hverandre. Helse- og omsorgsdepartementet trekker frem at samhandling er nødvendig i alle fasene av et pasientforløp, fra utredning og behandling til oppfølging og rehabilitering, og at samhandlingen i helsevesenet er omfattende og består av en mengde aktiviteter hvor ulike aktører deltar. (NOU 2005:3)

Coleman og Berenson (2004) trekker frem at samhandling sikrer koordinasjon og kontinuitet i vekslingene mellom nivåene i helsevesenet, og at effektive overganger i omsorgen for pasienter er avhengig av samarbeid på tvers av tjenestenivå. Hellesø og Fagermoen (2010) argumenterer for at kontinuitet er den viktigste forutsetningen for kvalitet i tjenesten og at samhandling påvirker pasientenes tilfredshet. I undersøkelser gjort av flere forskere blir tilstrekkelig kommunikasjon og utveksling av informasjon i overgangen mellom nivåene i den samlede helsetjenesten trukket frem som viktig for en god samhandling (Paulsen, Romøren og Grimsmo, 2013, Hellesø og Fagermoen, 2010).

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at fellesnevneren for pasientene som har et særskilt behov for samhandling er at de har et behandlings- og omsorgsbehov ingen av tjenesteyterne kan løse alene. Ofte er det de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av et helhetlig helsetjenesteperspektiv som går ut over den enkelte avdeling eller institusjon. Pasienter som er syke over tid, som har sammensatte symptomer eller en kronisk

lidelse som forverres i perioder har vekselvis eller samtidig behov for tjenester fra begge nivåene. Dette fordrer at spesialist- og kommunehelsetjenesten samarbeider om å møte pasientens behov. (NOU 2005:3)

Samtidig peker Helse- og omsorgsdepartementet på at tilbakemeldinger fra pasienter og brukere er at samhandlingen ofte er dårlig og at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok (St. meld nr. 47 (2008-2009)). Som vist i kapittel 2 kan helsevesenet sies å kjennetegnes av fragmenterte tjenester, profesjonelle subkulturer og fokus på ressurseffektivitet, noe som fører til at de ulike enhetene i et pasientforløp ofte opererer som selvstendige «siloeer». Coleman og Berenson (2004) peker på at dette fører til at enhetene ikke har kunnskap om hvilke problemer som er blitt adressert, tjenester som er gitt, medisiner som er foreskrevet eller individuelle preferanser som er blitt ytret i de foregående stegene i pasientforløpet. Helse- og omsorgsdepartementet peker på at der få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenester som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester (NOU 2005:3).

Økt og bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten har vært et tema i flere år (Hellesø og Fagermoen, 2010). I Norge ble det med innføringen av samhandlingsreformen i 2012 lagt føringer for hvordan samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal foregå og hvordan den skal bli bedre. I det følgende vil reformen bli presentert.

3.1.1 Samhandlingsreformen og virkemidler for bedre samarbeid

Samhandlingsreformen er en reform av helse- og omsorgstjenestene, og ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet i Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* våren 2009. Samhandlingsreformen blir av Helse- og omsorgsdepartementet omtalt som en retningsreform, og legger føringer for hvordan samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten skal skje. Reformen består av et utviklingsprogram som skal gjennomføres over flere år hvor et langsiktig omstillingsperspektiv blir ansett som nødvendig for å lykkes med intensjonene i reformen. Første del av reformen trådte i kraft 1. januar 2012, og skal i sin helhet innføres i løpet av en fireårsperiode. (St. meld nr. 47 (2008-2009))

Samhandlingsreformen skal bidra til bedre samhandling i helse- og omsorgstjenestene slik at pasienter med behov for koordinerte tjenester får et bedre tilbud. Reformens bærende prinsipp er at pasienten skal få rett behandling på rett sted til rett tid, og at behandlingen skal skje på beste effektive helsetjenestnivå nær pasientens hjem. For å få til dette blir kommunene gjennom samhandlingsreformen gitt et større ansvar enn tidligere, og det forventes at kommunene bygger opp et tilbud som er mer mangfoldig og bedre rustet for å møte

helseutfordringer i sin befolkning. Oppgaver skal overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten skal bli ytterligere spesialisert. (St. meld nr. 47 (2008-2009))

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at realiseringen av reformen bygger på et bredt sett av virkemidler, og trekker frem at det vil være variasjoner i hvordan reformen gjennomføres lokalt (St. meld nr. 47 (2008-2009)). For å sikre bedre samarbeid mellom sykehus og kommune skal partene i følge Helse- og omsorgsdepartementet inngå lovpålagte samarbeidsavtaler som ivaretar samhandlingsbehovet mellom tjenestenivåene.²⁸ I tillegg peker samhandlingsreformen på at kommunene skal bli mer bevisste de kostnadene deres innbyggere genererer i spesialisthelsetjenesten. Finansielt ansvar for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelse skal virke som et intensivt for kommunene til å ta tilbake pasienter på et hensiktsmessig tidspunkt og etablering av alternative tilbud i kommunene, samt å belønne forebyggende arbeid. (St. meld nr. 47 (2008-2009))

Videre poengterer Helse- og omsorgsdepartementet at en sentral del i arbeidet med samhandlingsreformen har vært å finne frem til strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientenes behov. Det pekes i reformen på at bedre samhandling er avhengig av utviklingen av en faglig og organisatorisk kultur, der de ulike faglige aktørene og organisatoriske enhetene i større grad ser sine egne tjenester som en del av et samlet pasientforløp. Mer konkret betyr dette at det er behov for at det utvikles en felles forståelse for hva som er gode pasientforløp for ulike pasientgrupper og for den enkelte pasient, og at aktørene må samles om et felles mål for behandlingen. Et pasientforløp er i samhandlingsreformen beskrevet som «...den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene», og videre heter det at «gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.» (St. meld nr. 47 (2008-2009))

I reformen blir det satt fokus på at standardiserte pasientforløp kan sikre en helhetlig ivaretagelse av pasienten ved å sikre bedre samhandling og kvalitet på tjenestene. Et slikt tilbud skal ta utgangspunkt i den enkelte persons helhetlige behov, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt og tjenestene skal gis i en planlagt og uavbrutt kjede. Helse- og omsorgsdepartementet trekker frem at det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet, uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene. (St. meld nr. 47 (2008-2009))

²⁸ Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke.html?id=650125> [Hentet 26.05.2014]

Samhandlingsreformen legger føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og har som mål å gjøre samhandlingen bedre. Flere trekker imidlertid frem at det eksisterer utfordringer når spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samarbeide. Disse blir presentert i det påfølgende kapitlet.

3.2 Samhandlingsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

Som vist tidligere i de foregående delkapitlene har flere pasienter behov for koordinerte tjenester, og kvaliteten på de tjenestene som blir gitt vil være avhengig av et utstrakt samarbeid mellom nivåene i helsevesenet i overgangene og i de ulike fasene av et pasientforløp. Samhandlingsreformen har satt samhandlingen i helsevesenet i fokus og presenterer ulike virkemidler for å bedre samhandlingen mellom nivåene. Flere forfattere peker imidlertid på at samarbeid mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke er en enkel oppgave (Coleman, 2003, Coleman og Berenson, 2004). I dette kapitlet gis en presentasjon av noen av de samarbeidsutfordringene mange forfattere har pekt på som sentrale i samhandlingen i helsevesenet. Tabell 3-1 viser en oversikt over utfordringene som det vil bli sett på.

Tabell 3-1: Samhandlingsutfordringer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

| Samhandlingsutfordringer |
|--|
| Likeverdighet mellom samarbeidspartnerne |
| Organisatoriske forhold som svekker betingelsene for samhandling |
| Kulturelle hindringer for samarbeid |
| Ressursmessige begrensninger for samarbeid |

3.2.1 Likeverdighet mellom samarbeidspartnerne

Møller og Flermoen (2010) trekker i sin rapport frem at likeverdighet mellom partene er et viktig moment i et samarbeidsforhold. I en kartlegging av utvikling og iverksetting av formalisert samarbeid gjort av Kalseth og Paulsen (2008) pekes det imidlertid på manglende likeverdighet. Dette støttes av Paulsen, Romøren og Grimsmo (2013) som i sin studie trekker frem at det er et asymmetrisk forhold mellom aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Møller og Flermoen (2010) argumenterer for at dette kan representere et grunnleggende problem sett fra kommunens side når det gjelder kultur, spilleregler og stemning i samarbeidet, og at dette dreier seg om ulike typer av samhandlingssituasjoner.

Møller og Flermoen (2010) peker i sine undersøkelser på at mange viser til at sykehusene tar initiativ til utskrivning og at kommunene må legge til rette for et omsorgstilbud så raskt at det ikke oppstår unødvendige forsinkelser. I forbindelse med utskrivning av pasienter peker

forfatterne på at mange ansatte i kommunene mener at sykehuset formidler urealistiske forventinger til pasienten om hva kommunene kan tilby av tjenester etter sykehusoppholdet. Paulsen, Romøren og Grimsmo (2013) viser i sin studie at flere kommunesykepleiere føler at helsepersonell ved sykehuset prøver å overstyre dem. Dette fører i følge Møller og Flermoen (2010) til at helsepersonell som skal ta i mot pasienten i kommunene må bruke tid og krefter på å realitetsorientere pasienten og gjøre vedkommende trygg på det tilbudet som faktisk blir gitt, noe som kan være en krevende oppgave. Møller og Flermoen (2010) trekker i sine undersøkelser frem at aktører i kommunehelsetjenesten mener det må være kommunen som basert på informasjon og faglige råd fra spesialisthelsetjenesten, har ansvar for å forespeile og bygge opp et tilbud til pasienten, innenfor kommunens rammer. Videre viser Kalseth og Paulsen (2008) til at helseforetakene ofte gjennomfører strukturelle og organisatoriske endringer, som for eksempel nedlegging av avdelinger eller andre omlegginger som berører kommunene, uten at de berørte kommunene konsulteres.

Møller og Flermoen (2010) trekker frem at den sterkt spesialiserte medisinen som utøves på sykehusene kan sies å ha en høyere status enn allmennmedisinen, og at dette igjen påvirker kommunikasjon og samhandling mellom nivåene. Det blir argumentert for at det ut fra det medisinske statushierarkiet i helsevesenet er en sterk tradisjon for å tenke at overføring av kunnskap skal skje fra sykehus til kommunehelsetjenesten, med sykehusene som «vertsinstitusjon» (Møller og Flermoen, 2010).

3.2.2 Organisatoriske forhold som svekker betingelsene for samhandling

Flere forfattere peker på at organisatoriske og strukturelle forhold svekker betingelse for samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Kalseth og Paulsen (2008) peker på at kommunene og helseforetakene er organisert svært ulikt, og Paulsen og Grimsmo (2008) trekker frem at ulik organisering kan bidra til at kontakten mellom nivåene blir vanskeligere.

I sin rapport viser Paulsen og Grimsmo (2008) til at det i en sykehusavdeling ofte arbeides i team med skiftende sammensetting og varierende oppgavefordeling. Rapporten viser videre at flere ansatte i kommunene mener det er vanskelig å få tak i rett person på sykehuset, og at kommuneansatte må forholde seg til mange personer på sykehuset. Kalseth og Paulsen (2008) viser imidlertid i sin kartlegging at helseforetakene anser måten kommunene organiserer seg på som et hinder for effektive strukturer for samarbeid. I undersøkelsene blir det pekt på at kommunesektorens flate struktur gjør at det ikke lengre finnes et overordnet nivå med ansvar for helse i alle kommuner, og at dette innebærer en utfordring med tanke på pasientbehandling, men også kompetansearbeid, hvor sykehuset må forholde seg til enten rådmann eller flere resultatenheter. Som vist i kapittel 2.2.2 kan kommunene sies å være fragmenterte med få koblinger på tvers, og kommunene anses av Kalseth og Paulsen (2008)

som en utfordrende samarbeidspartner for helseforetakene, fordi sykehusene må forholde seg til mange resultatenheter samtidig.

Kalseth og Paulsen (2008) argumenterer for at en effektiv samarbeidsarena krever en organisatorisk struktur som på en effektiv måte omsetter de samarbeidsavtalene man inngår til praktiske løsninger. Møller og Flermoen (2010) peker på at samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner er utarbeidet og forankret på et høyt organisatorisk nivå, mens det praktiske samarbeidet skal utføres på tjenestenivå. Kalseth og Paulsen (2008) trekker frem at mange avtaler som ser gode ut på overordnet nivå ikke har fått gjennomslag på tjenestenivå, hverken i sykehus eller kommune. Forskerne knytter dette til organisatoriske barrierer som vanskeliggjør implementeringen av avtaleverket mellom nivåene. Videre knyttes dette til at nye samarbeidsformer ofte vil kunne kreve omlegging av innarbeidede rutiner og arbeidsformer, og at dette kan virke utfordrende på tjenestenivået. Kalseth og Paulsen (2008) peker på at dette kan gjøre at det blir vanskelig å få gjennomslag nedover i organisasjonen både på sykehus og i kommunene, selv om intensjonene med samarbeidsavtalen er gode.

Hellesø og Fagermoen (2010) argumenterer for at det er en utfordring for samhandling at lokale praksiser overgår formelle avtaler, og at dette skyldes at avtaler eller intervensjoner som blir forsøkt innført ofte ikke er lokalt tilpasset de forholdene som ulike aktører jobber under. I sin studie presenterer Hellesø og Fagermoen (2010) et eksempel hvor et system for strukturering og koordinering av utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune, initiert av sykehuset, ble forsøkt innført. Grunnet utilstrekkelig tilpasning til kommunesykepleiernes forhold endte forsøket med at systemet ikke ble tatt i bruk, og at kommunesykepleierne heller benyttet seg av uformelle lokale praksiser. Hellesø og Fagermoen (2010) ser dette i sammenheng med at det formelle systemet var for overfladisk til å sikre det kommunesykepleierne anså som relevant, og at lokale praksiser måtte tas i bruk for å kompensere for mangler i den formelle avtalen.

I tillegg trekker Kalseth og Paulsen (2008) frem at fastleger er en gruppe som kan være vanskelige å integrere i et organisert samarbeid, og at dette er uheldig for samhandling mellom nivåene. Forskerne ser på fastlegenes mulighet for deltakelse som en tilleggsproblemstilling, fordi de delvis er løsrevet fra både kommune og helseforetakene. Det blir pekt på at mange fastleger bidrar konstruktivt i mange prosesser, men at dette ofte skjer på dugnad. I undersøkelsene peker Kalseth og Paulsen (2008) på at organiseringen og finansierungsordningene gir fastlegen en uavhengig stilling i det kommunale systemet, og lite økonomiske insentiver for å delta i organiserte samarbeidsfora. Dette blir også pekt på av Helse- og omsorgsdepartementet som viser til at kommunale tjenester har gitt signaler om at fastleger er mindre synlige og aktive i tverrfaglig samarbeid (NOU 2005:3).

3.2.3 Kulturelle hindringer for samarbeid

Flere forskere peker på at kulturelle forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten virker som et hinder for samarbeid mellom aktørene i tjenesten. Paulsen, Romøren og Grimsmo (2013) trekker frem at aktører i ulike organisatoriske strukturer har ulike perspektiver, arbeider i ulike situasjoner og har forskjellige erfaringer. Dette kan ses i sammenheng med det som tidligere er sagt om ulike subkulturer i helsevesenet (jfr. kapittel 2.3.1). Hellesø og Fagermoen (2010) peker på at helsepersonell i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten er forpliktet til relativt forskjellige verdier og målsettinger. Aktørenes ulike perspektiver påvirker hvordan de vurderer pasienten og deres behov, og hva de anser som tilstrekkelige og nødvendige forberedelser og oppfølging av pasienten (Hellesø og Fagermoen, 2010). Paulsen, Romøren og Grimsmo (2013) argumenterer for at kulturelle forskjeller mellom nivåene kan være et hinder for effektiv kommunikasjon.

Paulsen, Romøren og Grimsmo (2013) trekker i sine undersøkelser frem at aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten følger forskjellige profesjonelle mål i henhold til deres ulike organisatoriske kulturer. Hellesø og Fagermoen (2010) fant i sine studier at aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten har en ulik tilnærming i vurderingen av pasienter og pleie og omsorg for pasientene. I undersøkelsene trekker forfatterne frem at representanter fra kommunene mente at aktører på sykehuset manglet et helhetlig perspektiv i møte med pasienten, og at sykehusansatte hadde en mer teknisk tilnærming. I undersøkelsene pekes det på at det for aktører på sykehusene er viktig å tilegne seg informasjon og kunnskap om pasientens medisinske diagnose og sykdom, og at det dermed er viktig med medisinske tester i tillegg til interaksjon med pasienten for å kunne gi en tilstrekkelig vurdering. Hellesø og Fagermoen (2010) fant i sin studie at spesialist- og kommunehelsetjenesten ble omtalt som «to forskjellige verdener» når det kom til perspektiver på pleie.

I sin studie argumenterer Hellesø og Fagermoen (2010) for at sykehuset representerer en medisinsk disiplin og dermed er bærer av et perspektiv som fokuserer på akutt sykdom og behandling av dette. Som konsekvens vil aktører på sykehuset bruke en diagnosebasert modell i møte med pasienten og i behandling av pasienten. I kommunene må derimot pleie og omsorg sikre et mer langsiktig perspektiv og helsepersonell i kommunen må ha en mer generell tilnærming til pleie og omsorg. Dette innebærer at helsepersonell i kommunen må ha en allsidig tilnærming for å møte pasientens behov i hjemmet, herunder et fokus på flere sykdommer samtidig og pasientens funksjonsnivå. (Hellesø og Fagermoen, 2010) Dette trekker også Helse- og omsorgsdepartementet frem som en utfordring for et effektivt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I samhandlingsreformen blir det trukket frem at store deler av spesialisthelsetjenesten er preget av at målet er medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten har et langt større fokus på pasientenes funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. Helse- og omsorgsdepartementet beskriver at for pasienten er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Ulik forståelse av

pleie og forskjellen i målforståelse kan bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges i de ulike helsetjenestene. (St. meld nr. 47 (2008-2009)).

I følge Hellesø og Fagermoen (2010) vil ulike perspektiver på pleie og ulik målforståelse kunne skape problemer for kommunikasjon og samhandling mellom nivåene. I sine undersøkelser peker forskerne på at i en utveksling av informasjon blir erfaringer ervervet innenfor en kontekst satt opp mot erfaringer utviklet i en annen kontekst. Dette impliserer at informasjon som blir utviklet i én kontekst og utvekslet til en annen, krever koding og dekoding (Hellesø og Fagermoen, 2010). Hellesø og Fagermoen (2010) argumenterer for at aktører fra spesialisthelsetjenesten gir informasjon de anser som nødvendig ut fra deres diagnosebaserte og tekniske tilnærming, mens aktører fra kommunehelsetjenesten leser den samme informasjonen ut fra deres kontekstuelle erfaring med et langsiktig perspektiv på pleie og pasientens behov. Kalseth og Paulsen (2008) trekker frem at det må påregnes tid for å bygge opp en samhandlingskultur, og ikke minst for å avdekke forventningene de ulike aktørene i helsetjenesten har til hverandre.

3.2.4 Ressursmessige begrensninger for samarbeid

Kalseth og Paulsen (2008) viser til at dagens nivådelte organisering av helsetjenestene i helseforetak og kommuner gjør at aktørene er opptatt av egen økonomi, og at organiseringen i liten grad stimulerer til samarbeid om fellesløsninger- og tiltak. Dette understøttes av det som er presentert i kapittel 2, hvor helsevesenet er beskrevet som fragmentert med fokus på ressurseffektivitet i egne enheter. Videre blir det pekt på at kommunenes økonomiske situasjon er et særskilt problem for samhandling. Det vises til at kommunene ofte mangler ressurser i form av penger, kapasitet og kompetanse, og at handlingsrommet for samhandlingstiltak derfor blir lite. (Kalseth og Paulsen, 2008) Samtidig peker Coleman og Berenson (2004) på at helsepersonell som skal samarbeide ofte ikke har praktisert i den konteksten som de sender pasientene til, og at de dermed er ukjent med kapasiteten i denne konteksten.

I et innlegg i Dagens Medisin januar 2014 beskriver en fastlege det vedkommende omtaler som «prosjektkåtskap». I innlegget går fastlegen hardt ut mot alle prosjektene som fastlegene blir invitert til å være en del av. Det blir i innlegget pekt på at spesialisthelsetjenesten tar initiativ til flere prosjekter, og at når alle sitter på «hver sin tue» og regner fastlegen som medspiller, stiller dette fastlegen i en vanskelig posisjon. Vedkommende mener at summen av mange gode prosjekter kan bli dårlig både for fastlegene, prosjektet og pasientene. Videre argumenteres det for at fastleger ikke er i mot nye prosjekter som går på bedring av kvalitet, men at det for fastleger blir snakk om så mange prosjekter og rutiner og nye prosedyrer at de mister oversikten, motivasjonen og gleden. Det argumenteres for at det ikke handler om at

fastleger mistrives med å samarbeide eller at de må ha penger for alt, men at alle prosjektinnehaverne spiser mange minutter av fastlegens tid hver dag, og at fastlegene mangler eierskap til prosjektene.²⁹

3.3 Oppsummering – samhandling i helsevesenet

Denne oppgavens problemstilling omhandler utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. I dette kapitlet er det derfor blitt gitt en beskrivelse av samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Samhandling sikrer koordinasjon og kontinuitet i vekslingene mellom nivåene, og er en forutsetning for kvalitet i den samlede helsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet trekker frem at samhandlingen i det norske helsevesenet ikke er tilstrekkelig for å møte pasientens behov for koordinerte tjenester. Gjennom samhandlingsreformen retter regjeringen oppmerksomheten mot bedre samhandling i pasientforløpene. Men samhandling mellom nivåene er ikke enkelt. Likeverdighet mellom samarbeidspartene, organisatoriske og kulturelle forhold, samt ressursmessige begrensninger svekker betingelsene for samhandling.

I samhandlingsreformen blir det pekt på at en viktig årsak til dagens problemer med samhandling er at det i liten grad er strukturer og systemer som er rettet inn mot helheten i pasientenes behov. Lean og standardiserte pasientforløp kan ses på som virkemidler for å øke flyteeffektiviteten og samhandlingen i helsevesenet. I det følgende kapitlet blir lean i helsevesenet og standardiserte pasientforløp presentert.

²⁹ Dagens Medisin. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/legeliv/legeliv-prosjektkatskap/> [Hentet 04.03.2014]

4 Lean i helsevesenet

Denne oppgaven omhandler etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. I dette kapitlet vil lean i helsevesenet og standardiserte pasientforløp bli presentert, da dette danner et hensiktsmessig grunnlag for å besvare oppgavens problemstilling. Standardiserte pasientforløp har sine røtter fra blant annet lean (Schrijvers, van Hoorn og Huiskes, 2012), og kan anses som et mulig virkemiddel for å operasjonalisere lean i helsevesenet (Joosten, Bongers og Janssen, 2009). Det vil derfor bli gitt en gjennomgang av lean, før standardiserte pasientforløp blir forklart mer i detalj.

I kapittel 4.1 gis en kort gjennomgang av utviklingen av lean helse. I kapittel 4.2 vil ulike definisjoner av lean bli presentert for å øke forståelsen av at lean ikke er et enkelt og entydig konsept. Her vil også definisjonen av lean som en driftsstrategi for økt flyteffektivitet presenteres. I kapittel 4.3 blir standardiserte pasientforløp presentert, og i kapittel 4.4 gjennomgås forskning på standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. I kapittel 4.5 presenteres kritikk av lean og standardiserte pasientforløp, før kapitlet blir oppsummert i kapittel 4.6.

4.1 Utviklingen av lean helse

Lean har sine røtter fra selskapet Toyota Motor Corporation i Japan og deres produksjonssystem Toyota Production System (TPS) (Holweg, 2007). Selv om TPS oppstod rundt 1960, ble tilnærmingen først popularisert gjennom boken *The Machine That Changed the World* av Womack, Jones og Roos fra 1990 (Hines, Holweg og Rich, 2004). I boken ble termen «lean produksjon» introdusert (Hines, Holweg og Rich, 2004), og forfatterne hevdet at lean er en kontinuerlig søken etter perfektjon, og et system som bygger på samarbeid, kommunikasjon, effektiv bruk av ressurser, eliminering av sløsing og kontinuerlig forbedring (Modig og Åhlström, 2012).

Womack, Jones og Roos (1990) hevdet at de fundamentale ideene bak lean er universelle, og at de kan anvendes overalt av alle. Likevel var det først med introduksjonen av fem lean-prinsipp i boken *Lean Thinking* av Womack og Jones fra 1996 at det ble en gradvis utvidelse av konseptet (Hines, Holweg og Rich, 2004). Disse prinsippene viser lean fra et overordnet perspektiv, der prinsippene er ment å være veiledende og omfatte hele organisasjonen (Shah og Ward, 2007). Prinsippene er gjengitt i tabell 4-1.

Tabell 4-1: Fem lean-prinsipper (Womack og Jones, 2003)

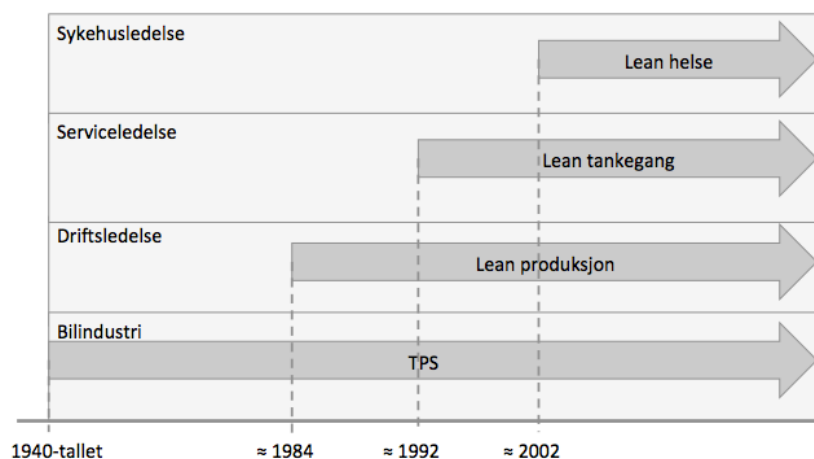
| Prinsipp | Innhold |
|----------------------|---|
| 1. Verdi | Spesifisere verdi sett fra kundens perspektiv |
| 2. Verdistrøm | Kartlegg verdistrømmen og eliminer steg som ikke er verdiskapende |
| 3. Kontinuerlig flyt | Etablere en kontinuerlig flyt uten forstyrrelser og avbrudd |
| 4. Pullproduksjon | Få verdiene til å flyte gjennom systemet i takt med etterspørsel |
| 5. Perfeksjon | Søk perfeksjon gjennom kontinuerlig forbedring |

Womack og Jones (2003) mente at ved hjelp av disse fem prinsippene kan et selskap «leanifisere» driften og forbedre flyten i prosessene. Mye takket være disse fem lean-prinsippene har det skjedd en gradvis utvidelse av konseptet hvor også andre sektorer har adoptert lean (Hines, Holweg og Rich, 2004).

I følge de Souza (2009) er det usikkert når lean for første gang ble benyttet i helsevesenet, men forfatteren fant i sin litteraturstudie at de første spekulasjonene rundt bruken av lean i helsevesenet var i engelske National Health Service (NHS) i 2001. Likevel er ikke «effektivitets-agendaen» i helsevesenet ny. Radnor, Holweg og Waring (2012) trekker frem at det siden 1970- og 80-tallet er gjort varierende forsøk i hele verden på å redusere utgifter og forbedre serviceytelsen i helsevesenet. Introduksjonen av lean helse kan bli sett på som enda et forsøk på å reorganisere og rasjonalisere helsetjenester gjennom oversettelsen av ledelseskonsepter fra privat til offentlig sektor (Radnor, Holweg og Waring, 2012).

Som figur 4-1 nedenfor illustrerer, har lean i helsevesenet en langt kortere historie enn lean i industri- og tjenesteytende sektor (Laursen, Gertsen og Johansen, 2003, de Souza, 2009). I tillegg har en rekke artikkelforfattere, blant annet Radnor, Holweg og Waring (2012), Poksinska (2010) og de Souza (2009), påpekt at lean er på et tidligere stadium i utviklingen i helsevesenet sammenlignet med produksjonssektoren.

Figur 4-1: Utviklingen av lean i helsevesenet fra et historisk perspektiv (Laursen, Gertsen og Johansen, 2003, de Souza, 2009)



Selv om lean kan sies å være et relativt nytt konsept i helsevesenet, konkluderer Kim et al. (2006) og Kollberg, Dahlgard og Brehmer (2006) med at lean i helsevesenet er en god tilnærming for å levere pasientbehandling av høy kvalitet på en effektiv måte. Radnor et al. (2006) ser lean som en passende metode for å forbedre ytelsen og gjøre kontinuerlig forbedring til en del av helsevesenets kultur. Dette synet støttes av de Souza (2009) som konkluderer med at det eksisterer en konsensus rundt potensialet til lean i helsevesenet.

Gjennom utvikling av lean og lean helse har en rekke forfattere prøvd å definere konseptet. I neste kapittel vil definisjoner av lean blir presentert.

4.2 Definisjoner av lean

I følge Pettersen (2009) eksisterer det ingen konsensus rundt hvordan lean skal defineres. Ulike forfattere har ulike forståelser av lean, og ulike syn på hva som blir forbundet med lean. For eksempel definerer Womack og Jones (2003) lean gjennom deres fem prinsipper (gjengitt i tabell 4-1 over), og Radnor, Holweg og Waring (2012) beskriver kjernefilosofien i lean som kontinuerlig forbedring av prosesser ved å fjerne ikke-verdiskapende steg (sløsing). Selv om det hersker uenighet rundt definisjonen av lean, trekker Pettersen (2009) frem at det er relativt stor enighet rundt karakteristikken som definerer konseptet. Disse karakteristikkenne innbefatter blant annet kontinuerlig forbedring, reduksjon av omstillingstid, eliminering av sløsing, standardisering og just-in-time-produksjon³⁰ (Pettersen, 2009).

Selv om lean kanskje best lar seg forklare ved hjelp av karakteristikk, mener Liker (1997) at lean er mye mer enn teknikker – det er en måte å tenke på. Hines, Holweg og Rich (2004) argumenterer for at lean har gjennomgått en utvikling, fra å være preskriptiv bruk av verktøy, til å være et verdisystem med lean på strategisk nivå i sentrum. I følge Liker (2004) er lean basert på at en organisasjon deler en kultur, heller enn et sett av effektivitets- og forbedringsteknikker. Den riktige kombinasjonen av en langsiktig filosofi, prosesser, mennesker og problemløsning er nødvendig for å skape en lean organisasjon (Liker, 2004, Bhasin og Burcher, 2006). Disse utsagnene eksemplifiserer at lean kan forstås ut over operasjonelle termer alene, og at lean også eksisterer på et mer konseptuelt nivå.

I denne oppgaven vil lean som en driftsstrategi for økt flyteeffektivitet presenteres. Denne beskrivelsen av lean danner en hensiktsmessig bakgrunn for å forstå hva standardiserte pasientforløp handler om, og hvorfor standardiserte pasientforløp kan bli sett på som en måte å operasjonalisere lean i helsevesenet på.

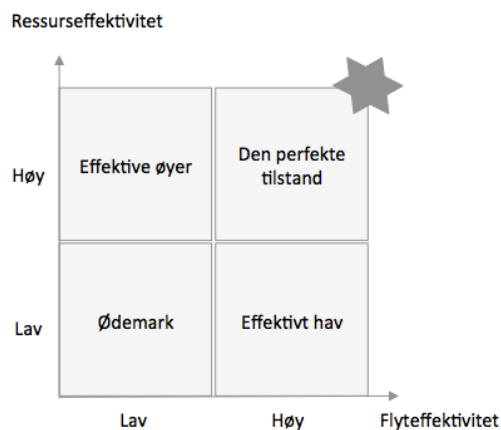
³⁰ Just-in-time er et prinsipp for organisering av produksjon i bedrifter og skal sikre at alle deler som trengs kommer på plass til rett tid og rett sted på hvert trinn i produksjonsprosessen. Just-in-time handler om å redusere buffere mellom aktiviteter i en prosess. (de Souza, 2009)

4.2.1 Lean – en driftsstrategi for økt flyteeffektivitet

Modig og Åhlström (2012) utvikler i boken *Dette er lean – løsningen på effektivitetsparadokset* en definisjon av lean på et strategisk nivå der lean beskrives som en driftsstrategi. I det følgende kapitlet vil det bli gitt en nærmere beskrivelse av hva dette innebærer, og hvordan en lean-basert driftsstrategi kan iverksettes.

En definisjon av lean som en driftsstrategi innebærer å se på lean som et konsept som handler om hvordan en organisasjon produserer verdi (Modig og Åhlström, 2012). En driftsstrategi kan brytes ned i flere driftsmål, og ressurseffektivitet og flyteeffektivitet blir av Modig og Åhlström (2012) ansett som to driftsmål definert på et høyt abstraksjonsnivå. Som diskutert i kapittel 2.3.2 innebærer ressurseffektivitet et fokus på ressursene en organisasjon trenger for å produsere en vare eller levere en tjeneste, mens flyteeffektivitet innebærer et fokus på enheten som blir behandlet innen organisasjonen og som flyter gjennom organisasjonen. Hvordan organisasjoner velger å prioritere disse to driftsmålene fører i følge Modig og Åhlström (2012) til at organisasjoner kan befinne seg i ulike driftstilstander. For å illustrere dette presenterer forfatterne effektivitetsmatrisen. Effektivitetsmatrisen er gjengitt i figur 4-2.

Figur 4-2: Effektivitetsmatrisen (Modig og Åhlström, 2012)



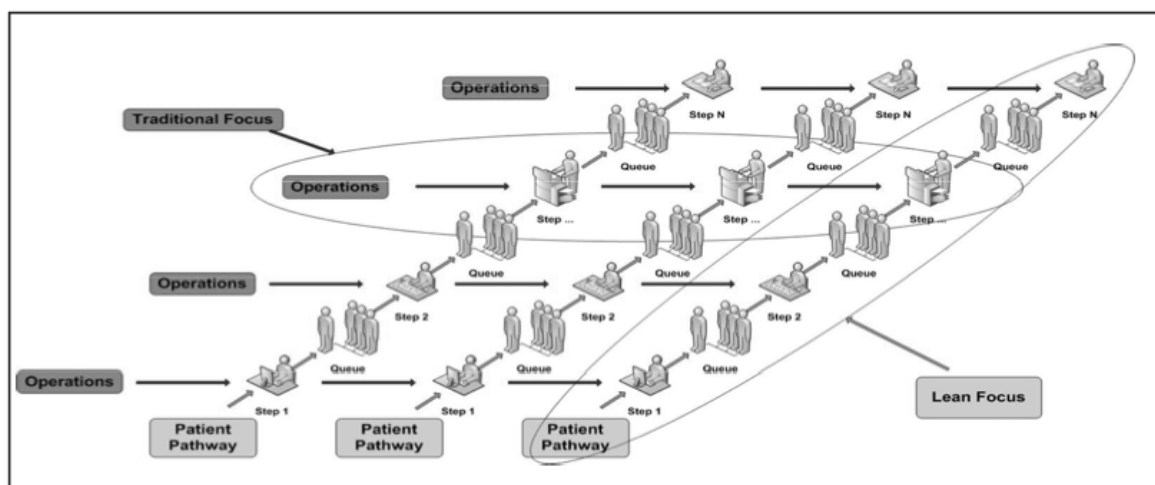
Figur 4-2 viser hvordan en organisasjon kan klassifiseres basert på lav eller høy ressurseffektivitet, og lav eller høy flyteeffektivitet. *Effektive øyer* er en tilstand der ressurseffektiviteten er høy og flyteeffektiviteten lav, og organisasjonen består i følge Modig og Åhlström (2012) av suboptimale deler som opererer hver for seg. I motsatt tilfelle, hvor fokuset på flyteeffektivitet er høyt, og fokuset på ressurseffektivitet er lavt, eksisterer en driftstilstanden som Modig og Åhlström (2012) kaller for et *effektivt hav*. I en slik tilstand settes fokuset på kundene og på å møte behovene deres så effektivt som mulig. For å maksimere flyteeffektiviteten må det finnes ledig kapasitet i organisasjonens ressurser, og flyten er effektiv på bekostning av effektiv ressursbruk. I tilfeller hvor organisasjonen hverken bruker ressursene sine effektivt eller skaper flyteeffektivitet kaller Modig og Åhlström (2012) driftstilstanden for *ødemark*. I en slik tilstand er det både dårlig ressursutnyttelse og

dårlig flyt, og er ikke ønskelig, da denne tilstanden fører til sløsing med ressurser og skaper mindre merverdi for kunden. Den ønskelige situasjonen er derimot det Modig og Åhlström (2012) kaller for *den perfekte tilstanden*. I en slik tilstand oppnår organisasjonen både høyere flyteffektivitet og høyere ressurseffektivitet. Den perfekte tilstanden er teoretisk perfekt, men Modig og Åhlström (2012) mener det er mulig å nærme seg denne tilstanden, representert ved en stjerne i figur 4-2, ved å bli bedre til å eliminere, redusere og håndtere variasjon.

En lean-basert driftsstrategi innebærer i følge Modig og Åhlström (2012) fokus på flyteffektivitet foran ressurseffektivitet, og ikke omvendt. Dette blir forklart med at hvis en bedrift først fokuserer på ressurseffektivitet, har den en tendens til å skape effektive, men suboptimale øyer, som forklart i kapittel 2.2.2. En slik suboptimalisering kan ha negative ringvirkninger på tilknyttede enheter. Helsevesenet er et komplekst system med mange løst koblede enheter (jfr. kapittel 2.2.2), og selv om en forbedringsaktivitet kan forbedre situasjonen i en avdeling, kan den forårsake problemer i en annen enhet (Poksinska, 2010). For å øke flyteffektiviteten er det sentralt å skifte fokuset fra forbedringen av individuelle oppgaver til forbedring av hele prosessen (de Souza og Pidd, 2011).

Vanhaecht et al. (2009) mener at man i helsevesenet må organisere tjenestene rundt pasienters behandlingsbehov heller enn spesialiteter og spesielle prosedyrer. Ved å organisere behandlingen rundt konkrete pasientgrupper oppleves møtet med helsevesenet mer enhetlig og tilpasset til pasientens behov (Porter og Teisberg, 2007). I praksis vil dette si at helsevesenet er organisert rundt pasientforløp for veldefinerte pasientgrupper, der organisasjonen er tilpasset pasientens flyt heller enn fagspesialiteter. Differansen mellom tradisjonell tankegang i helsevesenet, med et ressursfokus (jfr. kapittel 2.3.2), og lean tankegang i helsevesenet med fokus på prosesser og flyt, er illustrert i figur 4-3.

Figur 4-3: Ressursfokus vs. fokus på pasientforløp (de Souza og Pidd, 2011)



Som figur 4-3 viser, handler lean i helsevesenet om å orientere organisasjonen mot pasientens flyt heller enn de enkeltstående aktivitetene (de Souza og Pidd, 2011). Modig og Åhlström (2012) peker på at det finnes flere ulike måter å iverksette en lean-basert driftsstrategi på. Det viktige når en lean-basert driftsstrategi skal iverksettes er å se på hvilke virkemidler som vil skape mer flyteffektivitet, uten at det går ut over kvaliteten, samtidig som de helst øker ressurseffektiviteten. Modig og Åhlström (2012) peker på at alt som hjelper en organisasjon med å eliminere, redusere og håndtere variasjon er gode virkemidler for å iverksette en lean-basert driftsstrategi.

I helsevesenet kan standardiserte pasientforløp på mange måter ses på som et virkemiddel for å øke flyteffektiviteten og eliminere, redusere og håndtere variasjon. På denne måten kan standardiserte pasientforløp ses på som en mulig operasjonalisering av lean i helsevesenet. I det følgende kapitlet vil det bli gitt en presentasjon av standardiserte pasientforløp.

4.3 Standardiserte pasientforløp

I dag er standardiserte pasientforløp internasjonalt akseptert i nesten alle settinger og modeller for helseledelse (Hindle & Yazbeck 2005, Sermeus et al. 2005, Vanhaecht et al. 2005, gjengitt i de Bleser et al., 2006), og er i bruk verden over.³¹ Termen «clinical pathway» ble først brukt i 1985 av Zander et al. (1987, gjengitt av de Bleser et al., 2006) ved New England Medical Center, men i dag brukes en rekke ulike termer for å beskrive konseptet, blant annet critical pathway, clinical pathway, integrated care pathway, care pathway og care map (de Bleser et al., 2006). I denne oppgaven brukes begrepet standardiserte pasientforløp, eller kun pasientforløp og forløp, og dette vil brukes som et synonym for de overnevnte begrepene.

Helse- og omsorgsdepartementet i Norge legger gjennom samhandlingsreformen føringer for arbeid med og utvikling av standardiserte pasientforløp. Som nevnt i kapittel 3.1.1 blir det i Stortingsmelding nr. 47 pekt på at gode helhetlige pasientforløp bør bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenestene. I Norge i dag blir mange varianter av standardiserte pasientforløp brukt i de ulike helseforetakene. På norsk benyttes ofte termene standardisert pasientforløp, pasientforløp, behandlingslinje, behandlingsforløp, og termene brukes gjerne om hverandre.³²

Til tross for den utstrakte bruken av standardiserte pasientforløp både nasjonalt og internasjonalt, er terminologien rundt standardiserte pasientforløp og måten forløp er definert

³¹ European Pathway Association (EPA). Tilgjengelig fra: <http://www.e-p-a.org/clinical---care-pathways/index.html> [Hentet: 05.05.2014]

³² Helse Vest. Tilgjengelig fra: http://www.helse-vest.no/fagfolk/kvalitet/Documents/02Pasientfokus/Handbok_i_standardiserte_pasientforlop.pdf [Hentet 14.03.2014]

og utviklet på uklar.³³ I det følgende kapitlet vil enkelte definisjoner av standardisert pasientforløp bli presentert, og en definisjon vil bli forklart mer inngående.

4.3.1 Definisjoner av standardiserte pasientforløp

I dette kapitlet vil enkelte sentrale definisjoner trekkes frem og forklares. Avslutningsvis vil definisjonen som er foreslått av European Pathway Association (EPA) bli presentert, og sentrale karakteristikk ved standardiserte pasientforløp i følge denne definisjonen beskrives mer i detalj.

På samme måte som mange termer blir benyttet for standardiserte pasientforløp, finnes det også en rekke ulike definisjoner av konseptet. De Bleser et al. (2006) fant i sin litteraturgjennomgang totalt 84 ulike definisjoner av pasientforløp. Campbell et al. (1998) definerer standardiserte pasientforløp som tverrfaglige behandlingsplaner som beskriver de sentrale stegene i behandlingen av pasienter med spesifikke, kliniske problem. Videre legger Campbell et al. (1998) vekt på at pasientforløpet er blitt foreslått som en måte å oversette nasjonale retningslinjer til lokale protokoller, for deretter å bli en del av klinisk praksis. De er også virkemidler for å forbedre systematisk datainnsamling og abstraksjon av klinisk data for kontroll og for å fremme en endring av praksis (Campbell et al., 1998). Selv om også senere definisjoner har en rekke fellestrekk med definisjonen foreslått av Campbell et al. (1998), er beskrivelsen av et standardisert pasientforløp som en «behandlingsplan» blitt kritisert.

Vanhaecht et al. (2010) trekker frem viktigheten av å forstå pasientforløp som noe mer enn «kun et dokument i pasientjournalen». Zander og Bower (2000, gjengitt i Vanhaecht, de Witte og Sermeus, 2007a) mener hovedhensikten med pasientforløp er å redesigne og følge opp behandlingsprosesser. Vanhaecht et al. (2010) mener pasientforløp må forstås som et konsept, en modell, en prosess og et produkt på én og samme tid. Pasientforløp er et *konsept* for å operasjonalisere pasientsentrert behandling – behandling som er organisert rundt ulike pasientgrupper heller enn rundt profesjoner og avdelinger. Pasientsentrert behandling handler om å orientere organisasjonen rundt pasientens behov og diagnose og å involvere pasienter som partnere i utviklingen (Vanhaecht et al., 2009, Vanhaecht et al., 2010). Pasientforløp kan dermed sies å handle om å orientere organisasjonen mot flyteffektivitet og prosesser heller enn ressurseffektivitet og enheter.

Videre må i følge Vanhaecht et al. (2010) pasientforløp forstås som en *metode* for å standardisere og følge opp pasientsentrert behandling. Pasientforløpet kan organiseres på ulike måter avhengig av graden av forutsigbarhet i prosessen og graden av enighet blant de involverte aktørene. Antall involverte aktører i hvert pasientforløp, og antallet pasientforløp

³³ European Pathway Association (EPA). Tilgjengelig fra: <http://www.e-p-a.org/clinical---care-pathways/index.html> [Hentet: 05.05.2014]

innenfor hver organisasjon, vil avhenge av organisasjonen og hvordan den er. Pasientforløp må også forstås som en *prosess* for utvikling, innføring og kontinuerlig forbedring av den pasientsentrerte behandlingen. Pasientforløpet kan anses som en kontinuerlig forbedringsprosess, der forløpet utvikles og kontinuerlig forbedres. (Vanhaecht et al., 2010) Dette er også i tråd med lean tankegang, der søken etter perfektjon gjennom kontinuerlig forbedring er et viktig prinsipp (jfr. tabell 4-1).

Et pasientforløp er også noe fysisk – et *produkt* (Vanhaecht et al., 2010). Pasientforløpet skal være et visuelt verktøy, inneholde anbefalinger og anvisninger, prosess- og tidsrammer for utførelsen og ledelsen av diagnostikk, behandling og oppfølging (Rotter et al., 2010). Pasientforløpet som fysisk produkt kan også brukes for å informere og involvere pasienter i behandlingsprosessen, og måle pasientenes progresjon i forløpet (Vanhaecht et al., 2010). Senere definisjoner inkluderer gjerne synet på pasientforløp som noe mer enn kun et verktøy eller et dokument i pasientens journal.

De Bleser et al. (2006) foreslo at organisasjoner som European Pathway Association (EPA) skulle ta føringen i diskusjonen rundt formuleringen av en presis definisjon av standardiserte pasientforløp. Deres forslag til definisjon er hentet fra Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) og er som følger:

*Et standardisert pasientforløp er en **kompleks intervensjon** for felles beslutningstaking og organisering av prosesser i helsevesenet for en **veldefinert pasientgruppe** i en **veldefinert tidsperiode**.*

Karakteristikker som definerer et pasientforløp er blant annet:

- I. Mål og tiltak skal formuleres eksplisitt og være forankret i **faglig evidens** og **god klinisk praksis**, samt pasientens forventninger og behov.*
- II. Forløpet skal fremme **samhandling** og **kommunikasjon** mellom helsepersonell og med pasient og pårørende.*
- III. **Behandlingsprosessen** skal være **koordinert** ved at rollene og aktivitetene til det **tverrfaglige** behandlingsteamet, pasientene og deres pårørende er **koordinerte** og i **sekvens**.*
- IV. Forløpet skal være **målbart** og utfall og avvik skal dokumenteres, overvåkes og evalueres.*
- V. De **rette ressursene** skal være identifisert.*

*Målet med et standardisert pasientforløp er å **øke kvaliteten på behandling** ved å øke pasienttilfredshet og pasientsikkerhet, samt å optimalisere ressursbruken.*

Videre i denne oppgaven vil denne definisjonen bli lagt til grunn. Denne definisjonen er valgt fordi de sentrale trekkene i denne definisjonen går igjen i flere beskrivelser av pasientforløp. I

det følgende vil standardiserte pasientforløp bli forklart nærmere ved at sentrale begrep i definisjonen av pasientforløp fra Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) blir gjennomgått.

4.3.1.1 Kompleks intervensjon

I definisjonen av Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) betegnes et standardisert pasientforløp som en kompleks intervensjon. Som gjengitt over trekker Vanhaecht et al. (2010) frem at standardiserte pasientforløp kan ses på som noe mer enn dokumenter eller verktøy – et pasientforløp kan anses som et konsept, en modell, en prosess og et produkt på én og samme tid. Når pasientforløp skal etableres er det mange ulike ingredienser som kan antas å være viktige for at intervensjonen skal fungere rett. At det er en kompleks intervensjon vil si at det er vanskelig å spesifisere hvilke av disse «ingrediensene» som gir konkrete utslag ved intervensjonen. (Vanhaecht et al., 2010) Helsevesenet i seg selv er komplekst med mange løst koblede enheter (jfr. kapittel 2.2.2), og kompleksitet fører til at en rekke elementer, kjente og kanskje ukjente, virker sammen, og konsekvensene av en intervensjon er uforutsigbare (Sargut og McGrath, 2011). Dette gjør at det er mange aspekter å ta hensyn til ved en etablering av et standardisert pasientforløp, og utfallet av intervensjonen kan være vanskelig å forutse (Vanhaecht et al., 2012).

4.3.1.2 Veldefinert pasientgruppe, veldefinert tidsperiode og målbarhet

Et pasientforløp skal være laget for en veldefinert pasientgruppe, over en veldefinert tidsperiode. For å kunne benytte et standardisert pasientforløp er det viktig å ha klare kriterier for hvem som skal inn i forløpet. (Vanhaecht, de Witte og Sermeus, 2007b) Disse kriteriene kan være alt fra symptomer til spesifikke diagnoser eller andre kjennetegn ved pasientgruppen.³⁴ Veldefinerte tidsrammer for ulike forløp og behandlingsaktiviteter er også viktig for å kunne måle og følge opp et forløp. Schrijvers, van Hoorn og Huiskes (2012) poengterer at når fokuset ligger på flyt og prosesser, er det viktig å måle total gjennomløpstid og tiden hver pasient er under behandling for å kunne optimalisere flyteffektiviteten i organisasjonen.

Et pasientforløp skal også i følge definisjonen av Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) være *målbart*, og utfall og avvik i forløpet skal overvåkes, dokumenteres og evalueres. Vanhaecht et al. (2010) mener en av de største fallgruvene under utviklingen av et pasientforløp er mangel på klare mål. Uten måling er det umulig å bestemme hvordan systemet skal forbedres, og umulig å vite om endringer har ført til en forbedring (de Souza og Pidd, 2011). Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) trekker frem at målene for forløpet må følges opp og effekter av forløpet må gjøres tilgjengelig for ledelsen og aktører som er

³⁴ Helse Vest. Tilgjengelig fra: http://www.helse-vest.no/fagfolk/kvalitet/Documents/02Pasientfokus/Handbok_i_standardiserte_pasientforlop.pdf [Hentet 14.03.2014]

involvert i forløpet. Dette er i følge forfatterne den eneste måten å holde pasientforløpet levende og oppdatert på.

4.3.1.3 Faglig evidens og god klinisk praksis

Videre skal pasientforløp være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis. Evidence-based medicine (EBM), evidensbasert medisin, handler om å inkludere nyeste forskning i klinisk beslutningstaking (Sackett et al., 1996). Evidence-based practice (EBP) kan forstås som klinisk praksis som støtter seg på nyeste forskning og bevis, klinisk ekspertise og pasientens behov og valg (McKibbin, 1998). En økende mengde publikasjoner av nye bevis, samtidig som praksis skal drives på daglig basis, kan gjøre det vanskelig for helsepersonell å holde seg oppdatert. For å sikre at EBP, og derigjennom EBM, blir en del av den daglige praksisen kan pasientforløp være en metode. (Rotter et al., 2010) Campbell et al. (1998) anser pasientforløp som en måte å oversette nasjonale retningslinjer til lokale protokoller, for deretter å bli en del av klinisk praksis. Dette er illustrert i figur 4-4.

Figur 4-4: Fra evidence-based medicine til evidence-based practice³⁵



Sentralt for kvaliteten og hensiktsmessigheten for et standardisert pasientforløp er at innholdet i forløpet er basert på nyeste tilgjengelige bevis (Vanhaecht et al., 2009, Vanhaecht et al., 2010). Vanhaecht et al. (2009) trekker frem at et pasientforløp må bli holdt «levende», og må kontinuerlig forbedres for å sikre at forløpet gjenspeiler nyeste faglige evidens, noe som er avgjørende for kvaliteten av pasientbehandlingen.

4.3.1.4 Tverrfaglighet, samhandling og kommunikasjon

Videre sier definisjonen av Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) at et pasientforløp er basert på tverrfaglighet og fremmer samhandling og kommunikasjon. Som vist i kapittel 2 og 3 har samarbeidet på tvers av funksjons- og profesjongrensener tradisjonelt sett vært begrenset i helsevesenet, og pasienter opplever gjerne behandlingen som stykkevis og delt. Som nevnt i kapittel 2.3.2 er det i helsevesenet gjerne fokus på ressurseffektivitet heller enn flyteffektivitet; for å oppnå flyteffektivitet er det essensielt å oppnå tverrfaglig samarbeid på tvers av funksjons- og profesjongrensener. De Souza og Pidd (2011) ser på multifunksjonelle team bestående av for eksempel leger, sykepleiere, fysioterapeuter og andre, som en måte å

³⁵ Basert på presentasjonsnotater «Hvorfor standardiserte pasientforløp» av Stein Kaasa, september 2013. Tilgjengelig fra: http://www.stolav.no/StOlav/Avdelinger/Ortopedi/Fast-track%20seminar%202013/Presentasjoner%202013%20Fast-track/Hvorfor%20standardiserte%20pasientforl%C3%B8p_Kaasa.pdf [Hentet 14.05.2014]

bryte ned den funksjons- og profesjonsbaserte strukturen i helsevesenet på. Standardiserte pasientforløp orienterer behandlingen mot pasientens behov heller enn profesjoner og avdelinger, og for å få til dette må det samhandles på tvers av profesjoner og funksjoner. At de rette profesjonene og aktørene er involvert i arbeidet med pasientforløp er avgjørende for hvorvidt etableringen av et forløp blir vellykket. (Evans-Lacko et al., 2010)

At utviklingen av et pasientforløp skjer av et tverrfaglig team er blitt lagt vekt på av flere artikkelforfattere. Selv om kliniske retningslinjer gjerne utvikles «top-down» er pasientforløp som regel utviklet «bottom-up» slik at forløpet passer organisasjonen det skal inn i. Prosessen med å utvikle et forløp fordrer at aktører fra alle avdelinger og grupperinger er med å bidrar i forløpet. (Evans-Lacko et al., 2010) Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007a) mener det er essensielt for etableringen av et forløp at behandlingsprosessen blir diskutert, gjort eksplisitt og delt i et tverrfaglig team. Forløpet skal i følge Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) utgjøre en koordinert og sekvensert behandlingsprosess, og for å få til dette må representanter fra involverte profesjoner og funksjoner definere deres roller med tanke på ansvar og forhold til de andre involverte aktørene (Evans-Lacko et al., 2010). Denne deltakelsen vil i følge Evans-Lacko et al. (2010) skape et eierforhold til pasientforløpet og skape oppslutning om initiativet i innføringsprosessen.

Øvretveit (2002, gjengitt i Vanhaecht et al., 2012) mener en nyttig måte å utvikle og etablere et tverrfaglig behandlingsteam på, er for teamet å utvikle et standardisert pasientforløp. Forfatteren trekker frem at det tverrfaglige samarbeidet om pasientforløpet kan ses på som et ledd i en strategi for å utvikle samarbeid på tvers av profesjongrensene. Et pasientforløp kan støtte dannelsen av tverrfaglige team internt på et sykehus, samtidig som Panella og Vanhaecht (2010) poengterer at dette også er hensiktsmessig for å danne tverrfaglig samarbeid på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten, der et slikt samarbeid kan anses for å være en enda større utfordring. Et pasientforløp er altså hensiktsmessig for å etablere samarbeid på tvers av profesjongrensene, samtidig som også kvaliteten på pasientforløpet er avhengig av dette samarbeidet (Panella og Vanhaecht, 2010, Vanhaecht et al., 2012).

4.3.1.5 Koordinert og sekvensert behandlingsprosess og rett ressursbruk

Et pasientforløp skal i følge definisjonen av Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) fremme en koordinert og sekvensert behandlingsprosess med rett ressursbruk. Som nevnt tidligere i kapitlet er et pasientforløp en måte å sentrere behandlingen rundt pasienter og diagnoser, heller enn fag og profesjoner. En god behandlingsprosess, der aktører og aktiviteter er godt koordinerte og sekvenserte, kan sies å ha betydning for pasientens opplevelse av møtet med helsevesenet (jfr. kapittel 2.2.2). Samtidig er dette av betydning for kvaliteten på behandlingen. Raskere diagnose og behandling betyr kortere ventetid og mindre usikkerhet for pasienten, og raskere behandling vil sannsynligvis føre til at pasienten raskere kan oppta daglige aktiviteter igjen (Schrijvers, van Hoorn og Huisjes, 2012).

4.3.1.6 Økt behandlingskvalitet

I den overnevnte definisjonen av Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b), er målet med et standardisert pasientforløp å øke kvaliteten på behandlingen ved å øke pasienttilfredshet og pasientsikkerhet, samt å optimalisere ressursbruken. Også andre mål er blitt forbundet med bruk av standardiserte pasientforløp. I sin gjennomgang av litteratur om standardiserte pasientforløp fant de Bleser et al. (2006) at effektivitet i behandlingen, måling og målbarhet, kvalitet og færre avvik var de fleste nevnte målene og effektene ved standardiserte pasientforløp.

Samtidig har det blitt poengtert at effekter av standardiserte pasientforløp er vanskelige å måle (Vanhaecht et al., 2010, Campbell et al., 1998, Rotter et al., 2010, Vanhaecht, de Witte og Sermeus, 2007b). Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) poengterer at selv om pasientforløp har vært i bruk i flere år er det mye usikkerhet rundt definisjonen av pasientforløp, faktisk bruk av forløp, hvordan kunnskap om forløp deles og metoder for å utvikle og innføre forløp. På grunn av denne usikkerheten er det uvisst hva konkrete effekter av standardiserte pasientforløp er. Det rapporteres om ulike effekter ved bruk av forløp, samtidig som studiene er lite sammenliknbare på grunn av de ulike måtene pasientforløp oppfattes, brukes, utvikles og innføres på. (Vanhaecht, de Witte og Sermeus, 2007b) Standardiserte pasientforløp kan ses på som en kompleks intervensjon, og konkrete effekter av intervensjonen er vanskelig å måle (jfr. kapittel 4.3.1.1).

Som nevnt er standardiserte pasientforløp i dag internasjonalt akseptert i nesten alle settinger og modeller for helseledelse verden over. Likevel brukes pasientforløp i størst grad innad i en tjeneste, til tross for at det er enighet rundt at pasientforløp passer til bruk på tvers av nivåer i helsetjenesten (Hindle og Yazbeck, 2005). I neste kapittel vil forskning rundt standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten gjennomgås.

4.4 Standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten

Som vist i kapittel 2 og 3 kan helsetjenestene i Norge sies å være fragmenterte, og det er erkjent at det er et behov for bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Standardiserte pasientforløp er foreslått som en måte å bedre samhandlingen mellom nivåene på, og flere modeller for samhandling på tvers av nivåene eksisterer (Røsstad et al., 2013). Panella og Vanhaecht (2010) mener standardiserte pasientforløp er en fleksibel metode som kan brukes i enhver helsesetting, og Hindle og Yazbeck (2005) poengterer at pasientforløp kan ha større verdi når det blir brukt på tvers av organisasjoner og involverer flere behandlingsteam og mer komplekse pasienter.

Flere modeller for samhandling på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten er blitt presentert i litteraturen. Mirando, Davies og Lipp (2005) undersøkte i sin studie effekten av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene i England, og fant at dette kunne forbedre kommunikasjon, koordinasjon og samarbeid på tvers av nivåene. For at implementeringen av forløpet skulle være vellykket mente artikkelforfatterne at nøkkelen var å investere tilstrekkelig tid, penger og kompetanseheving i intervensjonen (Mirando, Davies og Lipp, 2005). Videre fant Veerbeek et al. (2008) at «The Liverpool Care Pathway» (LCP), en modell som blant annet inneholder et standardisert pasientforløp, var hensiktsmessig på tvers av nivåene for å øke kvalitet og oppfølging i behandlingen av døende pasienter. McConnell et al. (2013) gjennomførte et litteraturstudie om LCP og fant at en dedikert fasilitator, utdanning og opplæring, tilbakemelding og revisjon, aksept for den døende pasient og tilstrekkelige ressurser er nøkkelfaktorer for en vellykket implementering av LCP. Coleman et al. (2009) fant i sin studie at «The Chronic Care Model», en modell for omsorg og oppfølging av kronisk syke, var en god måte forbedre pleie, omsorg og helsemessige effekter.

Selv om en rekke artikkelforfattere har beskrevet modeller for samhandling og pasientforløp på tvers av tjenestene, og faktorer som påvirker etableringen av dette, har det i denne studien vært vanskelig å finne artikler som omhandler selve samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i prosessen med å etablere et standardisert pasientforløp på tvers av nivåene. Dette støttes blant annet av Røsstad et al. (2013) som påpeker at det er gjort lite forskning på hvordan kulturelle forskjeller mellom aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten påvirker samarbeidet om utarbeidelsen av et pasientforløp. Samtidig trekker Rygh og Hjortdahl (2007) frem at mye av fokuset på standardiserte pasientforløp har vært relatert til forløp innenfor sykehusets fire vegger. Dette kan være med på å forklare hvorfor det i denne studien har vært vanskelig å finne litteratur vedrørende samarbeidsprosessen i etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Røsstad et al. (2013) undersøker imidlertid samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i etableringen av et forløp for kroniske pasienter på tvers av nivåene.

I sin studie fant Røsstad et al. (2013) at de fleste pasientforløp utviklet på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten har blitt initiert av spesialisthelsetjenesten og omhandler behandlingen av enkelttilstander som hjerteslag og KOLS, såkalte diagnosespesifikke forløp. I deres studie ble en felles utviklingsprosess om et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene evaluert. Pasientforløpet var ment å være for eldre pasienter med behov for hjemmetjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Fra en begynnende idé om at det skulle utformes en diagnosebasert modell med flere forløp for den enkelte diagnose, ble det etter protester fra representanter fra kommunehelsetjenesten utviklet ett forløp som skulle passe de vanligste medisinske tilstandene hos eldre, et såkalt pasientsentrert forløp. (Røsstad et al., 2013)

Røsstad et al. (2013) fokuserer i sin studie på kulturforskjeller mellom aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som kan vanskeliggjøre etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av nivåene. De kulturelle forskjellene Røsstad et al. (2013) fant er vist i tabell 4-2.

Tabell 4-2: Kulturelle forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten for pasienter med behov for tjenester i hjemmet (Røsstad et al., 2013)

| Aktivitet | Spesialisthelsetjenesten | Kommunehelsetjenesten |
|--------------------------------|--|--|
| Planlegging | Kort perspektiv – store endringer innenfor et kort tidsrom | Langt perspektiv – små endringer over tid |
| Vurdering | Diagnose stilles med avansert teknologi | Funksjonsevne, pasientens ønsker og grad av evne til å styre dagen sin selv |
| Diagnoser | Oppmerksomhet på en diagnose om gangen | Oppmerksomhet på alle pasientens diagnoser: flestparten av pasientene har mange diagnoser på en gang |
| Kliniske retningslinjer | Stor tilslutning til kliniske retningslinjer | Kliniske retningslinjer for pasienter med flere diagnoser er nesten ikke-eksisterende |
| Pasientens rolle | Passiv – helsepersonell avgjør hva som må gjøres | Pasienten bestemmer hjemme – fokuset ligger på å oppta daglige aktiviteter |
| Beslutnings-taking | Gjerne i team, mange involvert, i en bekreftet hierarkisk struktur | Ofte av helsepersonell alene eller av få – mer autonomt. |

Blant de kulturelle forskjellene avdekket av Røsstad et al. (2013), vist i tabell 4-2, var spesialisthelsetjenesten sitt fokus på diagnose og kommunens fokus på funksjon. Røsstad et al. (2013) fant at spesialisthelsetjenesten hadde fokus på én diagnose om gangen, hvor diagnostikk, behandling og oppfølging gjerne var rettet mot denne ene diagnosen og fundert i kliniske retningslinjer for ulike diagnoser. I kommunehelsetjenesten fant Røsstad et al. (2013) at fokus heller var på pasientens funksjon og totale sykdomsbilde, og hvorvidt pasienten klarte seg i det daglige. Forskerne fant at det for sammensatte sykdomsbilder eksisterer få retningslinjer, og derfor at kommunehelsetjenesten var mindre vant til å jobbe etter slike. Disse forskjellene mellom kommune og sykehus ble av Røsstad et al. (2013) identifisert som utfordrende ved en etablering av et forløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det ble også funnet at diagnosespesifikke standardiserte pasientforløp ikke var passende i kommunehelsetjenesten, fordi det i kommunen er behov for å se pasientens totale sykdomsbilde under ett. Dette samsvarer med det som er blitt diskutert i kapittel 3.2.3, der det ble vist at Hellesø og Fagermoen (2010) omtalte spesialist- og kommunehelsetjenestens perspektiver på pleie som «to forskjellige verdener». Pasientforløp utviklet til bruk på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten burde i følge Røsstad et al. (2013) være pasientsentrerte og i stand til å møte behovene til pasienter med ulike diagnoser på samme tid.

I de foregående kapitlene har det blitt vist at flere artikkelforfattere har argumentert for bruken av lean og standardiserte pasientforløp, og frontet de positive effektene av dette. Samtidig har også konseptene blitt kritisert. I det følgende kapitlet vil noe av denne kritikken bli presentert.

4.5 Kritikk av lean og standardiserte pasientforløp

Selv om lean er blitt et populært ledelseskonsept (Pettersen, 2009), har også kritiske røster uttalt seg om konseptet. I dette kapitlet vil noe av kritikken som har blitt rettet mot lean og standardiserte pasientforløp bli presentert for å få frem et mer nyansert bilde av konseptene.

Lean er blitt beskrevet som en måte å tenke på som tar utgangspunkt i strukturer, teknologi og det materielle produksjonssystemet heller enn de sosiale aspektene ved en organisasjonen. Selv om lean inkluderer menneskelige aspekter som involvering og kulturbygging, kan det argumenteres for at lean først og fremst er en produksjonsteknisk teori. Nettopp dette fokuset på de tekniske aspektene kan føre til at potensialet som ligger i de menneskelige aspektene ved en organisasjon blir oversett eller til og med motarbeidet. (Levin et al., 2012) Klev og Levin (2012) argumenterer for at de som blir berørt av en endringsprosess også må delta i prosessen. De ansatte kjenner arbeidsplassen og arbeidsprosessene, og er de som skal sette endringer ut i live i en organisasjon. De tekniske og de sosiale sidene ved en organisasjon sameksisterer og er gjensidig avhengige av hverandre, og må forstås som en enhet. (Levin et al., 2012) Lean kan altså kritiseres for å legge for mye vekt på de tekniske sidene ved en organisasjon, noe som kan forringe organisasjonens humane aspekter og potensialet som ligger i denne siden av organisasjonen.

Berggren (1993) identifiserer en rekke aspekter ved lean som kan ha negativ effekt på arbeidsforhold. I følge Berggren (1993) fører lean til «nådeløse ytelseskrav» mot arbeiderne fordi alt som ikke er arbeid og skaper verdi eller er forbedringsaktiviteter anses som sløsing. Videre mener Berggren (1993) at lean kan medføre stort arbeidspress på ansatte for å etterkomme etterspørsel, og kan utgjøre en helserisiko for arbeidere. Berggren (1993) mener også lean medfører et strengt arbeidsregime, der det er gitt i detalj hvilken oppførsel og disiplin arbeiderne skal utvise og arbeidsplassen er strengt regulert.

Sinclair (1992) har beskrevet negative konsekvenser ved en annen ideologi, team-ideologi, som på mange måter er overførbar til lean. Forståelsen av team som nøkkelen til effektiv organisatorisk ytelse har i følge Sinclair (1992) skapt en besettelse for bruk av team på arbeidsplassen som er styrt av stereotyper for hvordan team skal være og oppføre seg. En ukritisk omfavning av ideologien kan føre til at deltakelse i team vil oppleves mindre fruktbart, og kan virke disiplinerende og tvingende på det enkelte team-medlemmet. (Sinclair, 1992) Denne kritikken kan overføres til lean som driftsstrategi. En innføring av lean er på

mange måter blitt presentert som en innføring av en ideologi og et konsept, og også her kan det være risikofylt å ukritisk omfavne konseptet. Lean som driftsstrategi tilbyr ikke løsningen på alle problemer, og kan skape en disiplinerende kultur som ikke nødvendigvis vil omfavnes av alle i organisasjonen. Sinclair (1992) mener at et team vil fungere bedre hvis en organisasjon kritisk vurderer team-ideologien, og kritisk velger hvilke elementer fra denne ideologien som passer i organisasjonens kontekst for team-arbeid. Hvis dette overføres til å gjelde lean, kan det argumenteres for at det i noen organisasjoner vil være bedre å benytte seg av elementer av lean heller enn som et totalkonsept og en pakke. Dette er fordi en organisasjon gjennom en kritisk vurdering av konseptet, noe som Sinclair (1992) oppfordrer til, kan komme frem til at kun enkeltelementer av ideologien er hensiktsmessig i deres kontekst.

Som nevnt i kapittel 4.1 konkluderer de Souza (2009) med at det eksisterer en konsensus rundt potensialet til lean i helsevesenet. Samtidig trekker forfatteren frem at det ikke eksisterer noen verk som grundig kritiserer bruken av lean i helsevesenet. Likevel er det blitt stilt spørsmål ved hvorvidt det er formålstjenlig å standardisere helsetjenester i storstilt skala. I Tidsskrift for Den norske legeforening rettet redaktør Charlotte Haug i januar 2014 kritikk mot lean i helsevesenet.³⁶ Hun erkjenner at mange diagnostiske prosedyrer og behandlinger gjennomføres på en standardisert og «masseprodusert» måte, med utmerket resultat. Men Haug stiller spørsmål ved hensiktsmessigheten ved å «detaljplanlegge hele helsetjenesten som en gigantisk industribedrift». Hennes poeng er at kun utvalgte pasienter og pasientgrupper vil egne seg for «pakkeforløp». Helsevesenet er komplekst, og helsetjenester må være i stand til å takle store variasjoner. Det er for eksempel rapportert om pasientforløp som svikter når pasientgruppen innehar mange diagnoser på en og samme tid (Pearson, Goulart-Fisher og Lee, 1995).

Som vist i de foregående delkapitlene er standardiserte pasientforløp og lean relativt nye konsepter i helsevesenet, og kan sies å ha fått betydelig oppmerksomhet den senere tiden. Det eksisterer enkelte bevis for at korrekt utviklede og implementerte pasientforløp kan forbedre kvaliteten og sikkerheten i diagnostikk, behandling og oppfølging. Likevel poengterer Vanhaecht et al. (2012) at det ikke nødvendigvis kan trekkes endelige konklusjoner av effekten av pasientforløp. Standardiserte pasientforløp er komplekse intervensjoner og effekten av intervensjonen er vanskelig å generalisere. Å ta strategien for innføring fra en organisasjon til en annen, der det er en annen kontekst og andre endringsmekanismer, kan være upassende. Vanhaecht et al. (2012) legger vekt på at helsepersonell og ledere må vurdere hvert prosjekt for å være sikker på at utfallet er som ønskelig. På samme måte som Sinclair (1992) advarer mot ukritisk omfavning av team-konseptet, bør også standardiserte pasientforløp drøftes med et kritisk blikk og vurderes opp mot settingen det skal inn i.

³⁶ Tidsskrift for Den norske legeforening. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/3119773/> [Hentet 20.02.2014]

4.6 Oppsummering – lean i helsevesenet

I dette kapitlet er lean i helsevesenet og standardiserte pasientforløp blitt presentert. En forståelse for standardiserte pasientforløp er et viktig utgangspunkt for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Lean kan ses på som en driftsstrategi for å øke flyteffektiviteten, og standardiserte pasientforløp kan beskrives som en måte å operasjonalisere lean i helsevesenet på. Standardiserte pasientforløp er en kompleks intervensjon der målet er å øke kvaliteten på behandlingen gjennom blant annet å rette oppmerksomheten mot behandlingsprosessen på tvers av tjenestene heller enn enkeltstående enheter. Flere forfattere har trukket frem at standardiserte pasientforløp kan være hensiktsmessig for å bedre pasientbehandling på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det er imidlertid gjort lite forskning på samhandlingen mellom tjenestenivåene i etableringen av et pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. I den videre oppgaven vil empiri som omhandler nettopp dette bli presentert, og sammen med det teoretiske fundamentet som dette og de foregående kapitlene danner, vil oppgavens problemstilling bli besvart.

Del 2 – Forskningsdesign og metode

5 Forskningsdesign og metode

I de foregående kapitlene er det teoretiske grunnlaget for denne studien blitt presentert. For å finne svar på problemstillingen i denne studien, er det i tillegg til en litteraturgjennomgang blitt gjennomført en empirisk undersøkelse. I dette kapitlet presenteres forskningsdesign og metode for den empiriske studien. Et forskningsdesign er en overordnet strategi for hvordan forskningsprosjektet skal gjennomføres for å finne svar på en gitt problemstilling, og omhandler formål og planer for studien innenfor studiens praktiske avgrensninger (Robson, 2011).

I dette kapitlet beskrives utforming og gjennomføring av den empiriske datainnsamlingen i denne studien. I kapittel 5.1 blir bakgrunn for valg av forskningsdesign presentert, og i kapittel 5.2 presenteres det valgte forskningsdesignet. Videre i kapittel 5.3 og 5.4 blir henholdsvis innsamling og analyse av data beskrevet. I kapittel 5.5 vil studiens kvalitet bli evaluert.

5.1 Bakgrunn for valg av forskningsdesign

Et forskningsdesign kan beskrives som logikken som binder sammen utgangspunktet for en studie, problemstillingen og forskningsspørsmålene, datamaterialet som samles og resultatene av studien (Yin, 2014). I denne oppgaven er problemstillingen formulert nokså åpent og forfatterens kunnskap om det aktuelle temaet er begrenset til den kunnskap som er blitt ervervet gjennom undersøkelse av relevant litteratur. I valg av forskningsdesign har det derfor vært viktig å velge et design som tillater en eksplorerende tilnærming til det temaet det forskes på og som gir rom for en forståelse av et fenomen gjennom forskningsobjektene og deres subjektive meninger. Det har vært et ønske å gjennomføre en undersøkelse som samsvarer med en konstruktivistisk virkelighetsoppfatning. En slik oppfatning innebærer at virkeligheten er konstruert av mennesker og må studeres ved å undersøke hvordan mennesker oppfatter virkeligheten. I en slik undersøkelse er forskning induktiv og bygger på at fenomener må forstås som et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den spesielle sammenhengen de inngår i, og hvor nærhet til forskningsobjektene er sentralt. (Jacobsen, 2005)

Robson (2011) skiller mellom fast og fleksibelt forskningsdesign. I det faste designet er studiens design planlagt i detalj i forkant av datainnsamlingen. Et slikt design kan også beskrives som et kvantitativt design, fordi det ofte baserer seg på innsamling av kvantitative, numeriske data. I det fleksible designet utvikles studiens design som en konsekvens av hva som oppdages underveis i forskningsprosessen. Et slikt design baserer seg ofte på innhenting av kvalitative data, ofte i form av tekst, og kalles derfor gjerne for et kvalitativt design. (Robson, 2011) I denne studien er det blitt ansett som hensiktsmessig å basere seg på et

fleksibelt forskningsdesign fordi det i følge Robson (2011) tillater at designet utvikles over tid og at fokuset for forskningen kan endres i løpet av forskningsprosessen. Det var viktig ved studiens begynnelse å ikke låse seg i ett spor for tidlig, men å begynne studien med et åpent sinn og la forskningen bli drevet frem av funnene som ble gjort underveis. I tillegg tillater et slikt forskningsdesign at det fokuseres på informantenes opplevelse og meningsdanning, og hva slags konsekvenser meninger har (Tjora, 2012).

I det følgende forklares den metodiske tilnærmingen i denne studien.

5.2 Kvalitativt design

Som diskutert i det foregående delkapitlet, anses et kvalitativ design som hensiktsmessig for denne oppgaven. Kvalitativ forskning har en utforskende og empiridrevet framgangsmåte hvor forståelse av et fenomen vektlegges, og hvor menneskers opplevelse og meningsdanning og hva slags konsekvenser meninger har, utforskes. Målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv. (Tjora, 2012) Kvalitativ forskning fokuserer på å gå i dybden på et fenomen og handler om å danne seg et helhetlig og komplekst bilde av deltakernes perspektiv i forbindelse med et bestemt forskningsfokus (Robson, 2011). I denne oppgaven har målet vært å undersøke utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle, og det er blitt ansett som interessant å gå i dybden av hva ulike aktører mener om dette for å kunne svare på oppgavens problemstilling.

Casestudie er en designtradisjon innenfor fleksibel forskning (Robson, 2011), og er denne studiens valgte forskningsdesign. I det følgende kapitlet vil casestudie som forskningsdesign bli presentert.

5.2.1 Casestudie

Casestudie defineres av Yin (2014) som en strategi for forskning som involverer en empirisk undersøkelse av et spesielt, nåtidig fenomen innenfor fenomenets faktiske kontekst ved å bruke ulike kilder til bevis. I følge Yin (2014) er en casestudie et foretrukket forskningsdesign i situasjoner der forskningsspørsmålene er eksplorerende, forskeren har liten eller ingen kontroll på atferdsmessige handlinger, studien fokuserer på et fenomen i samtiden og det er behov for å forstå et komplekst sosialt fenomen.

Det er normalt å skille mellom et enkeltcase- eller et flercasedesign, der førstnevnte tar utgangspunkt i et enkelt case mens sistnevnte benytter flere case for å belyse den aktuelle problemstillingen (Yin, 2014). I denne studien er det blitt valgt et enkeltcasedesign, det vil si at det kun er et case som har blitt studert. Caset som ble studert er Orkdalsmodellen, et

helsetjenesteforskningsprosjekt hvor etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten står sentralt. En av grunnene til at det kun var et case som ble studert er at caset er relativt unikt i sitt slag i Norge i dag, og det var dermed vanskelig å få tilgang til et sammenliknbart case. Få standardiserte pasientforløp går på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten på samme måte som pasientforløpet i Orkdalsmodellen gjør. Også tidsperspektivet var relevant for at enkeltcasesdesignet ble valgt, da det ble ansett som hensiktsmessig å kunne fordype seg i det ene caset og å fokusere på endring over tid.

I tillegg har tilgang til informasjon vært en medvirkende faktor til at enkeltcasestudien ble valgt som forskningsdesign. Allerede under arbeidet med fordypningsprosjektet høsten 2013, som ligger til grunn for denne oppgaven, ble forfatterne introdusert for Orkdalsmodellen. Forfatterne har i løpet av hele studien hatt god tilgang til å hente inn nødvendig data i arbeidet. De samme kontaktene er ikke blitt opprettet ved andre helseforetak i landet.

I tilknytning til casestudien er dokumentstudier, observasjoner og intervjuer blitt benyttet som metoder for innhenting av data. Hvordan datainnsamlingen for disse tre metodene har blitt utført, beskrives i neste kapittel.

5.3 Innsamling av data

Dette kapitlet beskriver hvordan data i denne studien har blitt samlet inn. Hensikten er å gi leseren en forståelse for hvordan datainnsamlingen er blitt gjennomført ved bruk av de kvalitative metodene dokumentstudier, observasjon, og intervju.

I løpet av perioden fra januar til april 2014 ble data samlet inn. Det ble gjennomført flere besøk ved St. Olavs Hospital i Trondheim, både i forbindelse med intervjuer, men også i forbindelse med uformelle og formelle møter med prosjektmedarbeidere, og presentasjoner av Orkdalsmodellen. I tillegg ble det gjennomført besøk hos Orkdal Sjukehus i forbindelse med intervjuer og observasjoner. Det ble også gjennomført to besøk til Orkdal Rådhus i forbindelse med formelle møter hvor Orkdalsmodellen stod sentralt.

I det følgende vil prosedyrer for innhenting av data bli beskrevet. I kapittel 5.3.1 presenteres innsamling av data gjennom dokumentstudier, deretter datainnsamling i form av observasjoner og intervju i henholdsvis kapittel 5.3.2 og 5.3.3.

5.3.1 Dokumentstudier

Dokumenter benyttes gjerne som kilde til bevis i casestudier (Yin, 2014). I denne studien har dokumenter vært viktig for å øke forståelsen av caset og danne et kunnskapsgrunnlag i

forkant av observasjoner og intervjuer. Dokumenter har vært sentrale for å forstå hva prosjektet Orkdalsmodellen går ut på, hva som har blitt gjort tidligere i prosessen, hva som skal skje videre og hvem som er delaktige. Videre har dokumenter blitt brukt for å underbygge eller trekke i tvil informasjon fra andre kilder og å verifisere titler, stavemåter og annet som har blitt nevnt under intervju. Yin (2014) påpeker imidlertid at det er viktig å være klar over at dokumenter gjerne er skrevet for en annen målgruppe enn målgruppa for caset, og kan dermed antas å ikke inneholde den fullstendige sannheten om fenomenet det forskes på. På bakgrunn av dette har det vært sentralt å stille seg kritisk til dokumentene som er blitt benyttet i studien, og det er blitt tatt hensyn til at dokumentene kan være ment for andre personer og formål enn casestudien.

I studiens tidlige fase ble dokumenter i form av prosjektprotokoller, mailvekslinger, søknader, offentlige skriv og nettsider brukt for å øke forståelsen av caset, prosjektorganisasjonen, tidsrammene, de sentrale deltakerne og for å finne mulige informanter. Dokumentene som her ble brukt ble enten tilsendt av informantene på mail, gitt fra informantene i form av utskrifter og brosjyrer under møter og treff, eller funnet på tilgjengelige internettsider. På grunn av internett eksisterer det store mengder data og dokumenter som potensielt kan være nyttig i studien. For å begrense mengden data er det fokusert på dokumenter i direkte tilknytning til caset, og i stor grad dokumenter som respondentene har ansett som sentrale i caset.

5.3.2 Observasjon

Observasjoner bygger på en forståelse av at den sosiale verden skal studeres i sin naturlige situasjon, og som metode kan observasjoner gi forskeren tilgang til sosiale situasjoner som de involverte i situasjonen ikke selv først har fortolket. På denne måten studerer man ved hjelp av observasjoner det folk faktisk gjør, ikke hva de sier at de gjør. (Tjora, 2012) Hensikten med observasjoner i denne studien har vært å skape et grunnlag for forståelse av caset. I tillegg har det vært sentralt for å forstå den faktiske virkeligheten, og for å verifisere funn fra de andre metodene. I denne studien har passiv observasjon gjennom både planlagte og spontane aktiviteter blitt benyttet. Dette har vært en naturlig tilnærming til datainnsamlingen av pragmatiske årsaker. Selv om intensjonen har vært å være passive observatører har likevel ulike former for involvering oppstått under observasjoner. Tjora (2012) legger vekt på at noe sosial interaksjon alltid vil finne sted mellom observatør og observert, i og med at situasjonen i sin natur er gjensidig. I denne studien har det vært nødvendig med interaksjon for å begrense kunstigheten knyttet til rollen som passiv observatør. I tillegg har enkelte av de observerte engasjert seg i observatørens arbeid, og noen grad av interaksjon har dermed vært naturlig.

I tiden fra januar til mai 2014 ble det gjennomført flere observasjoner. Observasjonene fant sted på formelle og uformelle møter mellom prosjektmedarbeiderne i Orkdalsmodellen og mellom prosjektmedarbeiderne og utenforstående i prosjektet, presentasjoner som ble holdt av

prosjektmedarbeiderne, og formelle og uformelle samtaler mellom og med de observerte og i de observertes sosiale situasjoner. Observasjonene fant sted både på St. Olavs Hospital i Trondheim, Orkdal Sjukehus og Orkdal Rådhus.

Observasjoner samt refleksjoner knyttet til det som ble sett og hørt, ble nedtegnet som feltnotater i en feltdagbok. I feltdagboken ble det notert løpende beskrivelser av det som skjedde, samt inntrykk og tolkning av dette. Det ble lagt vekt på å opprettholde et klart skille i feltnotatene mellom de løpende beskrivelsene og de personlige refleksjonene og fortolkningene. Dette ble gjort ved å svare på og skille mellom følgende spørsmål når data ble registrert: *Hva har vi observert? Hva tenker vi om dette? Hva lurer vi på?*

Feltnoteringen fulgte ulike strategier avhengig av situasjon. I noen situasjoner ble det mest iøynefallende notert. Dette var ofte i situasjoner hvor det var unaturlig å notere i feltdagboken, og hvor registreringen av data skjedde i etterkant av observasjonene. Her ble det lagt vekt på å notere kritiske hendelser. I andre situasjoner hvor notering i feltdagboken virket lite forstyrrende ble det gjort mer komplette noteringer. Her ble det lagt vekt på mer utfyllende transkripsjoner av interaksjonen.

5.3.3 Intervju

En av de viktigste kildene til bevis i casestudien er intervjuet (Yin, 2014). I denne studien har intervju vært en viktig metode for å samle inn data, og har bidratt til å øke forståelsen av det som har blitt studert, samtidig som det har synliggjort informantenes personlige synspunkter og holdninger. I denne studien har det vært et ønske å studere meninger, holdninger og erfaringer, og i slike situasjoner er det i følge Tjora (2012) mest hensiktsmessig å bruke *semistrukturerte intervju*. Intervjuformen gir samtalen struktur samtidig som den tillater en relativt fleksibel intervjusituasjon der intervjuobjektet får tid til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til det aktuelle temaet. I tillegg gir semistrukturerte intervju intervjuobjektene mulighet til å gå i dybden der hvor de har mye å fortelle. Det tillater også en intervjusituasjon der intervjuobjektet kan komme inn på temaer eller momenter som intervjueren ikke nødvendigvis hadde tenkt ut på forhånd, men som kan vise seg å være relevant for undersøkelsen. (Tjora, 2012) Samtidig sikrer bruk av intervjuguide at aktuelle tema blir belyst.

I det følgende gis en nærmere beskrivelse av strukturering av intervjuene, utvalg av informanter og gjennomføring av intervjuene. Det vil også bli gitt en kort beskrivelse av krav til intervjueren og etiske hensyn ved intervju.

5.3.3.1 Strukturering av intervjuene

I intervjuene ble det vektlagt å ha en balanse mellom å holde en viss struktur, og samtidig skape en situasjon hvor aktørene selv kunne komme med tema og hvor graden av refleksjon var høy. En slik balanse ble forsøkt sikret gjennom en intervjuguide, tilpasset henholdsvis aktører i (appendiks A) og utenfor (appendiks B) prosjektgruppa, hvor intervjuet gjennomgikk tre ulike faser: oppvarming, refleksjon og avrundning. *Oppvarmingsspørsmålene* var enkle, konkrete spørsmål om bakgrunnsvariabler og var ment for å skape en god og trygg atmosfære. *Refleksjonsspørsmålene* dannet kjernen i intervjuet, og bestod av en tematisk oversikt med stikkord til mulige oppfølgingsspørsmål eller omformuleringer om det skulle være nødvendig. Her ble det vektlagt at respondenten skulle få snakke så fritt som mulig. *Avrundingsspørsmålene* fokuserte på å runde av intervjuet og takke informanten for innsatsen. Det skiller ofte mellom å forsøke å finne ut hva mennesker vet, hva de gjør og hvordan de tenker eller føler. Dette leder igjen til intervju spørsmål som omhandler henholdsvis fakta, oppførsel, forståelse eller holdninger. (Robson, 2011) I denne studien har fokuset i stor grad vært å utforske informantenes holdninger og forståelse, og intervju spørsmålene har vært formulert dertil.

I refleksjonsdelen av intervjuet ble to hovedtema med tilhørende spørsmål vektlagt. *Orkdalsmodellen* ble ansett som et hensiktsmessig hovedtema da modellen utgjorde rammeverket for studien. Spørsmål knyttet til dette temaet ble stilt med et ønske om å kartlegge de ulike informantenes forståelse av modellen, måloppfattelse og personlige refleksjoner knyttet til hva som må til og hva som kan hindre at modellen lykkes. I forbindelse med denne oppgavens problemstilling ble *standardiserte pasientforløp* ansett som et annet viktig hovedtema, også fordi det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen ble beskrevet som selve bærebjelken i prosjektet. Ønsket med å stille spørsmål knyttet til dette temaet var å kartlegge de ulike informantenes forståelse av standardiserte pasientforløp, kjennskap til forløpet og deres meninger om hva hensikten med forløpet i Orkdalsmodellen er. I tillegg var det et ønske å høre deres refleksjoner rundt bruk av forløpet, og hva informantene mente kunne fremme eller hindre at forløpet ble tatt i bruk.

Intervjuguiden og spørsmålsformuleringen ble vurdert fortløpende i intervju prosessen, slik at mulige forbedringer av eksisterende materiale eller ideer til nye spørsmål kunne gjøres til neste intervju.

5.3.3.2 Utvalg av informanter

På bakgrunn av observasjoner og i samtaler med involverte aktører i Orkdalsmodellen ble det gjort et utvalg av informanter til intervjuene. Det ble valgt informanter som av ulike grunner kunne uttale seg på en reflektert måte om Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet. I utvelgelsen av informanter ble det derfor vektlagt at respondentene måtte ha kjennskap til Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet, og at de på en eller annen

måte kom til å bli berørt av intervensjonen. Informantene ble videre valgt ut fra et ønske om å innhente informasjon fra ulike aktører, både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det var også et ønske å samtale med aktører som både deltok som prosjektmedarbeidere i Orkdalsmodellen, og aktører som stod utenfor prosjektorganiseringen. Dette ble ansett som viktig for å skape best mulig balanse og kvalitet i informasjonen som ble samlet inn.

Totalt ble det gjennomført 19 intervjuer med ulike aktører. Tabell 5-1 viser utvalget av informanter. Informantene er klassifisert etter hvorvidt de representerer spesialist- eller kommunehelsetjenesten, og videre etter hvilken faglig stilling representantene har. Med faglig stilling menes her hva respondenten jobber med til vanlig. I tabellen er det også vist hvor stor andel av informantene kategorisert etter faglig stilling som har vært involvert i prosjektet Orkdalsmodellen. Involvering i prosjektet betyr i denne sammenheng at vedkommende har vært delaktig, i større eller mindre grad, i utarbeidelsen av modellen og forløpet.

Tabell 5-1: Oversikt over utvalg av informanter til intervju

| Helsetjenestnivå | Faglig stilling | Antall informanter | Andel involvert i Orkdalsmodellen |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------|-----------------------------------|
| Spesialisthelsetjenesten | Sykehusleder | 2 | 100 % (2) |
| | Sykehuslege | 3 | 100 % (3) |
| | Spesialistsykepleier | 4 | 75 % (3) |
| | Ikke-helsepersonell | 1 | 100 % (1) |
| Totalt fra spesialisthelsetjenesten | | 10 (53 %) | 90 % (9) |
| Kommunehelsetjenesten | Helseleder | 3 | 33 % (1) |
| | Fastlege | 3 | 67 % (2) |
| | Kommunesykepleier | 3 | 33 % (1) |
| Totalt fra kommunehelsetjenesten | | 9 (47 %) | 44 % (4) |
| Totalt | | 19 | 68 % (13) |

Som tabell 5-1 viser ble det totalt intervjuet ti aktører fra spesialisthelsetjenesten, og ni aktører fra kommunehelsetjenesten. Dette utgjør en prosentandel på henholdsvis 53 % og 47 %. Av alle informantene som ble intervjuet var totalt 68 % mer eller mindre delaktige i prosjektet Orkdalsmodellen. Den relativt høye andelen av aktører som har deltatt i prosjektet kan forklares med at data ble innhentet i en fase hvor få aktører utenfor prosjektorganiseringen hadde tilstrekkelig kunnskap om prosjektet til å kunne bli intervjuet. For eksempel har ansatte i hjemmetjenesten og hjelpepleiere ikke blitt intervjuet selv om de er tenkt å bruke forløpet. Grunnen er at disse ennå ikke var blitt informert om prosjektet i fasen hvor data ble innhentet, og det ble antatt at disse derfor ikke hadde hatt anledning til å danne seg meninger og tanker om prosjektet.

5.3.3.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble utført fra 5. mars til 3. april 2014. Det ble gjennomført både intervjuer ansikt-til-ansikt, og intervjuer over telefon. Selv om Tjora (2012) peker på at noe av samtaleaspektet som gode intervjuer er avhengig av forsvinner under telefonintervju, ble det likevel av

praktiske og økonomiske årsaker ansett som nødvendig å gjennomføre noen av intervjuene over telefon. Av de totalt 19 intervjuene var fem intervjuer telefonintervju. Alle intervjuene ble gjennomført med to intervjuere til stede, hvor den ene gjennomførte intervjuet og den andre fungerte som sekretær i intervjusituasjonen. Alle intervjuene ble gjennomført som personlige intervju med kun en informant til stede. Dette ble ansett som sentralt for å skape en trygg arena som la til rette for at informantenes personlige synspunkter kunne bli ytret. Selv om det var mer tidkrevende ble dette ansett som hensiktsmessig for å få så pålitelige svar som mulig.

Intervjuene som ble gjort ansikt-til-ansikt ble gjennomført i informantenes egne lokaler, i enerom med informanten. Under telefonintervjuene var intervjuerne i enerom, og informantene som ble intervjuet var alene på sitt kontor. Respondentenes tilgjengelighet og villighet til å samtale om de ulike temaene resulterte i at intervjuenes varighet varierte fra 20 til 63 minutter. Tabell 5-2 viser en oversikt over type intervju og intervjuenes varighet.

Tabell 5-2: Type intervju og tidsmessig fordeling av intervjuer

| Helsetjenestnivå | Informant | Involvert i Orkdalsmodellen? | Type intervju | Varighet [minutter] |
|--------------------------|---------------------|------------------------------|-------------------|---------------------|
| Spesialisthelsetjenesten | Sykehusleder | Ja | Ansikt-til-ansikt | 20 |
| | Sykehusleder | Ja | Ansikt-til-ansikt | 43 |
| | Lege | Ja | Ansikt-til-ansikt | 52 |
| | Lege | Ja | Ansikt-til-ansikt | 34 |
| | Lege | Ja | Ansikt-til-ansikt | 21 |
| | Sykepleier | Ja | Ansikt-til-ansikt | 58 |
| | Sykepleier | Ja | Ansikt-til-ansikt | 54 |
| | Sykepleier | Ja | Ansikt-til-ansikt | 58 |
| | Sykepleier | Nei | Ansikt-til-ansikt | 50 |
| | Ikke-helsepersonell | Ja | Ansikt-til-ansikt | 30 |
| Kommunehelsetjenesten | Helseleder | Ja | Ansikt-til-ansikt | 49 |
| | Helseleder | Nei | Ansikt-til-ansikt | 44 |
| | Helseleder | Nei | Telefonintervju | 63 |
| | Fastlege | Ja | Ansikt-til-ansikt | 29 |
| | Fastlege | Ja | Telefonintervju | 37 |
| | Fastlege | Nei | Telefonintervju | 26 |
| | Kommunesykepleier | Ja | Ansikt-til-ansikt | 48 |
| | Kommunesykepleier | Nei | Telefonintervju | 41 |
| | Kommunesykepleier | Nei | Telefonintervju | 51 |

Under 18 av 19 intervju ble lydopptak benyttet. Dette gjorde det mulig i intervjusituasjonen å konsentrere seg om respondent, og sørge for god kommunikasjon og flyt i intervjuet, samt å be om utdyping og konkretisering der det var nødvendig. Alle lydopptak ble gjort med tillatelse fra informantene. Lydopptakene ble også benyttet for fullstendig transkribering av materialet i etterkant av intervjuene. Transkriberingen av intervjuene ble gjort fortløpende.

5.3.3.4 Krav til den som intervjuer og etiske hensyn ved intervju

For å sikre gode og pålitelige svar fra informantene i intervjusituasjonen stilles det en rekke krav til den som intervjuer (Tjora, 2012). Å gjennomføre et intervju handler om å stille gode spørsmål, å være en god lytter og å tolke svarene på rettferdig måte (Yin, 2014). I tillegg bør intervjueren ikke gi uttrykk for “rette” og “gale” svar, eller stille ledende spørsmål - dette kan føre til at informanten svarer det han/hun tror intervjueren vil høre, ikke hva informanten faktisk mener (Robson, 2011). I denne studien, der en viktig hensikt med intervjuene har vært å avdekke informantenes forståelse og holdninger, har en god intervjumetodikk vært sentralt. Menneskers tanker og følelser er gjerne komplekse og multidimensjonale (Robson, 2011), og kan påvirkes av hvordan intervjueren forholder seg i intervjusituasjonen. Det å stille åpne spørsmål, ha et åpent sinn til intervjuobjektens svar og å skape trygghet i intervjusituasjonen har dermed vært sentralt i utarbeidelsen og gjennomføringen av intervjurundene.

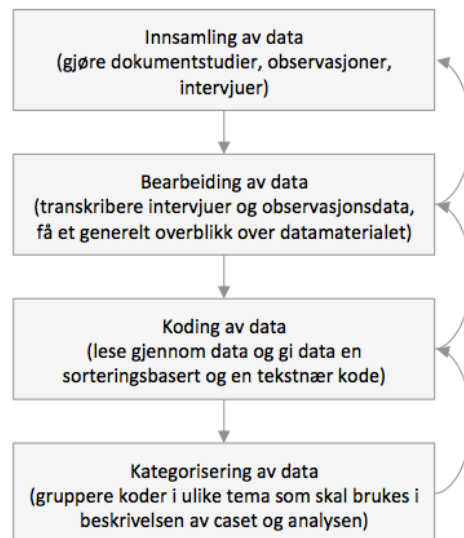
Mye av etikken i tilknytning til intervjuer er knyttet til presentasjonen av data, for eksempel anonymisering (Tjora, 2012). I gjennomføringen av intervjuene var det et ønske at informantene skulle være så åpne som mulige, og det ble derfor påpekt at alt som ble sagt under intervjuene var anonymt. Etter transkribering av intervjuene ble lydopptak slettet, og i fremstillingen av resultater i oppgaven er det blitt lagt vekt på å generalisere uttalelser slik at det ikke skal være mulig å se hvem som har sagt hva. Tjora (2012) påpeker imidlertid at det i noen studier må brukes en slags identitetsindikator på for eksempel informantens tittel. Fordi denne oppgaven blant annet søker å utforske hvordan aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten anser standardiserte forløp og hvilke utfordringer aktørene identifiserer, har det i enkelte tilfeller blitt ansett som hensiktsmessig å knytte funn og sitater opp mot informantenes faglige stilling. Tjora (2012) trekker frem at dette gjør at det ikke er mulig å *garantere* anonymitet. Med tanke på at flere informanter er blitt intervjuet innenfor ulike fagstillinger anses det likevel som vanskelig å spore direkte sitater tilbake til spesifikke aktører, og det antas at det vil være vanskelig å vite hvem som har sagt hva.

5.4 Analyse av data

I dette kapitlet vil prosessen som er blitt brukt for å analysere innsamlet data bli beskrevet. Analysearbeidet har først og fremst omfattet data fra intervjuer, der dokumentstudier og observasjoner har blitt brukt som støtte i analyseprosessen. Som utgangspunkt for analysen har det blitt lagt til grunn en stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2012). Tjora (2012) presenterer induktiv fremgangsmåte som eksplorerende og empiridrevet, og deduktiv fremgangsmåte som teori- og hypotesedrevet. SDI-metoden legger til grunn at man gjennom en induktiv etappevis prosess jobber fra rådata mot teori, samtidig som man gjennom en deduktiv prosess sjekker fra det mer teoretiske til det mer empiriske (Tjora, 2012). Metoden er en form for iterasjon mellom datagenerering og konseptutvikling, og har i analysearbeidet

vært et viktig utgangspunkt for å sikre systematikk og fremdrift i prosessen. Fremgangsmåten som er brukt for å analysere data er vist i figur 5-1.

Figur 5-1: Analyse av data (basert på Tjora (2012))



I figur 5-1 viser de nedadgående pilene hvordan prosessen med å analysere data har foregått. Disse pilene representere det Tjora (2012) beskriver som den induktive prosessen. De oppadgående pilene viser at arbeidet med å analysere data har vært en iterasjon av datagenerering, bearbeiding og analyse.

I dette kapitlet vil det bli gitt en beskrivelse av de ulike stegene i analyseprosessen. Det første steget i modellen er «innsamling av data». Dette ble beskrevet i kapittel 5.3, og vil ikke bli beskrevet her. I tillegg til en beskrivelse av analyseprosessen, vil det avslutningsvis bli gitt en kort beskrivelse av hvordan presentasjonen av resultatene vil bli gjort i den videre oppgaven.

5.4.1 Bearbeiding av data

I følge Tjora (2012) består fasen med å bearbeide data av å klargjøre data for analyse ved å transkribere og renskrive innsamlet data. I bearbeidingen av data i denne studien ble alle intervjuene og observasjonene transkribert. Det vil si at alle lydopptak fra intervjuene og feltnotater fra observasjoner ble konvertert til fullstendig tekst.

I denne fasen ble det også lagt vekt på å organisere de transkriberte dataene, og å få en generell oversikt over hele datamaterialet. Ut i fra problemstillingen og utvalg av intervjuobjekter ble det ansett som hensiktsmessig å organisere transkribert intervjudata i to hovedkategorier; en kategori for data generert fra aktører fra spesialisthelsetjenesten og en kategori for data generert fra aktører fra kommunehelsetjenesten. Videre ble det ansett som

hensiktsmessig å organisere datamaterialet etter ulike aktørgrupper med utgangspunkt i intervjuobjektene faglige stilling, jfr. kapittel 5.3.3. Observasjonsdata og dokumenter ble også forsøkt kategorisert under disse kategoriene.

I bearbeidelsen av data var det viktig å bli godt kjent med alt datamaterialet. Alt materialet ble sett gjennom, og stikkord for konsepter, temaer, ideer og andre ting som fremstod som relevant ved gjennomlesning ble skrevet ned. I tillegg ble det skrevet ned stikkord for det som fremstod som mest fremtredende ved spesialist- og kommunehelsetjenesten og forskjeller mellom aktørene i disse to gruppene. Dette bidro til å gi et overordnet inntrykk av det genererte datamaterialet, og var et viktig utgangspunkt for å kunne dele dataene inn i mindre deler.

5.4.2 Koding av data

Tjora (2012) trekker frem at koding av data bør ha som mål å representere det empiriske datamaterialet godt. En kode blir av Tjora (2012) beskrevet som ord og uttrykk som beskriver avsnitt eller enda mindre utsnitt av datamaterialet. Videre skiller Tjora (2012) mellom sorteringsbasert og tekstnær koding. Sorteringsbasert koding vil si å utvikle koder som beskriver generelle temaer som intervjuet handler om, eller som empirien kan sorteres etter. Tjora (2012) påpeker at problemet med denne kodingen er at den ikke sier noe om *hva* informanten sier, bare hva han snakker *om*. Det er dermed nødvendig med tekstnær koding i tillegg til sorteringsbasert koding. Tekstnære koder beskriver i detalj hva som framkommer i det spesifikke intervjuet. De tekstnære kodene kan ses på som tekstutdrag som gir informasjon om innholdet i de sorteringsbaserte kodene. (Tjora, 2012)

I denne fasen ble det først opprettet noen sorteringsbaserte koder. Det ble tatt utgangspunkt i temaene fra intervjuguiden. Tabell 5-3 viser de seks sorteringsbaserte kodene som ble brukt.

Tabell 5-3: Sorteringsbaserte koder brukt i analyse av data

| | Sorteringsbaserte koder |
|--------|--|
| Kode 1 | Forståelse av standardiserte pasientforløp (SPF) |
| Kode 2 | Hensikt SPF i Orkdalsmodellen |
| Kode 3 | Suksessfaktorer SPF i Orkdalsmodellen |
| Kode 4 | Barrierer SPF i Orkdalsmodellen |
| Kode 5 | Bruk av SPF i Orkdalsmodellen |
| Kode 6 | Sentrale aktører for SPF i Orkdalsmodellen |

Som figur 5-3 viser ble det i kodingen av data lagt vekt på det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Mye av det som ble sagt om Orkdalsmodellen generelt i intervjuene sammenfalt og var overlappende med det som ble sagt om det standardiserte pasientforløpet.

Det ble derfor ikke ansett som hensiktsmessig å skille mellom disse to i den grad det ble gjort i intervjuguiden.

Etter opprettelsen av sorteringsbaserte koder ble datamaterialet lest gjennom. For hver aktørgruppe (sykehusledere, sykehusleger, spesialistsykepleiere, helseledere, fastleger, kommunesykepleiere) ble setninger, tekstsegmenter og avsnitt som ble oppfattet som interessante gitt en tekstnær kode og plassert i de sorteringsbaserte kodene. Det ble i denne fasen lagt vekt på å begrense antall tekstnære koder til et overkommelig antall. På grunn av den relativt store mengden datamateriell ble Excel benyttet for å lage en oversikt over kodene. Nye tekstnære koder ble fylt inn fortløpende ved gjennomlesing av intervju. Figur 5-2 viser et utdrag fra Excelanalysen og illustrer hvordan den ble bygd opp.

Figur 5-2: Utdrag fra Excelanalyse

| | A | B | C | D | E | F | G | H |
|----|---------------------------|-----------------------|--|---------|-----------------|-----------|------|------------------|
| 1 | | | Sorteringsbaserte koder | | | | | |
| 2 | | | Det standardiserte pasientforløp i Orkdalsmodellen | | | | | |
| 3 | | Aktørgruppe | Forståelse | Hensikt | Suksessfaktorer | Barrierer | Bruk | Sentrale aktører |
| 4 | Spesialist-helsetjenesten | Sykehusledere | -Respons | | | | | |
| 5 | | Sykehusleger | -Respons | | | | | |
| 6 | | Spesialistsykepleiere | -Respons | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | Kommune-helsetjenesten | Helseledere | -Respons | | | | | |
| 9 | | Fastleger | -Respons | | | | | |
| 10 | | Kommunesykepleiere | -Respons | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |

I figur 5-2 er intervjuobjektene organisert i aktørgrupper innenfor henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten. Videre viser figuren at det for hver aktørgruppe ble utviklet tekstnære koder knytte til aktørenes respons i intervjuer, og at disse ble sortert under de sorteringsbaserte kodene. Denne oversikten over de innsamlede dataen ga en god oversikt og et godt grunnlag for å gå videre til fasen med å kategorisere av data.

5.4.3 Kategorisering av data

Tjora (2012) beskriver at man under kodingen av data utarbeider et stort antall koder, og at disse er uegnet for å strukturere en kvalitativ analyse. Tjora (2012) peker på at det derfor er nødvendig å kategorisere kodene.

I kategoriseringen av data ble først de tekstnære kodene som overlappet eller hørte sammen slått sammen i grupper. Kodene som var irrelevante for problemstillingen ble utelatt. Deretter ble gruppene av koder redusert til tre hovedtema som både tok ut potensialet i empirien og som svarte på problemstillingen. Det ble ansett som hensiktsmessig å begrense seg til tre tema for å kunne gi en detaljert beskrivelse av hvert tema fremfor en mer generell beskrivelse av flere tema. Bakgrunnen for utvelgelse av tema var basert det som var mest omdiskutert blant respondentene, de kodene som pekte seg ut som sentrale i analysen av data og samsvar med allerede eksisterende teori.

5.4.4 Presentasjon av data

Tjora (2012) poengterer at det er en rekke forskjellige måter å presentere resultatene fra kvalitativ forskning på, men at målet med formidlingen alltid bør være å gi lesere innsikt i undersøkelsenes funn og et så godt innblikk i forskningen at leseren på selvstendig vis kan bedømme undersøkelsenes troverdighet. Bruk av empiriske utdrag, som for eksempel sitater fra intervjuer eller utdrag fra feltnotater, blir av Tjora (2012) beskrevet som en mulighet for leseren til å komme «tettere på» empirien enn om man bare leser forskerens tolkning.

I oppgavens tredje del – resultater, diskusjon og konklusjon – blir funnene som er gjort i undersøkelsene oppsummert i detalj. I tråd med Tjora (2012) er det valgt å benytte sitater for å formidle informantenes synspunkter og meninger, og for å underbygge argumentasjonen som blir gjort. I kapittel 8 presenteres aktørens forhold til det standardiserte pasientforløpet. Dette representerer i hovedtrekk det som var mest fremtredende under intervjuene, og er et forsøk på å oppsummere ting som er blitt sagt under de sorteringsbaserte kodene. Det er gjort ved å samle det i aktørens syn på forløpet og utfordringer identifisert av aktørene. I syn på forløpet inngår både forståelse av forløpet, hensikten med forløpet og bruk av forløpet. Og i identifiserte utfordringer inngår det som er sagt under barrierer. I kapittel 9 presenteres de tre temaene som ble utviklet gjennom dataanalysen. Disse legger grunnlaget for å svare på problemstilling, altså å si noe om hva som er utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle.

5.5 Kritikk av metode

Ingen undersøkelser er feilfrie (Grenness, 2012). Tjora (2012) peker på at kvalitativ forskning er preget av betydelig følsomhet overfor konteksten den gjennomføres i. Derfor er det sentralt å ta hensyn til forhold som kan være med på å sikre kvaliteten på forskningen som gjøres. For kvalitativ forskning benyttes gjerne de tre kriteriene *reliabilitet*, *validitet* og *generaliserbarhet* som indikatorer for forskningens kvalitet. (Tjora, 2012) Disse kriteriene dreier seg om en studies *troverdighet*, og om det er mulig å ha tillit til resultatene av studien (Grenness, 2012). I det følgende vil denne studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet bli drøftet.

5.5.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvorvidt en kan stole på resultatene av en undersøkelse, og om resultatene av studien kan betegnes som nøyaktige og pålitelige (Grenness, 2012). Reliabilitet, eller pålitelighet, handler om den *interne logikken* gjennom hele forskningsprosjektet (Tjora, 2012). Det vil si å sikre at dersom en forsker følger den samme metoden som beskrevet av en tidligere forsker og gjør den samme studien på nytt, vil forskeren komme til de samme funnene og konklusjonene (Yin, 2014).

For å fremme denne studiens reliabilitet er oppgavens forskningsdesign og metode blitt forsøkt gjengitt så detaljert som mulig i de foregående delkapitlene, slik at andre forskere har muligheten til å utføre et liknende case og etterprøve denne studiens resultater ved et senere tidspunkt. Grenness (2012) påpeker at reliabiliteten til en studie avhenger av å kunne vise at studien er gjennomført på en systematisk og god måte. I dette kapitlet er valgene rundt forskningsdesign og metode presentert og grunnlagt, slik at andre har muligheten til å gjøre en vurdering av studiens nøyaktighet og pålitelighet. I tillegg er studiens intervjuguide lagt ved (appendiks A og B) for å gi et bedre innblikk i hvordan data fra intervjuer ble samlet inn. Men selv om det er blitt gjort tiltak for å gjøre studien pålitelig, er det likevel en rekke aspekter som kan true studiens reliabilitet.

I praksis vil det alltid være avvik mellom den virkelige verden og det som kommer frem i undersøkelser. Det kan for eksempel være brukt upassende metoder for datainnsamling, samtidig som hendelser i datainnsamlingen kan ha ført til feil. I en intervjusituasjon kan det for eksempel hende respondenter gir svar som går i spesielle retninger gitt en bestemt kontekst, eller respondenter kan avgi tilfeldige eller uriktige svar på grunn av for eksempel kunnskapsmangel, mangel på motivasjon for temaet eller tidspress. Videre kan også forskere i en intervjusituasjon bidra til å forskyve datamaterialet ved at for eksempel forskeren formulerer spørsmålene uklart eller oppmuntrer og leder intervjuobjektet i bestemte retninger. Slike feil er en trussel for en studies reliabilitet. (Grenness, 2012) Det kan ikke utelukkes at slike feil er oppstått i denne studien. Samtidig har forfatterne forsøkt å unngå slike fallgruver ved å være bevisste slike feil som kan oppstå underveis i studien. For eksempel ble intervjuguiden nøye formulert for unngå ledende spørsmål. I tillegg ble det rettet oppmerksomhet mot å unngå å føre intervjuobjektet i bestemte retninger og å gi uttrykk for egne meninger (jfr. kapittel 5.3.3.4). Dette er tiltak som har blitt gjort for å styrke oppgavens reliabilitet. Videre har det også vært fokus på å dokumentere det som skjer underveis i prosjektet. I følge Grenness (2012) skal ideelt sett andre enn forskerne selv ha mulighet til å vurdere om resultatene av studien fremstår troverdige og rimelige, og for å oppnå dette må beskrivelsen av eget undersøkelsesopplegg være åpent og detaljert. Ved å beskrive forskningsdesign og metode, og grunnlag valgene for dette, er det forsøkt å vise denne studiens reliabilitet.

5.5.2 Validitet

Validitet viser i hvilken grad en undersøkelse måler det den faktisk er ment å måle (Grenness, 2012). Validitet handler om hvorvidt de svarene som avdekkes faktisk er svar på de spørsmålene som er forsøkt stilt (Tjora, 2012). Det eksisterer ulike typer validitet, og Grennes (2012) trekker frem fire ulike former for dette. Det første er *overflatevaliditet* som omhandler hvorvidt en studie er tillitsvekkende og om det fremstår som om det som en har til hensikt å undersøke, faktisk har blitt undersøkt. Videre er *innholdsvaliditet* en beskrivelse for hvorvidt

undersøkelsen er dekkende for det den er ment å skulle måle. *Kriterievaliditet* handler om hvor godt en undersøkelse er i stand til å si noe om de kriteriene testen er ment å skulle si noe om. Videre omhandler *begrepsvaliditet* hvorvidt korrekte mål for det som skal studeres er blitt benyttet, altså hvorvidt målemetodene klarer å fange inn det som det er et ønske om å måle. (Grenness, 2012) Begrepsvaliditet er den mest sentrale og viktigste validitetsformen for forskere (Grenness, 2012), og er den validitetsformen det vil bli fokusert på videre i kapitlet.

En rekke tiltak er blitt gjort for å øke validiteten til denne studien. En metode som er blitt benyttet er *triangulering*, eller bruk av flere metoder for datainnsamling. Det er allment antatt at triangulering styrker validiteten til undersøkelsene. Triangulering handler om å kombinere flere metoder for datainnsamling, og å belyse det som undersøkes fra flere ulike vinkler. Dette kan også inkludere å være flere observatører underveis i datainnsamlingen og å belyse det som undersøkes ut fra flere teoretiske innfallsvinkler. (Grenness, 2012) I denne studien har både observasjoner, intervjuer og dokumentstudier blitt benyttet som metoder for datainnsamling. Bruken av tre kilder til bevis har bidratt til å styrke denne studiens validitet. Det har også vært to personer som har utført datainnsamlingen og analysen sammen. Dette kan ha vært med på å styrke oppgavens validitet ved at to personer, som kanskje har ulike syn og innfallsvinkler, observerer, hører og tenker sammen. Dette kan også ha ført til at mer data har blitt samlet inn og at data har blitt samlet inn på en mer fullstendig måte – under for eksempel observasjoner kan de ulike forskerne ha fått med seg ulike ting i situasjonen.

I tillegg til triangulering, anbefaler Yin (2014) å få nøkkelinformanter til å gå over utkast til casestudien som en metode for å øke studiens validitet. I denne studien er også dette gjort. De empiriske funnene i studien ble drøftet underveis med enkelte nøkkelinformanter, og det endelige utkastet ble evaluert av de samme aktørene. Dette har ført til at det har blitt gitt tilbakemeldinger på hvorvidt datamaterialet er tolket riktig underveis i prosessen, og at funnene gjort kan antas å gjenspeile virkeligheten informantene befinner seg i. Dette har vært med på å sikre oppgavens validitet ved at nøkkelinformanter har hatt anledning til å «godkjenne» funnene som er blitt gjort.

5.5.2.1 Validiteten til observasjon, intervju og dokumentstudier

Tjora (2012) trekker frem at under observasjonsstudier vil det alltid skje en gjensidig påvirkning mellom observatør og den som blir observert. I gjennomføringen av observasjonene har det blitt lagt vekt på å forsøke å gå inn i situasjonene med et åpent sinn og å stille seg så objektiv som mulig. Samtidig, som poengtert i kapittel 5.3.1, har det vært nødvendig med interaksjon underveis for å begrense kunstigheten knyttet til rollen som passiv observatør. Dette kan ha ført til at observatørene og de som ble observert har gjensidig påvirket hverandre, og observasjoner og feltnotater kan ha fått en viss skjevhet på grunn av dette. Samtidig må forskeren selv vurdere hva som er «kritisk» eller «iøynefallende».

Forskerens notater blir farget av forskerens egen bevissthet, og uten at man er klar over det selv kan situasjoner forstås og tolkes. På denne måten kan at forskeren selv ende opp som både deltaker, observatør og forfatter som skriver feltnotater ikke bare ut fra situasjonen, men også ut fra egen oppfatning om hva som bør inkluderes. (Tjora, 2012)

Utvelgelsen av informanter til intervju har betydning for validiteten til studien. Tjora (2012) peker på at et vesentlig problem med rekruttering av informanter er at man ikke har kontroll over hva personer som ikke deltar i undersøkelsene ville ha sagt i intervjuene. Det kan dermed stilles spørsmål ved om det er grunn til å tro at andre har hatt andre meninger eller erfaringer. Diskusjon av utvalg blir i slike situasjoner svært viktig. I denne oppgaven kan det diskuteres om utvalget er representativt nok. Det er stor overvekt av prosjektmedarbeidere, og få av de som faktisk skal bruke forløpet er blitt intervjuet. Det kan også være viktig å reflektere over hvorfor informantene melder seg frivillig til å delta i intervjuer. Noen ganger kan det hende at informantene ser en mulighet for å få lov til å snakke ut om noe som de er opptatt av og har meninger om. Derfor bør det vurderes om slike utvalg av informanter er med på å svekke studiens troverdighet. (Tjora, 2012) I denne studien ble utvalget av intervjuobjekter gjort fortløpende i forskningsprosessen etterhvert som studiens hovedfokus tok form. Dette kan ha hatt implikasjoner for studiens validitet ved at det ubevisst er blitt gjort et utvalg som ikke danner et representativt grunnlag. Dermed kan studiens resultater vise et skjevt bilde av virkeligheten.

Som nevnt i kapittel 5.3.3.4 stiller intervju som datainnsamlingsmetode en rekke krav til intervjueren. For eksempel er gjerne holdninger og forståelse komplekse og multidimensjonelle, og har vist seg å være spesielt sårbare for å endres som konsekvens av ordlyden på spørsmålet og rekkefølgen spørsmålene kommer i. Samtidig kan gjerne skjevheter i resultatene oppstå i intervjusituasjonen som resultat av dårlig formulerte spørsmål, for eksempel ledende spørsmål. Videre kan respondenter gi upresise svar på grunn av dårlig hukommelse, eller intervjuobjektet svarer det den tror intervjueren ønsker å høre. (Robson, 2011) Ved å være oppmerksom på at slike hendelser kan oppstå, og ved å forsøke å etterleve kravene intervju som datainnsamlingsmetode stiller til den som intervjuer (jfr. kapittel 5.3.3.4), er skjevheter i datasettet forsøkt unngått. Ved å være åpne rundt hvordan forskningen er gjennomført og ved å være sensitive for faktorer som kan påvirke forskningen, kan validiteten til studien styrkes (Tjora, 2012).

5.5.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet er knyttet til forskningens gyldighetsområde utover det som faktisk er undersøkt (Tjora, 2012). Generaliserbarhet handler om hvorvidt resultatene kan gjøres gjeldende også for andre situasjoner, og om funnene gjort er overførbare til andre, liknende case (Robson, 2011). Denne studien tar for seg et enkelt case, i motsetning til en

flercasestudie. Dette kan ha implikasjoner for studiens generaliserbarhet. Hadde studien vært en flercasestudie, kunne både teori og replikasjon blitt brukt for å styrke studiens generaliserbarhet. Denne studien kan derimot kun støtte seg på et teoretisk fundament for å bygge opp under resultatene.

Studiens generaliserbarhet avhenger av blant annet utvalget av informanter, konteksten undersøkelsene utføres i, historiske forutsetninger og studiens målemetoder (Robson, 2011). Antallet og utvalget av informanter har betydning for generaliserbarheten til funnene. Som diskutert i forrige delkapitlet, kan aktører som *ikke* er blitt intervjuet, ha andre meninger og erfaringer enn de som er blitt intervjuet. Dette kan gjøre at funnene som er gjort gir et skjevt bilde av virkeligheten og er lite gyldige i andre case. Også unike betingelser ved konteksten studien har blitt utført i, og det aktører har opplevd tidligere, kan legge begrensninger for hvorvidt funnene i studien vil være gyldig andre steder.

Selv om det er vanskelig å gi et klart svar på hvorvidt funnene i denne studien er generaliserbare eller ikke, er det grunn til å anta at funnene kan være gjeldende i liknende case i den norske konteksten. Det kan antas at de fire helseregionene er likt oppbygd som regionen denne studiens case finner sted i. Videre er alle helseforetak og kommuner i Norge underlagt det samme lov- og regelverket, og er alle pålagt å følge føringer fra staten. I oppgaven er det også tatt hensyn til at det eksisterer variasjoner mellom kommunene, noe det antas å gjøre i andre regioner av landet også. Likevel vil demografiske forskjeller og forskjeller mellom helseregionene forfatterne ikke har forutsetning for å kjenne til, kunne ha betydning for overførbarheten av funnene til andre nasjonale kontekster. Det vil også være variasjoner i organiseringen av de regionale helseforetakene og fra helseforetak til helseforetak. Det kan for eksempel tenkes at det i denne studien, hvor et universitetssykehus har vært en del av undersøkelsene, kan eksistere større forskjeller mellom helseforetak og kommune enn hvis undersøkelsen hadde omfattet andre sykehus. Dette kan tenkes å ha betydning for overførbarheten av funnene i denne studien til andre kontekster.

Internasjonalt er det store forskjeller i organiseringen av helsetjenester, og en generalisering av funnene ut over Norges landegrensener er ansett å være lite formålstjenlig. Mye av litteraturen om helsevesenet og samhandling benyttet i denne oppgaven tar utgangspunkt i studier gjennomført i Norge, og det kan tenkes at skillet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er spesielt fremtredende i Norge. Derfor kan utfordringene identifisert i etableringen av et standardisert pasientforløp være spesielt synlige i denne konteksten, sammenliknet med andre land.

Del 3 – Resultater, diskusjon og konklusjon

6 Orkdalsmodellen

I denne oppgaven er det blitt gjort en kvalitativ casestudie av Orkdalsmodellen og dets standardiserte pasientforløp, og resultatene som blir presentert i del 3 tar utgangspunkt i data hentet fra dette caset. Hensikten med dette kapitlet er å gi en presentasjon av Orkdalsmodellen for å gi leseren nødvendig bakgrunnsinformasjon og forståelse for den videre oppgaven.

I kapittel 6.1 blir Orkdalsmodellen satt i en organisatorisk kontekst, og videre i kapittel 6.2 blir det gitt en beskrivelse av Orkdalsmodellen. I kapittel 6.3 blir prosjektorganiseringen av Orkdalsmodellen beskrevet. I kapittel 6.4 gis det en oppsummering.

6.1 Orkdalsmodellen sett i en organisatorisk kontekst

Orkdalsmodellen er et samarbeidsprosjekt mellom aktører fra St. Olavs Hospital i Trondheim, Orkdal Sjukehus og 13 kommuner i Orkdalsregionen i Sør-Trøndelag fylke.³⁷

Prosjektet utgår fra Kreftklinikken St. Olavs Hospital, nærmere bestemt fra Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge (KLB) og European Palliative Care Research Centre (PRC).³⁸ KLB er et regionalt kompetansesenter som driver undervisning, forskning og utviklingsarbeid innen palliasjon.³⁹ Kompetansesenterets forskningsdel er organisert gjennom forskningssenteret PRC.⁴⁰ Palliasjon er et fagfelt som fokuserer på å forebygge og redusere plager hos kreftpasienter, og handler om aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med livstruende sykdom. Lindring av pasientens fysiske smerter og symptomer, i tillegg til tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer, står sentralt i palliasjon.⁴¹

I tillegg til KLB og PRC, og en rekke andre enheter lokalisert i Trondheim, har Kreftklinikken St. Olavs Hospital en kreft poliklinikk ved Orkdal Sjukehus.⁴² Kreftpoliklinikken samarbeider med andre avdelinger på Orkdal Sjukehus om å gi palliativ behandling til kreftpasienter. I tillegg har Orkdal Sjukehus et utstrakt samarbeid med kommunene i Orkdalsregionen.⁴³

³⁷ «Forslag til samarbeidsavtale om «Orkdalsmodellen» mellom St. Olavs Hospital og SIO-kommunene i Orkdalsregionen og Oppdal kommune 31.01.2014» (papirformat), utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 31.01.2014]

³⁸ Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <http://palliasjon-midt.no/forskning/orkdalsmodellen/> [Hentet 21.05.2014]

³⁹ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Kreft/Enheter/Seksjon-lindrende-behandling/95801/> [Hentet 21.05.2014]

⁴⁰ Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <http://palliasjon-midt.no/forskning/> [Hentet 21.05.2014]

⁴¹ «Orkdalsmodellen «fremtidens kreftomsorg»» (papirformat), offentlig infoskriv utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 31.03.2014]

⁴² St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Kreft/90712/> [Hentet 21.05.2014]

⁴³ «Protocol. The Orkdal Model. Development, implementation and evaluation of collaboration between specialist and community care within palliative cancer care. 21 January 2014» (papirformat), internt prosjektdokument utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 18.02.2014]

I Orkdalsregionen har 12 kommuner (Orkdal, Meldal, Rindal, Rennebu, Agdenes, Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Surnadal, Halså og Skaun) gått sammen i en regional samhandlingsenhet, *Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen* (SiO), for å løse nye kommunale oppgaver som følger av samhandlingsreformen. Samarbeidet i SiO styres av en daglig leder og representanter fra hver SiO-kommune, såkalte *SiO-koordinatorer*.⁴⁴

Når det kommer til kreftomsorg i kommunene er SiO tildelt midler fra Kreftforeningen til en prosjektstilling som *regional kreftkoordinator*.⁴⁵ Den regionale kreftkoordinatoren i SiO er ansvarlig for å samordne tilbud og tjenester rundt kreftpasientene i SiO-kommunene. Kreftkoordinatoren har kontakt med kreftpoliklinikken ved Orkdal Sjukehus og kontakt med kommunene gjennom og via såkalte *kreftressurser* som finnes i de ulike kommunene.

Kreftressursene er organisert i et *kreftnettverk* og består av aktører (kreftsykepleiere, sykepleiere og hjelpepleiere) fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Nettverket har felles fagdager og kurs for å øke kompetansen om kreftomsorg i den enkelte kommune, og for å bli kjent med ressurspersoner på tvers av kommunene og innad på sykehuset. Noen av ressurspersonene i nettverket er tildelt en egen stillingsandel som *kreftsykepleier* i sin kommune i tillegg til annet arbeid i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Kreftsykepleierne har et ekstra ansvar for kreftpasientene i sin kommune.⁴⁶

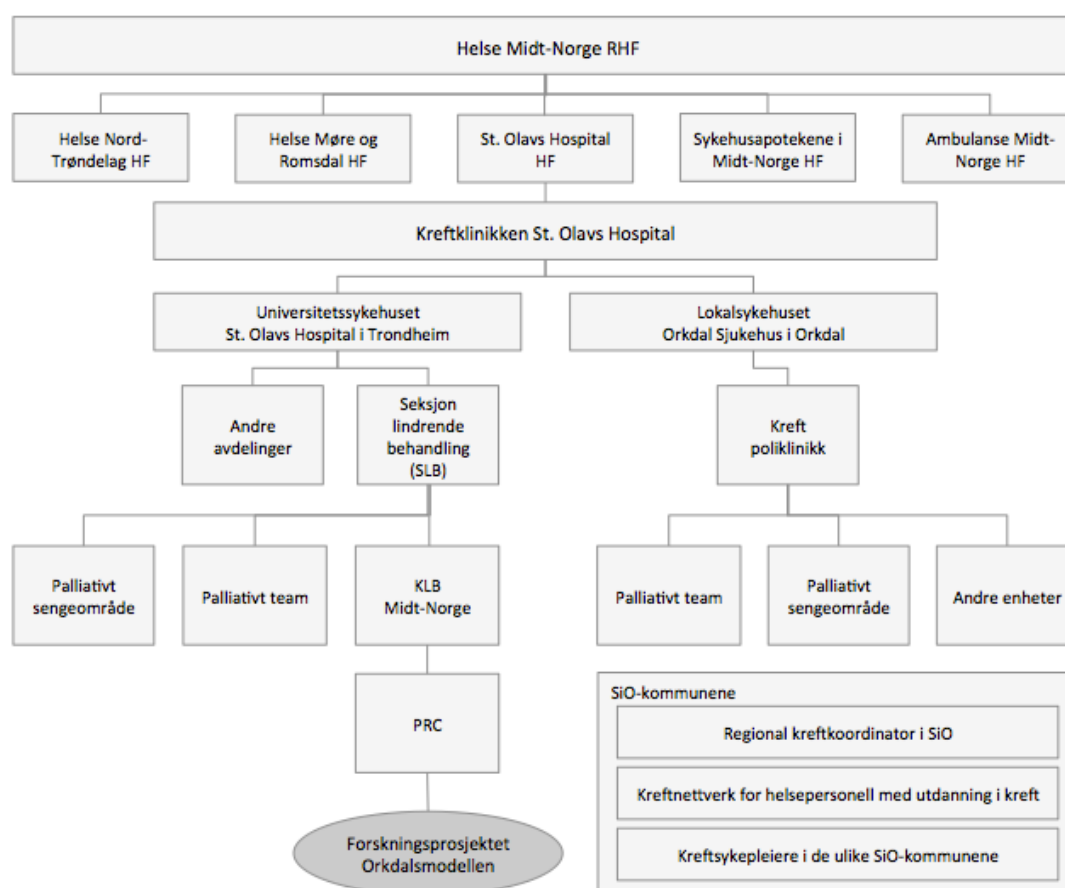
Figur 6-1 viser Orkdalsmodellen i en organisatorisk kontekst. Som figuren viser er Orkdalsmodellen et forskningsprosjekt som utgår fra KLB og PRC ved Kreftklinikken St. Olavs Hospital. I prosjektet er det et samarbeid mellom aktører fra St. Olavs Hospital i Trondheim, Orkdal Sjukehus og SiO-kommunene i Sør-Trøndelag fylke. I tillegg er Oppdal kommune tilknyttet prosjektet.

⁴⁴ «Sluttrapport for prosjektperioden. SiO fra prosjekt til drift. Sluttrapport per 30.06.2012» (papirformat), offentlig infoskriv utarbeidet av Samhandlingsenheten i Orkdalsregionen. [Mottatt 31.01.2014]

⁴⁵ Kreftforeningen. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/praktisk-hjelp/kreftkoordinator-i-kommunen/sor-trondelag/> [Hentet 21.05.2014]

⁴⁶ Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <http://palliasjon-midt.no/nettverk/nettverksgrupper/sykepleiere/sor-trondelag/> [Hentet 21.05.2014]

Figur 6-1: Orkdalsmodellen i en organisatorisk kontekst



6.2 Beskrivelse av Orkdalsmodellen – fremtidens kreftomsorg

Antall pasienter som får kreft og som lever med kreft øker stadig, og mange kreftpasienter vil ha behov for palliativ behandling.⁴⁷ Norge har nasjonale føringer for hvordan organisering og utføring av palliativ behandling skal foregå, og disse understreker at pasienter bør få muligheter til behandling og pleie hjemme, uavhengig av bosted, dersom de ønsker det.⁴⁸ Dette stiller krav til kunnskap om lindrende behandling blant helsepersonell på sykehus og i kommunene, og til bedre samhandling og pasientflyt på tvers av enheter.⁴⁷

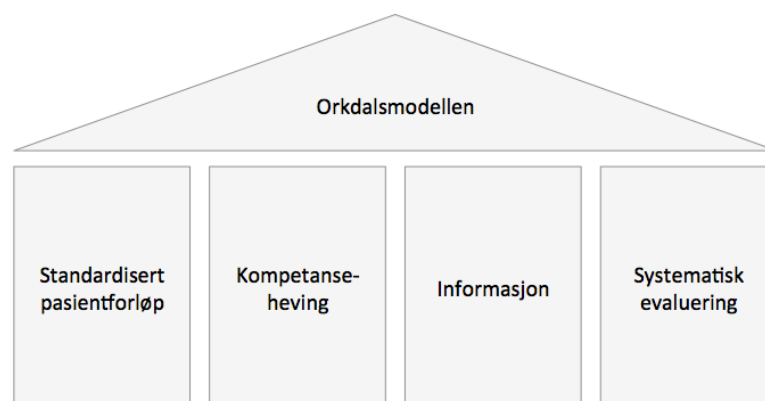
Orkdalsmodellen er et samhandlingsprosjekt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om å forbedre helsetilbudet til kreftpasienter. Hensikten er at oppfølging og samarbeid om kreftpasientene blir organisert på en slik måte at pasientens behov for behandling, pleie og omsorg blir møtt til enhver tid, på lavest mulig effektive nivå nær

⁴⁷ «Orkdalsmodellen «fremtidens kreftomsorg»» (papirformat), offentlig infoskriv utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 31.03.2014]

⁴⁸ Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf> [Hentet 28.05.2014]

pasientens hjem. Det er et ønske å øke tiden pasientene tilbringer hjemme, redusere antall innleggelser på institusjon, bedre livskvaliteten hos pasienter og pårørende og øke kunnskapen og tryggheten til helsepersonell. Gjennom fire hovedelementer skal intensjonene med Orkdalsmodellen nås.⁴⁹ Figur 6-2 illustrerer hovedelementene i modellen.

Figur 6-2: Orkdalsmodellens hovedelementer⁵⁰



Bærebjelken i Orkdalsmodellen er et *standardisert pasientforløp*. Pasientforløpet skal være et skreddersydd opplegg for pasienter, pårørende og helsepersonell.⁵¹ Forløpet skal illustrere behovet for et tett samarbeid på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten og innad i nivåene, og skal vise hvordan et optimalt samarbeid bør organiseres. Det standardiserte pasientforløpet blir nærmere beskrevet i kapittel 7.

For å understøtte arbeidet med pasientforløpet omhandler Orkdalsmodellen også *kompetanseheving* og *informasjon*. For at forløpet skal kunne bli fulgt må helsepersonell som skal bruke forløpet få opplæring innen kreft og palliasjon og bruk av forløp. I tillegg er det ansett som nødvendig at det gis informasjon om kreft og lindrende behandling til pasienter, pårørende og generell befolkning. I tillegg består modellen av en *systematisk evaluering* om Orkdalsmodellens organisering av krefttilbudet fører til en bedre kreftomsorg.⁵² Oppsummert skal dette gi fornøyde brukere og kreftomsorg av god kvalitet uten bruk av flere ressurser.

⁴⁹ «Etablering og evaluering av samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten: Et integrert behandlingstilbud for kreft og palliasjon i Orkdalsregionen, protokoll per 27. juni 2013, under utarbeidelse» (papirformat), internt prosjektdokument utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 03.11.2013]

⁵⁰ Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <http://palliasjon-midt.no/forskning/orkdalsmodellen/> [Hentet 21.05.2014]

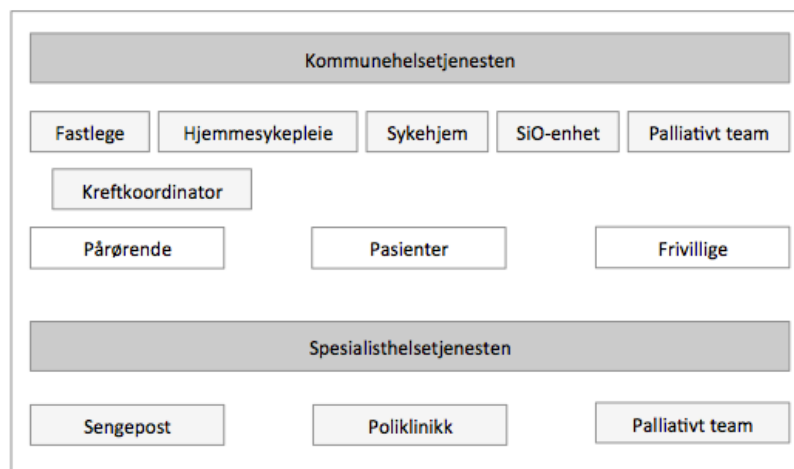
⁵¹ «Orkdalsmodellen «fremtidens kreftomsorg»» (papirformat), offentlig infoskriv utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 31.03.2014]

⁵² Kompetansesenter i lindrende behandling Midt-Norge. Tilgjengelig fra: <http://palliasjon-midt.no/forskning/orkdalsmodellen/> [Hentet 21.05.2014]

Det er et ønske at Orkdalsmodellen skal bli en nasjonal og internasjonal standard med fokus på et fremtidsrettet helhetlig behandlingstilbud, bedre samhandling, økte kunnskaper og ferdigheter og en brukerorientert kreftomsorg.⁵³

Flere aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten er tenkt å involveres i Orkdalsmodellen. De involverte aktørene består i hovedsak av aktivitetene sengepost, poliklinikk og palliativt team ved Orkdal Sjukehus, sammen med det etablerte samarbeidet mellom kommuner i Orkdalsregionen (SiO).⁵⁴ I figur 6-3 er de som vil bli involvert i Orkdalsmodellen presentert.

Figur 6-3: Aktører i Orkdalsmodellen⁵⁴



6.3 Prosjektorganiseringen i Orkdalsmodellen

Kort fortalt består prosjektorganisasjonen i Orkdalsmodellen av en styringsgruppe og en prosjektgruppe og ulike arbeidsgrupper for de tre modulene standardisert pasientforløp, kompetanseheving og informasjon. Organisasjonskartet for Orkdalsmodellen er presentert i figur 6-4.

Figur 6-4: Prosjektorganisering i Orkdalsmodellen



⁵³ «Orkdalsmodellen «fremtidens kreftomsorg»» (papirformat), offentlig infoskriv utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 31.03.2014]

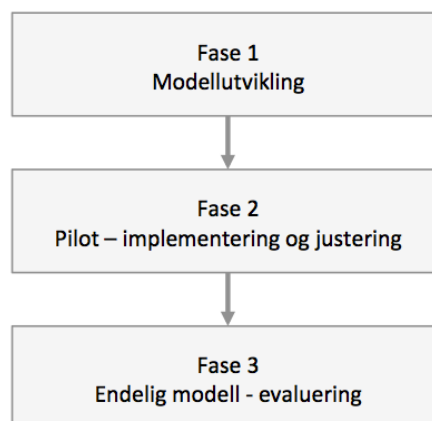
⁵⁴ «Etablering og evaluering av samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten: Et integrert behandlingstilbud for kreft og palliasjon i Orkdalsregionen, protokoll per 27. juni 2013, under utarbeidelse» (papirformat), internt prosjekt-dokument utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 03.11.2013]

Styringsgruppa består av prosjektansvarlig og prosjektleder fra St. Olavs Hospital i Trondheim og to representanter fra SiO-kommunene, og gruppa har det formelle ansvaret for prosjektet. *Prosjektgruppa* består av ressurspersoner fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som jobber hel- eller deltid med prosjektet. Prosjektgruppa har ansvaret for å operasjonalisere prosjektet, og har jevnlig prosjektmøter. Modulene for kompetanseheving og informasjon utarbeides i hovedsak av prosjektmedarbeidere ved St. Olavs Hospital. Arbeidet med det standardiserte pasientforløpet skjer i en *forløpsgruppe* som ledes av en aktør fra Orkdal Sjukehus i samarbeid med representanter fra St. Olavs Hospital i Trondheim, Orkdal Sjukehus og SiO-kommunene. En nærmere gjennomgang av forløpsgruppa vil bli gitt i kapittel 7.2 «utarbeidelsen av forløpet».

Samarbeidet om Orkdalsmodellen reguleres gjennom en samarbeidsavtale som partene forplikter seg til. Et forslag til denne ble presentert for SiO-koordinatorene sent januar 2014, og kommunene fikk i etterkant anledning til å komme med tilbakemeldinger på denne. April 2014 ble en revidert utgave av samarbeidsavtalen presentert, og det er intensjonen at det er denne som skal være den gjeldende avtalen. I avtalen forplikter partene seg til å delta i Orkdalsmodellen og til å sørge for at forløpet blir tatt i bruk. Denne avtalen gir overordnede anvisninger for hva samarbeidet skal innebære og hvilke forpliktelser spesialist- og kommunehelsetjenesten har i prosjektet.⁵⁵

Orkdalsmodellen som prosjekt kan sies å bestå av tre faser. Disse fasene er illustrert i figur 6-5.

Figur 6-5: Orkdalsmodellens tre faser⁵⁶



⁵⁵ «Forslag til samarbeidsavtale om «Orkdalsmodellen» mellom St. Olavs Hospital og SIO-kommunene i Orkdalsregionen og Oppdal kommune 31.01.2014» (papirformat), internt prosjektdokument utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 31.01.2014]

⁵⁶ Etablering og evaluering av samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten: Et integrert behandlingstilbud for kreft og palliasjon i Orkdalsregionen, protokoll per 27. juni 2013, under utarbeidelse» (papirformat), internt prosjektdokument utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 03.11.2013]

Orkdalsmodellen ble initiert i november 2012 og i første fase av prosjektet har det vært fokus på å utvikle og standardisere Orkdalsmodellen. Utarbeidelsen av det standardiserte pasientforløpet for den palliative kreftpasienten har vært sentral i denne fasen. Intensjonen er at vår/sommer 2014 skal prosjektet gå over i en ny fase hvor Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet vil bli implementert og justert. Det er planlagt en fortløpende revisjon av det standardiserte forløpet frem til ferdigstillelse av en endelig modell. I ferdigstillelsen går prosjektet inn i en fase hvor Orkdalsmodellen som ny standard for organisering av kreftomsorg skal evalueres. Det er planlagt at en endelig modell vil være ferdig i løpet av 2015.⁵⁷

Denne masteroppgaven er skrevet våren 2014, og datainnsamlingen har foregått fra januar til april samme år. Data som er samlet inn er dermed hentet fra prosjektets første fase.

6.4 Oppsummering – Orkdalsmodellen

Orkdalsmodellen danner rammene for de empiriske undersøkelsene i denne oppgaven, og en presentasjon av modellen har derfor vært hensiktsmessig. Orkdalsmodellen er et samarbeidsprosjekt mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, nærmere bestemt aktører fra St. Olavs Hospital i Trondheim, Orkdal Sjukehus og 13 kommuner i Orkdalsregionen i Sør-Trøndelag fylke. Modellen utgår fra St. Olavs Hospital, og prosjektet ledes i stor grad av aktører fra spesialisthelsetjenesten.

Gjennom et standardisert pasientforløp, kompetanseheving, informasjon om kreft og palliasjon og systematisk evaluering, tar Orkdalsmodellen sikte på å skape fremtidens kreftomsorg. Orkdalsmodellen er ment å bli en nasjonal og internasjonal standard med fokus på et fremtidsrettet helhetlig behandlingstilbud, bedre samhandling, økte kunnskaper og ferdigheter og en brukerorientert kreftomsorg.

Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen står sentralt i prosjektet, og i prosjektet samarbeider spesialist- og kommunehelsetjenesten om etableringen av dette forløpet. Etableringen av forløpet danner grunnlaget for de empiriske undersøkelsene gjort i denne studien. I det neste kapitlet vil det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen bli beskrevet.

⁵⁷ «Etablering og evaluering av samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten: Et integrert behandlingstilbud for kreft og palliasjon i Orkdalsregionen, protokoll per 27. juni 2013, under utarbeidelse» (papirformat), internt prosjektdokument utarbeidet av prosjektgruppa i Orkdalsmodellen [Mottatt 03.11.2013]

7 Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

Sentralt i Orkdalsmodellen står et standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasienten. Dette kapitlet vil gi en beskrivelse av dette pasientforløpet og utarbeidelsen av det.

I kapittel 7.1 blir det gitt en beskrivelse av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Først presenteres standardiserte pasientforløp ved St. Olavs Hospital, deretter Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH), pasientforløpet som er i bruk i enkelte kommuner i Orkdalsregionen i dag. Dette er gjort for å danne et bakteppe og et grunnlag for å forstå hvorfor forløpet i Orkdalsmodellen er utformet slik det er. Avslutningsvis vil pasientforløpet i Orkdalsmodellen presenteres. I kapittel 7.2 blir prosessen med å utarbeide pasientforløpet presentert. I kapittel 7.3 blir det gitt en oppsummering av dette kapitlet.

7.1 Beskrivelse av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

Dette kapitlet vil gi en beskrivelse av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Pasientforløpet er laget etter St. Olavs Hospitals mal for standardiserte pasientforløp, og bygger på St. Olavs Hospitals definisjon av standardiserte pasientforløp. Derfor vil det bli gitt en presentasjon av standardiserte pasientforløp ved St. Olavs Hospital. Samtidig er forløpet utarbeidet og ment brukt av aktører fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og kommunehelsetjenesten i Orkdalsregionen har en annen tilnærming til forløp enn St. Olavs Hospital. Av den grunn vil forløpet som brukes i enkelte SiO-kommuner i dag, Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH), bli presentert. Med dette som bakteppe vil det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen bli beskrevet.

7.1.1 Standardiserte pasientforløp ved St. Olavs Hospital

Per dags dato finnes det i overkant av 70 ulike forløp i bruk ved St. Olavs Hospital.⁵⁸ Helseforetakets definisjon av et standardisert pasientforløp er:

En modell for en koordinert, tverrfaglig behandlingsprosess med et avklart start- og endepunkt for en definert pasientgruppe, basert på en normativ beskrivelse av mål og tiltak. Forløpet skal fremme samhandling, pasientsikkerhet og pasienttilfredshet, og

⁵⁸St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: http://www.helse-midt.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_18625/index.html [Hentet 02.05.2014]

være forankret i faglig evidens og god klinisk praksis, samt sikre effektiv ressursutnyttelse og gi målbare resultater.⁵⁹

Denne definisjonen bygger på European Pathway Association (EPA) og Vanhaecht, de Witte og Sermeus (2007b) sin definisjon av et standardisert pasientforløp, presentert i kapittel 4.3.1. I St. Olavs Hospitals *Forbedringsprogram 2014-2016* er standardiserte pasientforløp beskrevet som et sentralt element for å oppnå bedre pasientbehandling gjennom å skape forutsigbare, godt planlagte og vitenskapelig underbygde pasientforløp ved St. Olavs Hospital.⁶⁰ Pasientforløpene ved St. Olavs Hospital er normalt knyttet til konkrete diagnoser. Eksempler på forløp i bruk ved helseforetaket er forløp for tykktarmskreft, prostatakreft og brystkreft.

Alle forløpene utviklet og brukt ved St. Olavs Hospital er laget etter den samme malen. Denne malen benyttes slik at alle forløpene beskrives på en systematisk og samordnet måte.⁵⁹ Som en del av virksomheten ved helseforetaket St. Olavs Hospital, benytter også Orkdal Sjukehus seg av de standardiserte pasientforløpene. Forløp utviklet sentralt ved St. Olavs Hospital blir tilpasset forholdene ved Orkdal Sjukehus. For eksempel kan det i sjekklister, prosedyrer eller maler stå egne anvisninger for ansatte ved Orkdal Sjukehus der dette er nødvendig. Forløpene offentliggjøres for ansatte ved St. Olavs Hospital på deres interne nettsider «kilden» og på St. Olavs Hospital sine nettsider.⁶¹ Figur 7-1 viser St. Olavs Hospitals mal for et standardisert pasientforløp.

Figur 7-1: Mal for standardisert pasientforløp ved St. Olavs Hospital⁶²



⁵⁹ Presentasjonsnotater «Standardisert pasientforløp for den palliative kreftpasienten», Anne-Tove Brenne, overlege kreftklinikken St. Olavs Hospital, presentasjon videregående kurs i palliasjon ved St. Olavs Hospital, 03.04.2014. Tilgjengelig fra: <http://palliasjon-midt.no/undervisning/kurs/vk2014/> [Hentet 11.04.2014]

⁶⁰ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/StOlav/44-13%20Vedlegg%201%20Forbedringsprogram%202014%20-%202016.pdf> [Hentet 11.04.2014]

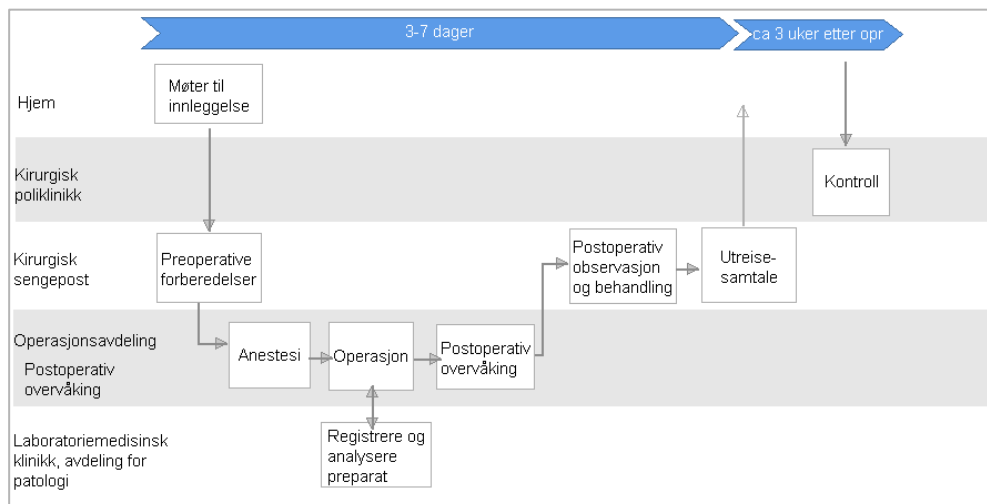
⁶¹ Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: http://www.helse-midt.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_18625/index.html [Hentet 02.05.2014]

⁶² St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: http://www.stolav.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_18769/index.html [Hentet 10.4.14]

Malen viser utformingen av hovedprosess, delprosesser og ulike informasjonsbokser. *Hovedprosessen* viser den overordnede pasientflyten og gir informasjon om de ulike stegene pasienten skal gjennom. *Informasjonsboksene* gir informasjon som ikke kan knyttes direkte til konkrete steg av hovedprosessen men som kan være nyttig for helsepersonell og pårørende uavhengig av hvor i forløpet pasienten befinner seg. De ulike stegene i hovedprosessen refereres ofte til som *delprosesser*. De tre delprosessene som vises i hovedprosessen er i normale tilfeller «henvisning og utredning», «behandling» og «kontroll og oppfølging». Som man ser av figur 7-1 er det gjerne en *tidslinje* knyttet til delprosessen «henvisning og utredning». Denne forteller hvor lang tid dette steget i prosessen skal ta. For eksempel viser forløpet for brystkreft 20 virkedager for dette steget, noe som betyr at det ikke skal ta mer enn 20 virkedager fra henvisningen kommer fra fastlegen til pasienten går til eventuell behandling.

Delprosessene som vises i hovedprosessen er klikkbare, og leder i normale tilfeller videre til en skjematisk fremstilt delprosess. En delprosess består av ulike *aktiviteter* som beskriver hva som skal gjøres på et gitt steg i forløpet. Bak aktivitetene kan det befinne seg rutiner, maler, sjekklister og annen informasjon knyttet til den gitte aktiviteten. Et eksempel på en delprosess er vist i figur 7-2. Dette er en delprosess for behandling i forløpet for tykktarmskreft. Her vises pasientens flyt fra symptom oppstår og til pasienten går til behandling.

Figur 7-2: Delprosess henvisning og utredning, forløp for tykktarmskreft ved St. Olavs Hospital⁶³



I figur 7-2 går flyten fra venstre og til høyre i pilens retning. Til venstre på bildet er det beskrevet hvilke instanser som er involvert i delprosessen, og aktivitetene instansene har ansvaret for er plassert i feltene som tilhører instansene. Øverst på bildet vises tidslinjen for delprosessen. Denne tidslinjen er videre delt inn i tidssekvenser for konkrete aktiviteter eller

⁶³ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-midt.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc16224/index.html> [Hentet 22.04.2014]

grupper av aktiviteter. Summen av tidssekvensene er tiden som er satt av for å utføre hele delprosessen.

Under hver aktivitet fra «preoperative forberedelser» til «uttreisesamtale» og «kontroll» befinner det seg anvisninger for hva som skal gjøres og hvordan det skal gjøres. For eksempel befinner det seg under aktiviteten «operasjon» en sjekklister for trygg kirurgi, samt dokumenter med behandlingsanvisninger for konkrete inngrep. Disse behandlingsanvisningene er gitt for å sikre at god, kunnskapsbasert praksis følges i forløpet, noe som i følge St. Olavs Hospitals definisjon av standardiserte pasientforløp er sentralt. Pasientforløpene er en måte å operasjonalisere ny vitenskap på. For et forløp for en gitt diagnose legges det til grunn faglige retningslinjer med dokumentert effekt.⁶⁴ Et eksempel på dette er at det tidligere ble anbefalt at pasienter måtte faste før operasjon av tykktarmskreft, men ny forskning vist at dette ikke er nødvendig. Pasientforløpene sørger for at slik kunnskap blir en del av den daglige praksisen ved sykehuset.

7.1.2 Helhetlig pasientforløp i hjemmet – SiO-kommunenes pasientforløp

SiO-kommunene har siden 2010 vært involvert i arbeidet med pasientforløpet «Helhetlig pasientforløp i hjemmet» (HPH). Det standardiserte pasientforløpet er et delprosjekt i prosjektet «Samhandlingskjede for pasienter med kronisk sykdom».⁶⁵ Formålet med prosjektet er å øke kvaliteten på tilbudet til kronisk syke ved at pasienten skal oppleve koordinerte og sammenhengende pasientforløp. I starten var kun tre av SiO-kommunene delaktig i prosjektet, men i etterkant har også andre SiO-kommuner begynt implementeringen av forløpet.⁶⁶

HPH skal være et felles forløp for alle kroniske pasienter i kommunen, og er i motsetning til forløpene ved St. Olavs Hospital lite bundet til diagnose. Det medisinske aspektet er ment sikret gjennom en fast rutine for involvering av fastlegen. Fokuset i HPH er å ivareta pasientens samlede medisinske behov og funksjonsevne og legge til rette for at pasienten skal greie seg selv på best mulig måte. Dette er gjort fordi det er pasientenes funksjonsnivå, ikke diagnose(r), som i første rekke forteller hvilke ressurser kommunene må stille med.⁶⁵

HPH er utviklet så generelt som mulig for å være tilpasset situasjonen i kommunene på best mulig måte. Mens pasientforløp i sykehus gjerne har oppmerksomheten på én diagnose av gangen med stor vekt på å følge gjeldende faglige retningslinjer, vil forløpet i kommunen ha som et viktig mål å se på hvordan pasienten skal greie seg selv. I kommunen må forløpet også tilpasses pasientens preferanser for å lykkes og man må i tillegg kunne ivareta det forholdet at

⁶⁴ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: <http://www.stolav.no/StOlav/44-13%20Vedlegg%201%20Forbedringsprogram%202014%20-%202016.pdf> [Hentet 11.04.2014]

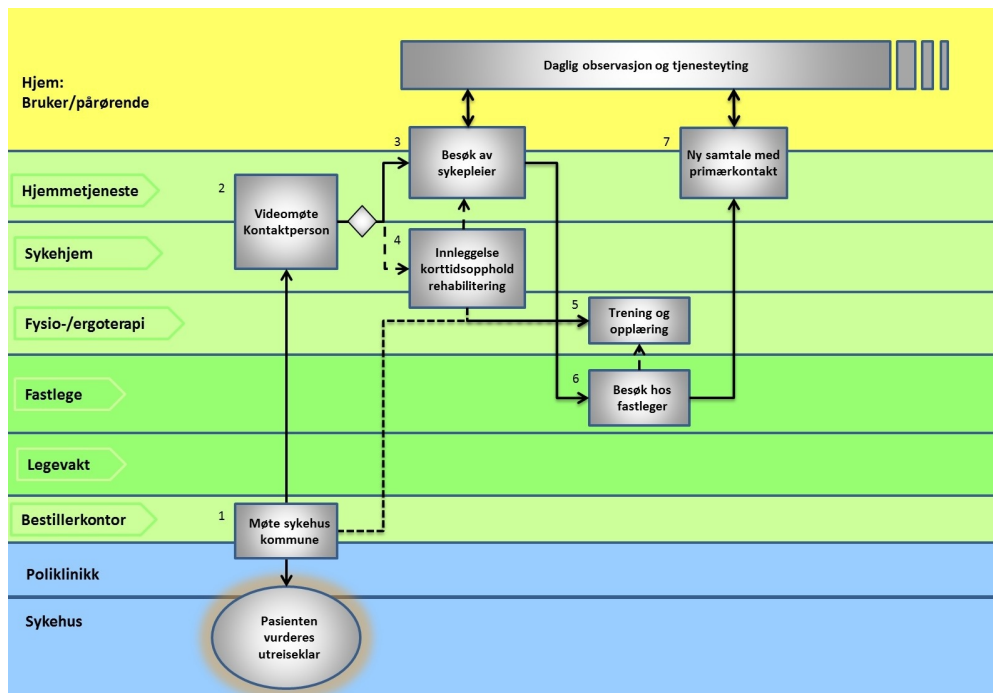
⁶⁵ Norsk helsenett. Tilgjengelig fra: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep> [Hentet 04.02.2014]

⁶⁶ SiO. Tilgjengelig fra: http://api.ning.com/files/IJgz9JcO4WI4DZRE8-22EbUEGPblR4M4Gyq6TzIw3b*nDJTZWFPaOEj3zJ4gX9U8VOdxLR*hr1vlfhHzNKXW9LXWiK*a-6P0U/Sluttrap_Innmat_32s_A4.pdf [Hentet 20.05.2014]

pasienten ofte har flere diagnoser. 90 % av pasienter i allmennpraksis over 70 år har mer enn én kronisk sykdom.⁶⁷

Forløpet i HPH er utformet etter en annen mal enn St. Olavs Hospitals mal for standardiserte pasientforløp. Figur 7-3 viser et eksempel på et delforløp i HPH – utskrivning til hjemmet.

Figur 7-3: Delprosess Helhetlig pasientforløp i hjemmet⁶⁷



Hovedelementene vist i figur 7-3 er de samme for alle diagnoser og gjelder i alle kommuner, men under hver aktivitet ligger prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold. I dette eksemplet meldes pasienten utskrivningsklar og informasjon utveksles, før hjemmetjenester etableres, eventuelt først etter et korttidsopphold ved sykehjem. Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen. Eventuell trening og opplæring som er startet vurderes kontinuerlig.⁶⁷

Det bør nevnes at det under intervjuer har kommet frem at kommuneansatte i stor grad forholder seg til forløpet som sjekklister. Det vil si at sjekklister som tilhører forløpet ligger utskrevet og sortert i hyller hos for eksempel hjemmetjenesten.

7.1.3 Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

Det standardiserte pasientforløpet for den palliative kreftpasienten er selve bærebjelken i Orkdalsmodellen. I dette delkapitlet vil forløpets oppbygning gjennomgå.

⁶⁷ Norsk helsenett. Tilgjengelig fra: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep> [Hentet 04.02.2014]

Pasientforløpet i Orkdalsmodellen er laget for den palliative kreftpasienten ved Orkdal Sjukehus og SiØ-kommunene og Oppdal kommune. I prosjektet er det lagt til grunn en bred definisjon av den palliative kreftpasienten: Pasient med uhelbredelig kreftsykdom som får livsforlengende behandling og/eller trenger symptomlindring. Pasientforløpet i Orkdalsmodellen tar utgangspunkt i symptom, ikke i diagnose. Forløpet i Orkdalsmodellen er ment for alle pasienter med uhelbredelig kreftsykdom i Orkdalsregionen, uavhengig av hvilken kreftdiagnose vedkommende har.⁶⁸

Videre er det i forløpet i Orkdalsmodellen få konkrete behandlingsanvisninger, men heller maler, sjekklister og prosedyrer for hva som skal gjøres når pasienter skal overføres fra en instans til en annen. I de øvrige forløpene ved St. Olavs Hospital er det fokus på behandlingsanvisninger. St. Olavs Hospital bruker pasientforløp for å sikre at utredning, behandling, oppfølging og omsorg av pasientene skal være evidensbasert (jfr. kapittel 7.1.1). I Orkdalsmodellen er det tenkt at behandlingsanvisninger etter hvert skal integreres i forløpet, men i første omgang er det tenkt at det skal utarbeides en håndbok, en veileder, til bruk i møte med den palliative kreftpasienten.

Det første skjermbildet som vises når forløpet åpnes er vist i figur 7-4. Bildene fra pasientforløpet er skjermdumper som ble tilsendt per e-post den 20. mai 2014. På dette tidspunktet var endelig sluttstrek for utarbeidelsen ennå ikke satt, men det var kun snakk om små justeringer før forløpet skulle godkjennes og tas i bruk.

Figur 7-4: Hovedprosess pasientforløpet i Orkdalsmodellen⁶⁹



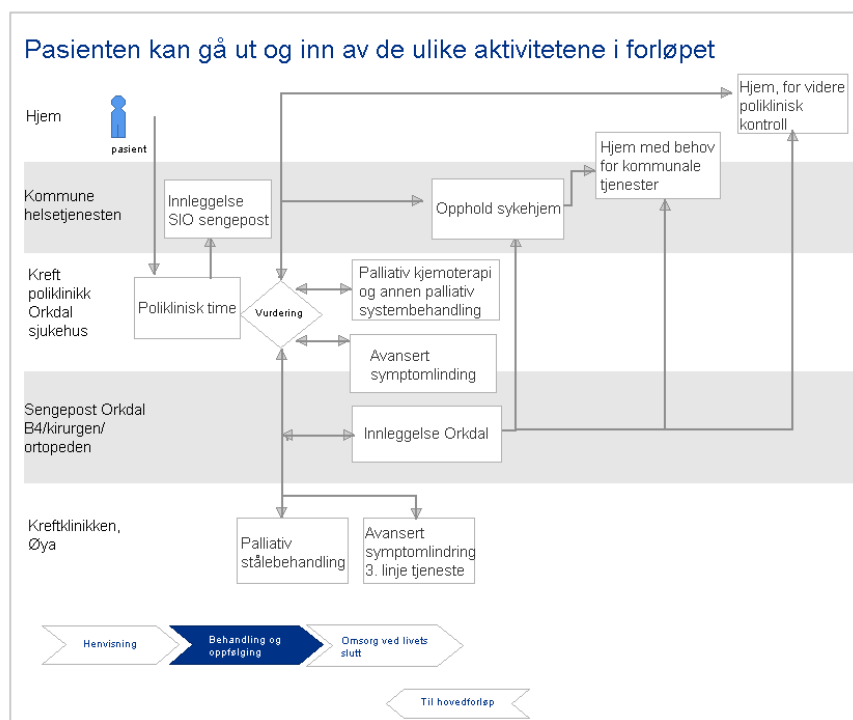
⁶⁸ St. Olavs Hospital. Tilgjengelig fra: http://www.helse-midt.no/ftp/stolav/eqspublic/pasientforlop/docs/doc_25343/attachments/Pasientforl%C3%B8p%20for%20den%20palliative%20kreftpasienten%20Orkdal%20Sjukehus.doc [Hentet 14.03.2014]

⁶⁹ Presentasjonsnotater «Orkdalsmodellen. Fremtidens kreftomsorg», Anne-Tove Brenne, 12. mai 2014. [Mottatt 20.05.2014]

Forløpet er delt inn i tre delprosesser. I tillegg inneholder forsiden informasjon om kompetanse, informasjon til fastlege, måleparameter, nasjonalt handlingsprogram og øvrig informasjonsmaterieil. De tre delprosessene er henvisning, behandling og oppfølging og omsorg ved livets slutt. De fleste forløp ved St. Olavs Hospital har som utgangspunkt å kurere pasienten, og den siste delprosessen i forløpene vil derfor normalt være «kontroll og oppfølging». I Orkdalsmodellen heter derimot siste delprosess «omsorg ved livets slutt».

Den mest sentrale delprosessen i pasientforløpet i Orkdalsmodellen er behandling og oppfølging. Her befinner pasienten seg fra pasienten er møtt opp på poliklinisk time ved kreftpoliklinikken ved Orkdal Sjukehus og helt til den siste tiden i pasientens liv. Delprosessen «behandling og oppfølging» er vist i figur 7-5 under.

Figur 7-5: Delprosess «behandling og oppfølging» pasientforløpet i Orkdalsmodellen⁷⁰



Denne delprosessen skiller seg fra eksisterende forløp ved St. Olavs Hospital på en rekke måter. Et aspekt er det brede spekteret av instanser som er involvert i prosessen. Dette er godt synlig i figur 7-5 der instansene vises til venstre i bildet. Her er både første- andre- og tredjelinjetjeneste representert i form av henholdsvis Kreftklinikken Øya ved St. Olavs Hospital, Sengepost Orkdal B4/kirurgen/ortopeden, Kreft poliklinikk Orkdal Sjukehus, kommunehelsetjenesten og pasientens hjem. Dette gjenspeiler prosjektets egenart ved at pasientforløpet går ut over å gjelde kun for spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten, til å gjelde begge tjenestenivåene.

⁷⁰ Presentasjonsnotater «Orkdalsmodellen. Fremtidens kreftomsorg», Anne-Tove Brenne, 12. mai 2014. [Mottatt 20.05.2014]

De fleste eksisterende pasientforløpene ved St. Olavs Hospital viser pasientens flyt fra høyre til venstre langs tidsaksen. I forløpet for pasienten i Orkdalsmodellen er det en litt annen flyt – den palliative kreftpasienten kan gå inn og ut av de ulike aktivitetene og instansene avhengig av pasientens individuelle behov. Til motsetning fra andre forløp ved St. Olavs Hospital skal pasientforløpet favne pasienter med ulike kreftdiagnoser. Den brede definisjonen av den palliative kreftpasienten (gjengitt over) som Orkdalsmodellen baserer seg på favner mange ulike kreftdiagnoser, og symptombyrde og forventet levetid vil variere sterkt fra pasient til pasient. Dette medfører at den enkeltes behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten og behov for kommunale tjenester vil variere sterkt. Altså skal forløpet passe for pasienter med mange ulike behov. Dette kan ha ført til at flyten ikke går fra venstre til høyre, men heller går i sirkler og frem og tilbake avhengig av pasientens individuelle behov. Dette kan også forklare hvorfor forløpet, sammenliknet med eksisterende forløp ved St. Olavs Hospital, ikke har tidsangivelser for hvor lang tid konkrete aktiviteter skal ta.

Kommunedelen av forløpet, kommunehelsetjenesten, er representert øverst til venstre i figur 7-5. Innholdet her er sterkt inspirert av HPH-forløpet som eksisterer i enkelte kommuner i dag. For eksempel er sjekklister i Orkdalsmodellens forløp hentet fra HPH og tilpasset til den palliative kreftpasienten. Et eksempel på en sjekkliste er «vurderingsbesøk i hjemmet/på sykehjem». Denne listen er basert på tilsvarende liste i HPH, men skal inneholde kreftspesifikke punkter.

Selv om kommunedelen av forløpet er inspirert av HPH, er det helt klart forskjeller mellom det standardiserte forløpet i Orkdalsmodellen og HPH. Utseendemessig ser forløpene ulike ut siden forløpet i Orkdalsmodellen er gjort etter St. Olavs mal for pasientforløp. En annen klar forskjell er at forløpet i Orkdalsmodellen har én instans som heter «kommunehelsetjeneste», mens HPH velger å dele kommunehelsetjenesten ytterligere inn ulike instanser. I eksempelet fra HPH (figur 7-3, kapittel 7.1.2) er seks ulike aktører i kommunehelsetjenesten representert. Disse omfatter hjemmetjeneste, sykehjem, fysio-/ergoterapi, fastlege, legevakt og bestillerkontor. Dette kan ha blitt gjort for å bedre kunne navigere seg frem i forløpet og å ha en klarere ansvarsfordeling. I Orkdalsmodellen kommer det mindre klart frem hvem som har ansvaret for aktivitetene i kommunen (for eksempel «hjem med behov for kommunale tjenester») når instansen er definert så bredt som «kommunehelsetjenesten».

Forløpet skal bli gjort tilgjengelig for alle, på St. Olav Hospitals hjemmesider. Dette innebærer at både helsepersonell, pasienter, pårørende og generell befolkning kan klikke seg inn på forløpet. Forløpet skal være interaktivt og det skal være mulig å oppdatere innholdet fortløpende. For spesialisthelsetjenesten skal forløpet også bli tilgjengeliggjort på internettssidene «kilden» til St. Olavs Hospital. Da undersøkelsene ble avsluttet var det ikke tatt en avgjørelse på hvordan forløpet skulle bli gjort tilgjengelig for helsepersonell i kommunene.

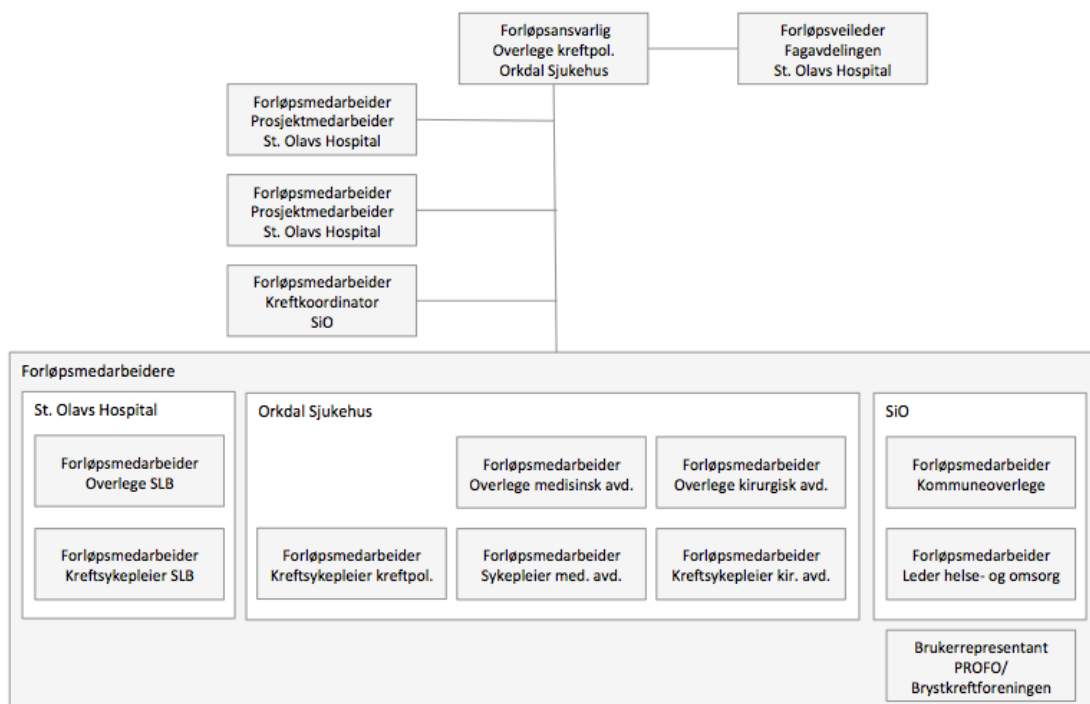
7.2 Utarbeidelse av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

Utarbeidelsen av forløpet for den palliative kreftpasienten i Orkdalsregionen startet i oktober 2013, og det ble nedsatt en forløpsgruppe på totalt 15 personer som hadde ansvar for å utarbeide forløpet. I Orkdalsmodellens forløpsarbeid deltok 13 aktører fra spesialisthelsetjenesten og tre representanter fra kommunehelsetjenesten. Av aktørene fra spesialisthelsetjenesten representerte fem aktører Orkdal Sjukehus og de resterende St. Olavs Hospital i Trondheim. Aktørene fra kommunehelsetjenesten representerte tre ulike kommuner. I tillegg deltok en brukerrepresentant fra Prostatakreftforeningen (PROFO). Denne personen trakk seg, og det kom inn en ny brukerrepresentant fra Brystkreftforeningen i januar 2014.

En av aktørene deltok som forløpsveileder. St. Olavs Hospital har egne forløpsveiledere som skal bistå i forløpsarbeidet og sørge for at nye forløp utvikles etter helseforetakets mal for forløp (jfr. kapittel 7.1.1). Forløpsveileder hadde ansvar for å tegne forløpet og alle endringer underveis i forløpsarbeidet, samt dokumenter og innhold, ble sendt forløpsveileder som deretter sørget for at endringer og innhold ble lagt inn i forløpet.

I figur 7-6 er forløpsgruppa skissert. I figuren er aktører som i stor grad har vært delaktige i utarbeidelsen av forløpet, satt utenfor den grå boksen. Aktører inne i den grå boksen er aktører som har vært med på møtene og som har kommet med innspill underveis i prosessen. Disse forløpsmedarbeiderne har kun vært delaktig i utarbeidelsen av pasientforløpet, mens de utenfor boksen også er delaktige i prosjektgruppa i Orkdalsmodellen.

Figur 7-6: Forløpsgruppa i Orkdalsmodellen



I utarbeidelsen av forløpet møttes hele forløpsgruppa tre ganger. Det første møtet ble holdt 4. oktober 2013, og de to påfølgende møtene ble holdt i løpet av oktober og november 2013. Hvert møte hadde varighet på omtrent tre timer. På det første møtet kom forløpsgruppa frem til at de største problemene med dagens tilbud til de palliative kreftpasientene er overgangene og samhandlingen mellom helsetjenestenivåene og innad i helsetjenestenivåene. Forløpsansvarlig har uttalt at det derfor ble bestemt at det skulle bli lagt vekt på kommunikasjon og koordinasjon i utarbeidelsen av forløpet. Under de påfølgende møtene kom de ulike aktørene med synspunkter og forslag til hvordan forløpet burde utarbeides. Det ble bestemt at «kommunedelen» av forløpet skulle ta utgangspunkt i det allerede eksisterende forløpet i kommunene, HPH.

Forløpsansvarlig hadde deretter ansvar for å utarbeide forløpet, og oppdatere forløpsveilederen slik at forløpet ble tegnet korrekt. Underveis i prosessen hadde medlemmene i forløpsgruppa anledning til å komme med tilbakemeldinger og forslag på endringer. Forløpsmedarbeidere fra spesialisthelsetjenesten hadde mulighet til å klikke seg inn på det interaktive forløpet. Representanter fra kommunehelsetjenesten og brukerrepresentanten hadde ikke denne muligheten, da man måtte ha St. Olavs-bruker for å få tilgang til forløp som var under utarbeidelse. Det har dog blitt sendt ut skjermdumper (bilder) av selve forløpet via e-post til disse aktørene.

I tillegg til forløpsmøtene og det arbeidet som ble gjort der, har forløpsansvarlig vært i fire uformelle møter med de prosjektansvarlige i Orkdalsmodellen. I disse møtene har de prosjektansvarlige hatt mulighet til å komme med sine tilbakemeldinger og ønsker. Forløpet ble også sendt ut på høring til forløpsgruppa desember 2013. Aktørene hadde mulighet til å komme med sine innspill innen januar 2014.

7.3 Oppsummering – det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen er pasientforløpet aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten samhandler om i oppgavens empiriske undersøkelser. En presentasjon av pasientforløpet danner dermed et viktig grunnlag for å kunne forstå aktørers forhold til forløpet, og for å kunne besvare oppgavens problemstilling.

Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen skiller seg både fra standardiserte pasientforløp ved St. Olavs Hospital og pasientforløpet som er i bruk i enkelte kommuner, HPH. Ved St. Olavs Hospital er standardiserte pasientforløp strategisk forankret, og det finnes en rekke forløp ved helseforetaket. Forløpene er som regel basert på diagnose, og de fleste er ment for bruk innenfor sykehusets fire vegger. HPH, kommunenes pasientforløp, er et pasientforløp som tar utgangspunkt i pasientens funksjonsevne. HPH skal være et felles forløp

for alle kroniske pasienter i kommunen, og er i motsetning til forløpene ved St. Olavs Hospital lite bundet til diagnose.

Det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen er utformet etter St. Olavs Hospitals mal for pasientforløp. Forløpet tar utgangspunkt i symptom, ikke diagnose. Forløpet i Orkdalsmodellen er ment for alle pasienter med uhelbredelig kreftsykdom i Orkdalsregionen, uavhengig av hvilken kreftdiagnose vedkommende har. Kommunedelen av forløpet er inspirert av HPH, men gjort gjeldende for den palliative kreftpasienten. Både aktører fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har vært delaktig i utarbeidelsen av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen, men spesialisthelsetjenesten har vært sterkest representert i forløpsgruppa.

8 Aktørers forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

I dette kapitlet blir resultatene fra intervjuer og observasjoner presentert. Hensikten med dette kapitlet er å besvare de to forskningsspørsmålene som ble introdusert innledningsvis i oppgaven:

1. *Hvilket syn har aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten på et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?*
2. *Hva identifiserer aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som mulige utfordringer med etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?*

Kapitlet gir en oversikt over ulike aktørers syn på forløpet og hva aktørene anser som mulige utfordringer med etablering av forløpet. Som vist i kapittel 5 er aktører med ulike stillinger i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten blitt intervjuet. Dette er vist i tabell 8-1.

Tabell 8-1: Oversikt over aktører som tilhører spesialist- og kommunehelsetjenesten

| | Informanter | Antall |
|---------------------------------|-----------------------|---------------|
| Spesialisthelsetjenesten | Sykehusledere | 2 |
| | Sykehusleger | 3 |
| | Spesialistsykepleiere | 4 |
| | Ikke-helsepersonell | 1 |
| Kommunehelsetjenesten | Helseledere | 3 |
| | Fastleger | 3 |
| | Kommunesykepleiere | 3 |

Under intervjuene av aktørene innenfor henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten, fremkom det at hovedlinjene i svarene de avga i stor grad var like. Det er derfor blitt ansett som hensiktsmessig å gruppere svarene aktørene avga i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten. For å sikre en ryddig fremstilling er resultatene systematisert i henholdsvis aktørenes syn på forløpet og utfordringer identifisert av aktørene. Der det er relevant hvilken faglig bakgrunn aktørene har er dette trukket frem.

I kapittel 8.1 presenteres aktørenes syn på forløpet, herunder aktører fra spesialisthelsetjenestens syn på forløpet og aktører fra kommunehelsetjenestens syn på forløpet. I kapittel 8.2 presenteres utfordringer identifisert av aktørene, herunder utfordringer identifisert av aktører i spesialisthelsetjenesten og utfordringer identifisert av aktører i kommunehelsetjenesten. I kapittel 8.3 vil det bli gitt en oppsummering av aktørers forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen.

8.1 Aktørers syn på forløpet

I dette kapitlet presenteres aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenestens syn på forløpet. Avslutningsvis vil det bli gitt en oppsummering.

8.1.1 Aktører fra spesialisthelsetjenestens syn på forløpet

Under intervjuer og observasjoner fremkom det at aktører fra spesialisthelsetjenesten har en strategisk og fremtidsrettet tilnærming til Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet. Flere aktører så på prosjektet som en del av en mer overordnet strategi. Det ble av en sykehusleder pekt på at St. Olavs Hospital ligger langt frem i norsk og europeisk sammenheng når det kommer til arbeid med standardiserte pasientforløp, og pasientforløpene ble omtalt som «forberedelsesarbeid» som legger grunnlaget for mange andre løsninger, blant annet IKT-systemer. Det ble trukket frem at hvis St. Olavs Hospital lykkes med arbeidet med det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen, i tillegg til andre prosjekter, vil det være et stort framskritt som vil ha et enormt potensiale for fremtiden.

Det ble også uttalt at det var et håp at Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet over tid kan bidra til at en kultur for bruk av standardiserte pasientforløp blir etablert i hele helsevesenet, og at det blir måten helsepersonell jobber på. Det ble trukket frem at standardiserte pasientforløp i fremtiden kommer til å bli viktig, og at å få helsepersonell til å tenke på tvers av avdelinger og nivåer er en viktig oppgave. Orkdalsmodellen og forløpet ble ansett som et bidrag til at helsepersonell fikk bruken av standardiserte pasientforløp «inn i ryggmargen», og at de tok innover seg denne måten å jobbe på.

Videre ble det poengtert at St. Olavs Hospital gjennom det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen tar for seg noe som få andre helseforetak i Norge gjør, og at det standardiserte pasientforløpet på den måten er noe unikt.

Det som er unikt med Orkdalsmodellen er at det er et av de få standardiserte pasientforløpene hittil hvor vi virkelig bryter oss løs på det å få til overgangen mellom nivåene i helsevesenet. Altså, mange av pasientforløpene vi har beskriver hva som foregår internt på St. Olav, men det å beskrive hvordan det skal foregå fra St. Olav på Øya til Orkdalen og så ut i kommunene, det er Orkdalsprosjektet en av de mest tydelige på i hvert fall.

Det ble også nevnt at en av «kongstankene» med Orkdalsmodellen og forløpet er at det skal kunne breddes ut, både nasjonalt og internasjonalt, som en modell for kreftomsorg og samhandling.

Ja, hensikten er jo det jeg har snakket om, altså, få til overgangene mellom nivåene, og få til en bedre omsorg for palliative kreftpasienter. Først i den regionen, men Orkdalen er jo en, ikke sant, en pilotregion for dette her. Meningen er jo at hvis dette her funker bra så er det et konsept og en modell som kan breddes utover andre steder også. Og som kan benyttes mange andre steder. Det er jo en av de kongstankene med dette prosjektet. For det er jo ganske vanlig at kreftpasientene beveger seg mellom de nivåene her.

Det ble også sagt at forløpet på den ene siden skal sikre at pasienten får lik behandling, på den andre siden at det som ligger i nasjonale retningslinjer for diagnostikk og behandling blir fulgt. Det ble påpekt at pasientforløpet, i tillegg til å skape flyt og trygge pasienten der den er, skal fungere som en støtte for klinikere i behandlingen og oppfølgingen av pasienter, og at det skal gjøre at helsepersonell i både spesialist- og kommunehelsetjenesten opplever hverdagen som enklere og tydeligere.

Under intervjuer med aktører fra spesialisthelsetjenesten ble det pekt på at det i fremtiden ikke vil være tilstrekkelig at kommunene kun fokuserer på pasientenes funksjonsnivå, men at det vil bli nødvendig med kompetanse og kjennskap til mer spesifikke diagnoser. En del aktører så Orkdalsmodellen og pasientforløpet som et viktig bidrag til å få samhandlingsreformen til å fungere i praksis. Det ble trukket frem at samhandlingsreformen fører til at pasienter blir raskere utskrevet fra sykehus, og at kommunene mottar sykere pasienter med mer komplekse tilstander og mer medisinteknisk utstyr enn tidligere. Det ble pekt på at det derfor er viktig at kommunene får økt kompetanse om ulike diagnoser, i Orkdalsmodellens tilfelle kreft og palliasjon, og økt kunnskap om hvordan man best mulig skal behandle slike spesifikke pasientgrupper. Det ble av aktører i spesialisthelsetjenesten sagt at det kommunehelsetjenesten lærer i Orkdalsmodellen og forløpet kan ha stor overføringsverdi til andre pasientgrupper, og at det kommunene lærer vil direkte effektivisere og bedre helsetjenestene til alle i kommunen.

Av enkelte aktører fra spesialisthelsetjenesten ble det trukket frem at etablering av Orkdalsmodellen og forløpet ikke skulle kreve noen ekstra ressurser for kommunene utover det de allerede har fått tildelt gjennom samhandlingsreformen.

Også er jo tanken bak det i forhold til samhandlingsreformen, ikke sant, som ligger i bånd her, at vi skal flytte tjenester til det mest effektive nivået, eller det beste nivået for pasienten, ofte er det i kommunehelsetjenesten. Hvis spesialisthelsetjenesten sier at «ok, dette kan man gjøre i kommunen», så gjør man det. Og det handler jo om å flytte kostnader. Og spesialisthelsetjenesten er jo veldig kostnadsdrivende, ikke sant. Og da har det jo fulgt midler med samhandlingsreformen til kommunehelsetjenesten, så de er jo også litt sånn, vi sier jo at modellen vi innfører skal jo ikke koste noe ekstra penger

eller kreve noe ekstra ressurser ut over det som allerede på en måte ligger til grunn i samhandlingsreformen.

Orkdalsmodellen og pasientforløpet ble omtalt som en «gavepakke», og det ble uttalt at forløpet totalt sett kom til å bli et positivt regnskap for kommunene. En informant trakk frem at samtidig som prosjektet i en tidlig fase kan være ressurskrevende fordi ting kan ta lengre tid, og at folk må bli kjøpt fri for å reise på kurs, håpet vedkommende at «totalpakka blir litt sånn gulerot», at det blir attraktivt for de ansatte å være med på og at de kanskje vil gjøre en ekstra innsats. En annen informant trakk frem at også sykehuset bidro med betydelige ressurser inn i prosjektet, i form av mye utstyr og kurs, og at det var viktig å informere om dette ut i kommunene.

Videre omtalte aktører fra spesialisthelsetjenesten forløpet i Orkdalsmodellen som et generelt forløp, og sammenliknet det med forløp utviklet sentralt ved St. Olavs Hospital. I dette la de at forløpet ikke er et diagnosebasert forløp, men et forløp som i større grad går på symptombyrde. Kreft ble sett på som en samlebetegnelse på flere spesifikke kreftsykdommer.

Det er ikke et diagnosespesifikt forløp. Det er mer på symptombyrde. Det er ikke på diagnose. Det er egne forløp. Der finnes det egne forløp for brystkreft, for magekreft og så videre.

Det ble i intervjuene forklart at fordi Orkdalsmodellen er organisert som en studie, har prosjektet begrenset seg til å gjelde palliative kreftpasienter, og at dette kanskje kunne virke noe snevert for kommunene som var opptatt av å ha ting generelt, men at det på sikt skal generaliseres til å gjelde alle kreftpasienter og pasienter med behov for lindrende behandling.

Under intervjuer med to av sykehuslegene ble det videre forklart at «kommunedelen» av forløpet i stor grad baserer seg på det allerede eksisterende funksjonsbaserte forløpet i kommunene, HPH, men at det i Orkdalsmodellen er skreddersydd til å gjelde kreftpasientene.

Nå har jo vi vært så heldige at vi har kunnet bruke det arbeidet som allerede er gjort innenfor HPH. At vi har kunnet bruke det og utvikle det videre i forhold til det her pasientforløpet, på en måte skreddersy det litt mer direkte mot kreftpasienter. Men skjelettet og på en måte ideene er jo lik som med HPH.

På spørsmål om hvordan aktørene så for seg at helsepersonell skulle bruke forløpet ble det forklart at de i kommunene må ta frem det spesifikke forløpet for den palliative kreftpasienten i møte med denne pasientgruppen, og at dette krever at helsepersonell i kommunen definerer riktig pasient inn i rett forløp.

Når de får en kreftpasient som passer, som er en palliativ pasient, så må de på en måte ta frem det palliative pasientforløpet også må de sjekke at det er gjennomført

sånn som det er sagt. Så de må jo tenke seg om for hver pasient da; er dette en pasient med KOLS eller er det en pasient med kreft. Ja og hvis det, får han kurativ behandling eller palliativ behandling. Og det er jo der egentlig legene må på banen fordi at de bør jo definere rett pasient liksom inn i rett forløp da [...] Og at sykepleierne må faktisk tenke seg om at «åja, ja, her må jeg huske på å ta frem sjekklista som... Åja, dette var kreft ja». Liksom sånn.

Det fremkom også at aktørene hadde ulike syn når det kom til hva forløpet var ment å inneholde. Noen av sykehuslegene uttalte at innholdet i forløpet skulle bestå av elementer som skulle gjøre overgangene og samhandling mellom nivåene tydeligere og enklere, heller enn behandlingsanvisninger.

Og så er det et forløp. Det er ikke guidelines. Guidelines finner du andre steder. Det skal ikke være oppskrift på alt av behandling. Det er det ikke. Det er ikke en oppskrift på «Ok, pasienten er tungpustet, hva gjør du da? Pasienten har vondt, hva gjør du da?» Det er det ikke. Det er snakk om flyt i systemet.

Enkelte sykepleiere i spesialisthelsetjenesten beskrev forløpet som en «kunnskapsbase» eller et «oppslagsverk». I dette la aktørene at helsepersonell, pasienter og pårørende, skal kunne gå inn i forløpet og finne all den informasjonen de trenger med tanke på både diagnostikk, prosedyrer, behandlingsforslag og så videre.

Det skal være veiledende og positivt for pasienten, at pasienten kan se at det ikke bare blir å stikke fingeren i lufta og at du får den behandlingen, men at det faktisk finnes noe, at det er veiledere vi går etter. Det er jo nasjonale veiledere vi følger i forhold til selve behandlingen, at det er lagt inn og at pasienten faktisk kan søke det opp også, at dette er vanlig. [...] Så du kan egentlig gå inn i det og finne en del ting som du kanskje ikke visste fra før, og som kan ha betydning for når pasientene kommer til deg. At du kan gå inn og lese at ja, bare det at de har vært til kirurg for eksempel, så står det der at etter 10 dager så skal stingene tas for eksempel. Eller det skal gjøres der og der. Det er mange kunnskapsting du kan lete opp i det.

Det ble forklart at det i forløpet skulle finnes informasjon om behandling, og det skulle være enkelt for helsepersonell på de ulike nivåene å gå inn i forløpet å se hva som hadde blitt gjort med pasienten og hva som eventuelt skulle gjøres med pasienten. At forløpet inneholdt behandlingsanvisninger ble beskrevet som viktig for at helsepersonell skulle gi riktig behandling til kreftpasientene. Det ble av flere aktører trukket frem at for eksempel feber i etterkant av cellegift hos en pasient med en kreftdiagnose kan være en livstruende tilstand, mens feber hos en pasient med en annen diagnose ikke nødvendigvis representerer den samme faren. Det ble påpekt at å gi behandling i form av febernedsettende medisin til kreftpasienter i slike situasjoner kan føre til svært uheldige utfall. Forløpe ble ansett som et

verktøy for å unngå dette, og som et verktøy til å få helsepersonell i kommunene til å tenke mer diagnosebasert.

Videre ble forløpet beskrevet som «et levende dokument» som skal evalueres og oppdateres fortløpende, og som alle må komme med tilbakemeldinger på med tanke på hva som fungerer og ikke. Det ble poengtert at forløpet ikke må bli skrevet ut på papir, da innholdet fortløpende skal kunne oppdateres til å samsvare med gjeldende retningslinjer for behandling og diagnostikk. Hvis noe skulle skrives ut mente aktørene at man kunne klikke seg inn i forløpet, finne ut hvor pasienten er i forløpet, og deretter skrive ut den informasjonen man hadde behov for der og da. Aktørene mente at å skrive ut mye av innholdet i forløpet og «lagre» det skriftlig vil gjøre at man risikerte at innholdet ble utdatert og at aktørene ikke lengre arbeidet etter de samme standardene.

8.1.2 Aktører fra kommunehelsetjenestens syn på forløpet

Mens aktører fra spesialisthelsetjenesten i stor grad så forløpet i et større perspektiv, fremkom det i intervjuer at aktører fra kommunehelsetjenesten i mindre grad har en slik tilnærming til forløpet. Aktører fra kommunehelsetjenesten beskrev gjerne forløpet som ei «smørbrødtype» for hva som skal gjøres i ulike situasjoner eller som «sjekklister» til bruk i møte med pasienten. Det ble sagt at et prosjekt som handler om samhandling mellom nivåene er viktig og formålstjenlig. Samtidig ble prosjektet beskrevet som et «massivt arbeid», et «omfattende prosjekt» eller «stor og omfangsrik».

Jeg vil beskrive den [Orkdalsmodellen] som stor. Omfangsrik. Og veldig relevant. Men kanskje... den er kanskje litt oppe i det blå ennå.

I følge enkelte var det viktig at spesialisthelsetjenesten forsto at «det ikke bare handler om kreft det vi skal levere av tjenester i kommunen», og at pasientforløp var tilpasset kommunenes behov. En helseleder pekte på at kommunens syn på en pasient først og fremst er at den er en innbygger, og at interaksjonen med pasienten dermed blir annerledes i kommunen enn på sykehus.

Vårt syn på en pasient er at den er først og fremst en innbygger, den bor her i kommunen, lever sitt liv her og skal uavhengig om han har kreft eller KOLS eller hva han har så skal han ha et godt liv her, både før og etter en eventuell behandling, og under også. Mens man på sykehuset har på en måte fra A til Å mens pasienten er inne. Så man ser på en måte ikke den verden utenfor sykehuset. Og da tror jeg man handler litt forskjellig også, altså vår interaksjon med pasienten blir forskjellig.

Under intervjuene la aktører fra kommunen vekt på at kommunehelsetjenesten har behov for et bredt perspektiv som favner både pasientens funksjonalitet, sosiale situasjon og

individuelle preferanser. Aktører fra pleie- og omsorgstjenesten la derfor stor vekt på at funksjon heller enn sykdom og diagnose var det sentrale i møtet med pasienten.

Så det de er opptatt av i kommunen er jo funksjonsnivået vet du. Hvilket funksjonsnivå har pasienten, sant ja? Og uavhengig av om han har alvorlig kreft eller om han har alvorlig hjertesvikt, det har egentlig ikke så veldig mye å si, men hvor mye hjelp trenger han? Det er jo det som er viktig egentlig.

Flere kommunerepresentanter trakk frem at fokus på kun én pasientgruppe er lite forenelig med behovet i kommunen. En sykepleier uttrykte at Orkdalsmodellens fokus på kreft kunne oppleves som mettende.

Det blir veldig mye snakk om det [kreft] og veldig mye fokus. Og det er jo viktig, men det kan jo være begge deler det også, at det nevnes i alle fora for da blir du litt sånn mett, for det er jo ørtogførte andre diagnoser som skal ha sitt også. [...] For du blir litt sånn møkkalei egentlig, når at det er mas om ti andre sannelige ting som skal være i fokus også [...] Men de synes ikke det snakkes nok om det da vet du, de tror at vi bare jobber med kreft skjønner du.

En fastlege mente det kanskje ikke var behov i kommunen for et prosjekt og et forløp som gikk på akkurat denne pasientgruppen. Fastlegen uttalte at kreftpasientene bare er en liten del av kommunens folkehelseprofil, og at det er kommunen selv som må få lov til å bestemme hva som skal prioriteres, og at det finnes større utfordringer enn lindrende behandling.

Det er en liten følelse jeg har at her kjøres det ganske hardt fra andrelinjen mot kommunene. Og kommunen vi har jo, som alle andre kommuner, så har vi laget en folkehelseprofil for kommunen, og kreft er jo bare en bitte bitte liten del. Hvert fall terminal behandling i hjemmet, det er bare en bitte bitte liten del altså. Vår kommune har betydelig større utfordringer når det gjelder andre pasientgrupper. Og jeg føler jo at... du er jo pålagt sånn folkehelseprofil og politikerne får jo fra oss fagfolka føringer for hva det er som bør satses på i framtiden... derfor er jeg litt obs på at andrelinjen kan ikke kjøre knallhardt med sine særinteresser for å få kommunen til å ta det når vi har andre utfordringer. Det er kommunen selv som må bestemme hva det er som skal prioriteres, ikke andrelinjetjenesten. [...] Utviklingen og utredning og behandling av demensomsorgen i kommunen er jo et kjempeproblem og kommer til å bli det fremover og overskygger jo lindrende behandling så det holder altså!

Av aktører i kommunen ble forløpet beskrevet som et diagnosespesifikt forløp. Under flere av intervjuene ble pasientforløpet i Orkdalsmodellen sammenliknet med forløpet som allerede eksisterer i enkelte av kommunene, HPH. Satt opp mot dette forløpet, som fokuserer på

funksjon og mestring, ble forløpet for den palliative kreftpasienten i Orkdalsmodellen karakterisert som diagnosebasert.

Og det er jo et annet prosjekt vi har, helhetlig pasientforløp i hjemmet, HPH [...] og der har de ikke diagnosebasert, men de ser heller på mestring. Men i akkurat Orkdalsmodellen så er det jo diagnosebasert.

Flere pekte på at HPH-forløpet i kommunene har fungert godt fordi det er generelt og favner alle pasienter med kroniske sykdommer i kommunen. En helseleder antydte at hvis det eksisterte flere diagnosespesifikke forløp i kommunen kom det til å bli vanskelig å navigere seg frem i «jungelen» av forløp, og at det dermed ikke kom til å bli brukt.

Ja, men det er på grunn av det prosjektet [HPH] vi har i SiO. Der har vi sånn sett lykkes med å ikke gjøre det. Det er andre i Norge som har pasientforløp for hjertesvikt, pasientforløp for KOLS og de har så mange pasientforløp, det er en jungel for sykepleierne: «hvilken skal jeg velge?» Og da blir det ikke brukt, i stedet for at du har ett.

Aktører fra kommunehelsetjenesten pekte på at det er nødvendig å legge opp forløpet ut i kommunene slik at for eksempel de skjemaene som blir utarbeidet kan brukes på flere pasienter.

Vi kan ikke ha et løp med skjema som kun er for den palliative pasient for da blir det støvet ned en eller annen plass. Men at det kan være sjekklister for inntak, for første møtet og slikt, i hjemmetjenesten eller på sykehjem som kan brukes på flere pasienter. Det er jo kjempeviktig. [...] At det ikke er diagnosespesifikt [...] Så hvis vi får til å legge det opp til å favne flere pasientgrupper, at det ikke blir bare under palliasjonsdiagnosen tror jeg er kjempeviktig, og mye enklere for folk å bruke.

Flere av aktørene uttalte at det i dette prosjektet var riktig å fokusere på kreftpasienten, men at de regnet med at forløpet i Orkdalsmodellen ble gjort mer generelt etter prosjektets slutt, slik at det ikke bare omhandlet kreftpasienter.

Men akkurat i selve prosjektet her, Orkdalsmodellen, så er det jo viktig å ta for seg den kreftpasienten. Så det har vi jo sagt at det gjør vi jo i prosjektet her, for å få tyngden der da, men jeg regner med at de går tilbake på den diagnosen.

I intervjuene fremkom det at fastlegene stilte seg skeptiske til bruk av standarder. Det ble av fastlegene pekt på at de får mange handlingsprogram, rutiner, retningslinjer og prosedyrer «tredd nedover hodet», og at det i utgangspunktet er en generell skepsis mot bruk av standarder. En fastlege uttalte at skepsis mot standarder er «noe som er dypt forankret i allmennlegens sjel», og at det å «føle seg fri og kunne ta frie beslutninger» er viktig. Det ble

uttalt at fastlegene derfor ikke bestandig følger nasjonale føringer for «den og den sykdommen og den og den medikamentbruken». En annen fastlege trakk frem at vedkommende i utgangspunktet hadde vært skeptisk til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen fordi vedkommende hadde forbundet det med skjema og liknende, men at vedkommende nå var mer positiv til forløpet fordi det nødvendigvis ikke kom til å bli slik at fastlegene for eksempel måtte følge bestemte maler for henvisning.

Jeg tenkte skjema og rutiner, at det ikke går an å tenke selv, at man må følge den og den prosedyren og maler på alt. Det er jeg ikke nødvendigvis noen tilhenger av. [...] Nå ser jeg jo at det ikke nødvendigvis er slik som jeg tenkte da. At det er mer som et verktøy. At det er ikke noen mal der som en fastlege må følge for å henvise en pasient til kreftpoliklinikken eller til kreftklinikken i byen.

Det fremkom også at aktørene hadde ulike syn når det kom til hva forløpet var ment å inneholde. Mens fastlegene i stor grad beskrev forløpet som en støttefunksjon som kunne brukes som et hjelpemiddel, men at det nødvendigvis ikke må inneholde behandlingsanvisninger og liknende, la kommunesykepleierne vekt på at forløpet skulle inneholde veiledere, artikler, sjekklister og maler for å sikre best mulig behandling på hvert nivå. Kommunesykepleierne uttalte at behandlingsanvisninger i forløpet ville gjør at de følte seg tryggere i arbeidet.

Jeg håper at det letter arbeidet og at vi føler oss tryggere på at vi gjør rett i enhver situasjon da. At det kan være et hjelpemiddel. For det må jo være noe av vitsen skulle jeg til å si. Og at en får hjulpet pasienten best mulig da. Altså, for vi ute i kommunene føler oss nokså for oss selv ikke sant. Vi har liksom ikke en doktor i bakhånd hele tida og da kan det og, det er et godt hjelpemiddel da, at liksom en føler seg trygg på at «ja, nå gjør du rett» for at vi vet at spesialisthelsetjenesten og fastlegen har vært med å satt et standard på det her, og bestemt at sånn og sånn skal vi gjøre hvis det er sånn og sånn. Da føler en seg tryggere tror jeg.

Aktører fra kommunehelsetjenesten var opptatt av hvordan forløpet skulle bli tilrettelagt for bruk i kommunene. For helsepersonell i kommunen som er mye på hjemmebesøk og ute i felten poengterte en kommuneaktør under et intervju at det må utarbeides et system slik at helsepersonell kan ta med seg de de trenger før de drar ut til pasienten. Dette ble forklart med at helsepersonell i kommunen ikke alltid har mulighet til å klikke seg inn på et elektronisk forløp når de er hjemme hos pasientene på grunn av mangel på egnede IKT-verktøy og internettilgang.

Jeg ser ikke for meg at jeg går inn på Public på St. Olav og ser på... Klikker på hjemmedød, også skal jeg liksom finne det som er. Det må være system for det i

hjemkommunen. [...] Det blir jo annerledes hvis du sitter på et kontor vet du, helt annerledes. Men vi må tenke på at en er ute i felten store deler av dagen.

Noen aktører fra kommunehelsetjenesten mente det ville være mest praktisk å skrive ut deler av forløpet og gjøre det tilgjengelig i en hylle for å gjøre bruken av forløpet lett og brukervennlig. Videre var enkelte aktører fra kommunehelsetjenesten opptatt av at kommunene selv kunne tilpasse forløpet, og da spesielt sjekklistene, til sine allerede eksisterende rutiner med forløpsarbeid, så lenge kommunene sørget for at alt det som stod i Orkdalsmodellens forløp ble inkludert i de lokalt tilpassede listene. I undersøkelsene pekte også flere aktører i kommunene på at man kunne benytte seg av kommunens fagsystem⁷¹ ved implementering av forløp. Videre ble det i undersøkelsene avdekket at de ulike kommunene har ulike fagsystem, og at det innad i en kommune også kan eksistere ulike fagsystem mellom for eksempel fastlege og hjemmetjeneste. Fastlegene var spesielt opptatt av at forløpet måtte tilpasses fagsystemet. Det ble pekt på at forløpet ikke måtte føre til at fastlegene måtte bruke flere skjema, og en fastlege uttalte at det var viktig at aktører i Orkdalsmodellen prioriterte elektroniske løsninger for samhandling, og at alt som foregikk på papir var gammeldags, tungvint og uoversiktlig.

8.1.3 Oppsummering – aktørers syn på forløpet

Dette kapitlet har forsøkt å gi svar på oppgavens første forskningsspørsmål: *Hvilket syn har aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten på et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?* Syn på forløpet er oppsummert i tabell 8-2.

Tabell 8-2: Aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sitt syn på forløpet i Orkdalsmodellen

| Spesialisthelsetjenesten | Kommunehelsetjenesten |
|---|--|
| Overordnet, strategisk syn på forløpet | Få tegn på strategisk forankring av forløpet |
| Forløpet skal bidra til å økt kompetanse om spesielle pasientgrupper | Forløpet må ta utgangspunkt i pasienters funksjonsnivå |
| Prosjektet og forløpet er en gavepakke til kommunen, har stor overføringsverdi | For mye fokus på kreft – kommunen kan ha behov for å prioritere andre helseområder |
| Kreft ikke en diagnose, forløpet ikke diagnosebasert | Kreft en diagnose, forløpet er diagnosebasert |
| Forløpet kan virke snevert, men skal generaliseres til å gjelde alle kreftpasienter | Regner med forløpet gjøres generelt utover kreftpasienter etter prosjektslutt |
| «Et levende dokument» - forløpet må være elektronisk og web-basert | Forløpet må tilpasses en hverdag i «felten» - må skrives ut og/eller tilpasses fagsystem |

⁷¹ Med fagsystemer menes elektroniske systemer som ivaretar funksjoner for ulike fagfelt. Et fagsystem er utviklet for registrering og behandling av data knyttet til en virksomhets oppgaver. (Wikipedia)

Som det fremkom av undersøkelsene, og som tabellen viser, hadde aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten ulike syn på pasientforløpet i Orkdalsmodellen. I tillegg til forskjellene mellom tjenestenivå, var det også forskjeller mellom aktører innad på hvert nivå knyttet til innhold i forløpet. Sykehusleger og fastleger hadde ikke fokus på at forløpet skulle inneholde behandlingsanvisninger, mens dette var i fokus hos spesialist- og kommunesykepleiere.

8.2 utfordringer identifisert av aktører

I dette kapitlet presenteres aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenestens syn på hva som kan være utfordringer i etableringen av et pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Avslutningsvis vil det bli gitt en oppsummering.

8.2.1 utfordringer identifisert av aktører fra spesialisthelsetjenesten

Aktører fra spesialisthelsetjenesten mente en stor hindring for etableringen av forløpet vil være hvis de som skal bruke det ikke ser på det som hensiktsmessig og brukervennlig, at de ikke er motiverte eller engasjerte, men at de heller anser forløpet som en byrde. Det ble ansett som utfordrende hvis helsepersonell ikke anser forløpet som praktisk, eller hvis helsepersonell ikke ser at forløpet er et verktøy til hjelp i hverdagen.

Jeg tror det handler veldig mye om innstillinger eller holdninger. Da tror jeg man er litt mer på enkeltpersonnivå, litt det her at man må finne en eller annen motivasjon i de som faktisk jobber nærmest pasienten til å se poenget. "Hvorfor i all verden skal jeg følge opp dette?"

At forløpet ble ansett som hensiktsmessig ble av en informant koblet til hvordan forløpet ble rigget og hvilke detaljer forløpet inneholdt.

Også er det noe som heter at «the devil lies in the details», «djevelen ligger i detaljene», så man må liksom file på detaljer for å få det her til å funke ordentlig altså. [...] Og det å skjønne hvilke ting som må være på plass, det er viktig. Hvis en rigger sånne ting på en logisk sett tåpelig måte - sånn at de som er tettest på pasientene opplever at dette er bare tullball i første versjon, da har en tapt. Da har du gjort en blemme altså, fordi at da kveler du entusiasmen for det. Og den entusiasmen er du helt avhengig av.

I tillegg ble det trukket frem som viktig at alle aktørene som deltar i prosjektet har en følelse av at Orkdalsmodellen er et felles prosjekt. Flere aktører pekte på at Orkdalsmodellen og

forløpet ikke må oppleves som noe spesialisthelsetjenesten «trer nedover hodet» på kommunehelsetjenesten.

Det vi må få til er at nivåene snakker åpent og ærlig med hverandre. Og at alle føler seg inkludert. Altså at kommunehelsetjenesten og de som jobber på kreft poliklinikken og de som driver med palliasjon i byen, at du får til en fellesskapsfølelse. At de forstår at dette er et felles prosjekt. Som alle deltar i, og alle er viktige i. Det må vi få til. Det tror jeg er ganske godt på gang. Jeg tror det vil være helt katastrofe hvis de som jobber i SiO-samarbeidet for eksempel, føler at dette er noe som de i byen kommer å trækker nedigjennom halsen på de, da tror jeg vi har tapt altså. Da funker det ikke. Så sånn må det ikke være.

Det ble sagt at prosjektet har sitt utspring fra St. Olavs Hospital, noe som kunne by på utfordringer for etableringen av forløpet i kommunene. For lite involvering av kommunehelsetjenesten ble også trukket frem som en mulig utfordring av flere. Flere aktører pekte på at det i utarbeidelsen av forløpet kanskje ikke hadde vært tilstrekkelig involvering av kommunene og at dette kunne representere en mulig utfordring.

Men det jeg tror og er viktig oppi det, det er at vi tar med oss kommunene også, i det vi gjør. Så jeg tror nok kanskje i pasientforløpet for eksempel, så tenker jeg i ettertid at så skulle det kanskje vært forespurt flere fra kommunene å bli med der. For det er noe med at de skal få et eierforhold til det. At en samarbeider om det som foregår.

Videre ble det ansett som et hinder for etablering av forløpet hvis kommunene ikke stilte opp med tilstrekkelige ressurser. Det ble pekt på at det var ledernes ansvar å legge til rette for at modellen ble gjennomført.

Og så er det jo selvsagt også viktig at det blir lagt til rette for at modellen skal gjennomføres. Altså, at, og det er vel lederne sitt ansvar dette her med at folk faktisk får muligheten til å dra på kurs, mulighet til å delta i kompetansehevingen, og så videre da. Og at kommunene er villig til å sette inn de ressursene som trengs rundt pasienter som er ekstra ressurskrevende. Det vil for eksempel være avgjørende for om en pasient kan være i hjemkommunene eller om han må være på sykehus. Det er klart hvis ikke kommunen klarer å stille opp med det støtteapparatet som må til for at en skal kunne være i hjemkommunen så går det jo ikke. Da kommer pasienten tilbake hit.

Det ble ansett som utfordrende hvis forløpet ikke var forankret hos kommuneledelsene og at de ikke «pushet» på for at implementeringen skulle lykkes.

Og dessuten så tror jeg at det må være forankret i ledelsen rundt omkring. For at vi får jo høre om hvor travelt sykepleierne har det rundt omkring, og det har dem, de har det kjempetravelt, og det er noe med at «jeg må bare gjøre det mest nødvendige, resten må bare, vi må bare sende på sykehus, eller bare gjøre sånn og sånn, fordi at jeg må gjøre det og det». Og hvis det heller ikke blir pushet på da, i forhold til ledelsen da, så får vi det ikke til.

En annen utfordring som ble identifisert av noen av aktører fra spesialisthelsetjenesten var fastlegenes takstsystem, som blant annet ble identifisert som en barriere for at fastlegen skulle bidra i utarbeidelsen av forløpet.

Det er jo sånn at fastlegene tjener pengene sine gjennom et takstsystem. Og det å delta med arbeidet som er i å lage en sånn forskningsprotokoll som det her, det å gå i møter og sånn rundt det, det tror jeg ikke de får noe penger for i det hele tatt. Og det er nok litt et hinder altså, for det er klart at fastlegene skal betale huslån og billån og strømmen og barnehagen og sånn de også, så de må tjene penger, og det er til en viss grad en begrensning. Altså, det er klart at fastleger er villig til en viss grad å drive å gjøre sånn type arbeid, men med en viss begrensning i det da. Det tror jeg må være riktig å si.

Fastlegene ble ansett som nøkkelpersoner for å lykkes med Orkdalsmodellen og forløpet, spesielt med tanke på å nå Orkdalsmodellens mål om mer hjemmetid for pasienten. Det ble forklart at for at forløpet skal kunne etableres i kommunene må fastlegen være tilgjengelig også utenom vanlig arbeidstid, og de må i større grad reise på hjemmebesøk enn tidligere. Fastlegenes takstsystem ble identifisert som en mulig barriere for dette fordi det kunne medføre at fastlegene genererte færre takster.

I tillegg, når vi har snakket med fastleger, så er det mange av de som opplever et veldig tidspress og et økonomikjør på en måte, et jag mot at jeg må skofle pasienten unna for det er slik systemet er [...] Så man må nok tenke veldig overordnet i forhold til for eksempel fastlegene, som jeg mener er en nøkkelgruppe i forhold til å lykkes, og at de ikke taper masse på for eksempel å dra på hjemmebesøk. For de forteller at når de drar på hjemmebesøk kunne de hatt 3-4 pasienter på kontoret, også kunne de tjent mye mer. [...] per i dag er det en hindring for å lykkes, og det at fastlegene sier at de vil gjerne ha ansvaret for pasienten, men ikke etter klokka fire. Så hvordan løser vi det med å ha fastlegen på banen i forhold til å gi pasienten mer hjemmetid.

8.2.2 utfordringer identifisert av aktører fra kommunehelsetjenesten

Prosjektets størrelse og omfang ble av flere aktører fra kommunehelsetjenesten trukket frem som en utfordring for hvorvidt prosjektet skulle lykkes eller ikke. Flere aktører fra kommunehelsetjenesten pekte på at prosjektet kom til å kreve mye ressurser over lang tid, og spesielt i starten av implementeringsprosessen. Aktørene fra kommunehelsetjenesten var bekymret for om prosjektet kunne være for omfangsrikt og ressurskrevende til å lykkes med ute i kommunene.

Det kan være et hinder, at prosjektet er for stort og omfattende. Altså, jeg er veldig positiv til prosjektet men... Ja, det kan bli for stort og omfangsrikt til at vi skal 100% lykkes med det. Det er min oppfatning. Vi vil gjerne og de vil veldig gjerne. For de vil jo at det her på en måte skal bli internasjonalt kjent. Det er jo lagt opp på et ganske høyt nivå.

Det ble trukket frem at kommunen har begrensede ressurser, og at ressursene skal fordeles over mange aktiviteter. Det ble uttalt at dette kunne sette begrensninger for kommunens muligheter til å bidra i prosjekter som dette.

Det er mange ting som er viktig, og det er mange kurs og møter og sånt, så det er begrenset hva en liten kommune kan ta seg tid og ressurser til for å bli med. Det som begrenser det er hvor stort det blir og hvor mye ressurser som kreves av kommunen.

Av enkelte ble det også trukket frem at spesialisthelsetjenesten hadde prosjektstillinger som skal jobbe fulltid med prosjektet, mens kommunene i større grad må jobbe parallelt med daglig drift og prosjekter som dette. Aktører trakk i tvil hvorvidt prosjektgruppa var tilstrekkelig oppmerksom på denne forskjellen mellom kommune- og sykehussiden av prosjektet.

Det skal komme frem en sånn samarbeidsavtale nå, og det er der jeg ser at de har litt store forventninger til det vi skal levere. Ja. Så det er der vi må komme i drøftinga nå. Og så på en måte, kanskje de... Ja, jeg vet ikke om de vet noe om hvordan vi jobber i kommunene eller... De har jo frigjort tid til ressurser. De har jo prosjektstillinger nå som skal jobbe med det her. Vi har jo den kreftkoordinatoren vi da, den regionale kreftkoordinatoren som skal jobbe mye inn i det prosjektet her da, men jeg ser det kreves veldig mye involvering fra oss også. Og jeg er redd at de krever for mye involvering jeg altså. I forhold til det de legger opp nå. [...] Vi skal jo drifte kommunen når det prosjektet her foregår også.

Videre trakk en helseleder frem at kursing og opplæring av de ansatte i forbindelse med Orkdalsmodellen sannsynligvis ville føre til vikarutgifter i kommunene. Dette så

vedkommende på som et mulig hinder på grunn av budsjettene kommunehelsetjenesten er forpliktet til å holde.

Men det krever litt økonomiske ressurser for oss i kommunene altså, som vi ikke får noen prosjektmidler til. Blant annet så fører det til, vil jeg tro, forholdsvis store vikarutgifter hos oss, i forhold til opplæring, i forhold til å delta på det kompetansehevingsprogrammet som det er lagt opp til. Vi har begrenset budsjett i kommunene å bruke til slike ting for vikarbudsjettenes våre de blir brukt mest til sykefravær de. Og vi er jo forpliktet til å holde budsjettene våre. Så det kan være et hinder for oss da.

At enkelte krav til ressursbruk ikke var eksplisitt uttalt ble også ansett som utfordrende av noen aktører fra kommunehelsetjenesten. En kommuneaktør etterlyste involvering i planlegging av omfang av og tidsbruk i prosjektet, og var bekymret for at prosjektgruppa kanskje tenkte «for stort».

Vi vet ennå ikke omfanget, og det har jeg etterspurt, omfanget og tidsbruken på det kompetansehevingsprogrammet. Vi vet ikke.. jeg vet ikke.. tenker de for stort de som er ansvarlig for prosjektet? Klarer de å involvere oss i forhold til.. vi kan ikke være tilgjengelig for de.. det er begrenset, hvor mye ressursbruk vi kan på en måte stille til disposisjon for prosjektet. Vi skal jo på en måte utføre arbeidsoppgavene våre i det daglige.

Flere helseledere antydte at mangel på forståelse for hverandres hverdag kunne være en hindring for etableringen av det standardiserte pasientforløp. En helseleder trakk frem at det var viktig at spesialisthelsetjenesten forsto hvordan kommunene var organisert. For vedkommende var det også viktig at modeller kunne brukes på flere fagfelt. Videre trakk helselederen frem at det kunne være problematisk at kommunene gjerne ser gevinstrealisering av tiltak lenge etter tiltaket ble gjennomført.

[Man] må på en måte lytte til hvordan det er organisert i kommunene. Også må man ha forståelse for at det ikke bare er kreft man jobber med i kommunehelsetjenesten. For man jobber med mer. Vi er nødt til å ta opp i oss modeller som kan brukes på ulike fagfelt da.[...] Også blir det litt sånn at det som skjer på sykehuset får ringvirkninger for oss. Men vi har ikke noe slags.. altså, vårt incitament for å gjøre noe er så langt fram, vi kan forebygge, sant, innbyggerne sin helse, men det er ikke sikkert vi ser resultatet før om 20 år, økonomisk. Og ikke er det vi som sparer på det heller, det er jo spesialisthelsetjenesten, kan du jo si, altså vi sparer jo vi også da...

Av flere aktører ble for lite informasjon og for lite involvering trukket frem som mulige utfordringer ved innføringen av det standardiserte pasientforløpet. Manglende involvering av

kommunen i utarbeidelsen av forløpet ble sett på som et mulig hinder for å lykkes med forløpet på kommuneplan. En aktør antydte under intervjuet at det kanskje kunne blitt satt mer fokus på prosjektet, og at de kunne tenke seg å bli involvert i arbeidet med prosjektet på en mer konkret måte. Vedkommende mente at hvis forløpet skulle være et verktøy som kommunene skulle bruke var det viktig å få beskjed om dette, og bli involvert tidlig slik at kommuneaktører kunne få eierskap til forløpet.

Hvis vi rundt omkring i kommunene skal være involvert, så er det viktig at vi vet hva som foregår. Og det har ikke vært så mye fokus på det, skulle jeg til å si, utenom de informasjonsmøtene vi har fått da. [...] Og så kanskje at vi kan få ei sånn bestilling i fra dem, eller, at liksom, dem involverer oss. I prosjektet litt mer konkret. [...] Ja, og liksom at det at vi har, for som jeg forstår så skal det liksom være et verktøy vi skal bruke ikke sant... Og da er det viktig at vi kanskje får beskjed om det, og at vi kan bli involvert tidlig med å gjøre ja, få litt mer eierskap til det.

Under samme intervju trakk aktøren frem at involvering av aktører på alle nivå var viktig siden forløpet skal være på et høyt detaljnivå. For at forløpet skulle kunne være til hjelp i kommunen og være tilpasset lokale forhold mente vedkommende at kommunene burde være involvert. Personen antydte at det er de i kommunene som kjenner sin egen hverdag best, og dermed vet hva som kreves av et slikt forløp for at det skal oppleves som hensiktsmessig for dem å bruke.

Videre ble fastlegene av enkelte aktører fra kommunehelsetjenesten trukket frem som viktig for å lykkes med forløpet. Det ble pekt på at ut i kommunene kan det spesielt bli vanskelig å få med seg fastlegene fordi de har autonome stillinger og er vant til å ta sine egne beslutninger.

Men også at kanskje det er vanskeligere med fastleger fordi de har en veldig autonom stilling der en sitter for seg selv og bestemmer stort sett alt selv. At en tar sine avgjørelser. Mens sykepleiere er mer vant til å ta imot oppgaver, og ting de skal gjøre, så er det vel kanskje en del fastleger som sitter som kongen på haugen og har gjort det slik i 30 år og da skal det gjøres slik i år også. Ikke alle, langt i fra alle, jeg mener ikke å generalisere, men det kan være tilfeller, det tror jeg at det kan.

I tillegg pekte enkelte kommunesykepleiere på at det ville være vanskelig å få fastlegene til å bruke for eksempel sjekklister.

Og legene her og sperrer jo for alle slike sjekklister for eksempel. "Åh, skal det bli sjekklister for oss og ja". Eller sånn "hvorfor det her, det har vi jo ikke tid til" sier de

da. Kan være en side med mer som sånn remindere altså, punkt som står at husk på å gjøre det og det, så må du kanskje krysse også. Men det synes de ikke de har tid til da.

Samtidig ble det under et intervju med en fastlege ytret bekymring for hvordan Orkdalsmodellen og forløpet, og også andre prosjekter generelt, ble utarbeidet, og det ble pekt på at fastleger ofte ble «skvisa ut over sidelinja». Vedkommende mente at det ikke er mangel på interesse som gjør at fastlegene ikke deltar på Orkdalsmodellens informasjonsmøter og liknende, men at andre yrkesgruppers mangel på hensyn til fastlegenes organisering og finansieringsordning gjør at fastlegene ikke får mulighet til å involvere seg i prosjekter. Det ble uttalt at det dermed ofte er andre yrkesgrupper som blir sittende å bestemme hva som skal skje, mens fastlegen ikke får mulighet til å delta.

Det er en sånn enkel ting som at kommunen var innkalt, både rådmann og helse- og omsorgsleder og jeg og andre, som var innkalt på et møte på mandag formiddag. Og det er jo selvsagt, for en som driver fastlegepraksis så er det helt håpløst. Det ødelegger hele dagen at vi må reise dit. Alle de andre gruppene som er innkalt har fast lønn og for dem så betyr det jo ingen ting når møtene er, sånn økonomisk sett, men jeg taper jo masse penger på å reise på et sånt møte. Jeg rekker ikke mange pasienter før møtet, og det blir begrenset etter møtet. Og det der har vi opplevd mange ganger [...] Det er masse møter og sånn på kort varsel og midt i den verste pasienttiden kan du si, som gjør at det er håpløst for oss fastleger. Og jeg er egentlig litt redd nå, at det skjer det samme her. At vi blir skvisa litt ut over, som fastlege, vi blir skvisa litt ut over sidelinja, og så er det de andre yrkesgruppene som har fast lønn som blir sittende igjen å bestemme hvordan dette skal skje fremover. Det bekymrer meg litt.

Det ble også nevnt at tid er en utfordring for fastlegene generelt. Det ble forklart med at fastlegene i kommunene har mange pasienter, samtidig som det blir flere og flere kompliserte pasienter å ta seg av. Å kunne følge opp alle disse komplekse pasientene på en tilstrekkelig måte for å unngå innleggelse på institusjon ble av fastlegen ansett som utfordrende med tanke på tid. Det ble poengtert at fastlegen ikke kunne prioritere noen pasienter over andre.

Videre ble det av aktører i kommunehelsetjenesten trukket frem at antall palliative kreftpasienter i kommunen er lite, og at dette kan være en utfordring med tanke på etablering av forløpet i Orkdalsmodellen, fordi helsepersonell rett og slett kan glemme at det eksisterer et forløp for denne pasientgruppen.

Det er jo heldigvis begrenset utvalg av palliative pasienter. En er jo ikke borti det så ofte i kommunehelsetjenesten, det er jo noe helt annet på en kreftavdeling eller en palliativ avdeling. Så at pasientgrunlaget blir litt lite hos den enkelte lege eller enkelte

sykepleier, det kan nok være en utfordring [...] folk kan glemme av det altså. At det ligger et pasientforløp der.

8.2.3 Oppsummering – utfordringer identifisert av aktører

Dette kapitlet har forsøkt å gi svar på oppgavens andre forskningsspørsmål: *Hva identifiserer aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som mulige utfordringer med etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?* Identifiserte utfordringer er oppsummert i tabell 8-3.

Tabell 8-3: Utfordringer identifisert av aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten

| Spesialisthelsetjenesten | Kommunehelsetjenesten |
|--|---|
| Helsepersonell anser forløpet som lite hensiktsmessig og brukervennlig | For stort og ressurskrevende prosjekt |
| Manglende prioritering av prosjektet fra kommunens side | Urealistiske ressurskrav fra spesialisthelsetjenesten |
| For lite involvering av kommunehelsetjenesten | Kommunene må fordele ressurser over flere aktiviteter og pasientgrupper |
| En følelse av at spesialisthelsetjenesten «trer forløpet nedover hodet» på aktører i kommunehelsetjenesten | Manglende forståelse av hverandres hverdag |
| Fastlegens takstsystem | For lite informasjon og for lite involvering av kommunene |
| | Fastlegenes organisering, takstsystem og motvilje mot sjekklister |
| | Få palliative kreftpasienter per kommune |

Som det fremkom av undersøkelsene, og som tabellen viser, identifiserer aktørene en rekke mulige utfordringer med etableringen av et pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som tabellen viser fokuserte aktører fra spesialisthelsetjenesten gjerne på utfordringer som omhandlet kommunehelsetjenestens syn på og opplevelse av Orkdalsmodellen og forløpet. Aktører fra kommunehelsetjenesten identifiserte utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenestens forventninger og prosjektets omfang og krav til ressursbruk i kommunene. Både aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten identifiserte fastlegenes organisering og finansieringsordning som en mulig barriere for etableringen av forløpet.

8.3 Oppsummering – aktørers forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

Dette kapitlet har forsøkt å gi svar på oppgavens to forskningsspørsmål:

1. *Hvilket syn har aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten på et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?*

2. *Hva identifiserer aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten som mulige utfordringer med etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene?*

Resultatene er oppsummert i tabell 8-4.

Tabell 8-4: Aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sitt forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen

| | Spesialisthelsetjenesten | Kommunehelsetjenesten |
|-----------------------------------|---|--|
| Syn på forløpet | Overordnet, strategisk syn på forløpet Forløpet skal bidra til å økt kompetanse om spesielle pasientgrupper Prosjektet og forløpet er en gavepakke til kommunen, har stor overføringsverdi Kreft ikke en diagnose, forløpet ikke diagnosebasert Forløpet kan virke snevert, men skal generaliseres til å gjelde alle kreftpasienter «Et levende dokument» - forløpet må være elektronisk og web-basert | Få tegn på strategisk forankring av forløpet Forløpet må ta utgangspunkt i pasienters funksjonsnivå For mye fokus på kreft – kommunen kan ha behov for å prioritere andre helseområder Kreft en diagnose, forløpet er diagnosebasert Regner med forløpet gjøres generelt utover kreftpasienter etter prosjektslutt Forløpet må tilpasses en hverdag i «felten» - må skrives ut og/eller tilpasses fagsystem |
| Identifiserte utfordringer | Helsepersonell anser forløpet som lite hensiktsmessig og brukervennlig En følelse av at spesialisthelsetjenesten «trer forløpet nedover hodet» på aktører i kommunehelsetjenesten For lite involvering av kommunehelsetjenesten Manglende prioritering av prosjektet fra kommunens side Fastlegens takstsystem | For stort og ressurskrevende prosjekt Urealistiske ressurskrav fra spesialisthelsetjenesten Kommunene må fordele ressurser over flere aktiviteter og pasientgrupper Manglende forståelse av hverandres hverdag For lite informasjon og for lite involvering av kommunene Fastlegenes organisering, takstsystem og motvilje mot sjekklister Få palliative kreftpasienter per kommune |

Tabell 8-4 viser at aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten har ulike syn på pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Videre viser tabellen at aktørene identifiserer en rekke mulige utfordringer med etableringen av et pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I dette kapitlet er det vist at aktørene fra spesialist- og kommunehelsetjenesten har ulike forhold til det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Disse funnene vil bli brukt videre for å gi svar på oppgavens problemstilling. I det neste kapitlet kombineres de empiriske funnene og det teoretiske fundamentet i en diskusjon rundt hva som kan sies å være mulige utfordringer med å etablere et forløp der tjenestenivåene skal samhandle.

9 Diskusjon

Formålet med denne studien har vært å undersøke følgende problemstilling:

Hva er utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle?

I dette kapitlet vil teori og empiriske funn bli kombinert, for på den måten å kunne besvare oppgavens problemstilling. I de foregående kapitlene er oppgavens teoretiske grunnlag blitt presentert og oppgavens case er gjennomgått. Teori om helsevesenet, samhandling, lean og standardiserte pasientforløp har blitt presentert og danner oppgavens teoretiske fundament. Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen er blitt beskrevet, og aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenestens syn på forløpet og utfordringer ved etablering av forløpet, identifisert av aktørene, er blitt presentert. Dette danner grunnlaget for å kunne si noe om hva som kan være mulige utfordringer i etableringen av et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle.

På bakgrunn av oppgavens teoretiske fundament og de empiriske funnene har tre områder pekt seg ut som utfordrende ved etableringen av et forløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Under undersøkelsene ble det avdekket en rekke forhold som kunne tenkes å være mulige utfordringer. Disse forholdene pekte alle tilbake på en av de tre områdene som utgjør de i denne oppgaven identifiserte utfordringene ved etableringen av et forløp der tjenestenivåene skal samhandle. I dette kapitlet vil disse områdene bli presentert og empiriske funn sammen med teori vil bli brukt for å forklare hvorfor områdene kan ses på som utfordrende. De tre hovedområdene som vil bli gjennomgått i kapitlet er presentert i tabell 9-1.

Tabell 9-1: Utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle

| Utfordringer | |
|--------------|---|
| 1. | Kulturelle forskjeller |
| 2. | Organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering |
| 3. | Desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer |

I kapittel 9.1 blir kulturelle forskjeller presentert. I kapittel 9.2 og 9.3 blir det gitt en presentasjon av henholdsvis organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering og desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer. I kapittel 9.4 blir det gjort en oppsummering og refleksjon rundt de identifiserte utfordringene.

9.1 Kulturelle forskjeller

Som presentert i kapittel 6 og 7 har etableringen av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen vært et samarbeidsprosjekt mellom ulike aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som vist i kapittel 4.3.1 er det viktig at et tverrfaglig team, bestående av aktører fra enhetene og profesjonene som skal benytte et forløp, er involvert i utviklingen av dette forløpet. Videre er det trukket frem at kvaliteten på forløpet er avhengig av dette samarbeidet, og det ble også poengtert at aktørenes oppslutning om initiativet er avhengig av det tverrfaglige samarbeidet om forløpet (jfr. kapittel 4.3.1). For pasientforløpet i Orkdalsmodellen impliserer dette at kvaliteten på forløpet og aktørenes oppslutning om forløpet vil avhenge av hvordan samarbeidet mellom aktørene fra spesialist- og kommunehelsetjenesten fungerer. I undersøkelsene har det vist seg at kulturelle forskjeller mellom tjenestene kan representere en utfordring for samarbeidet om etableringen av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen.

Som den teoretiske gjennomgangen viser kan ulik forståelse av pleie og forskjell i målforståelse i de ulike helsetjenestene bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som blir vektlagt (jfr. kapittel 3 og 4.4). Videre kan ulike profesjonelle subkulturer sies å ha ulik tilnærming til problemløsning og lite kjennskap og forståelse av hverandres utfordringer og verdier, noe som kan vanskeliggjøre tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon mellom profesjonene (jfr. kapittel 2.3.1). I kapittel 4.4 ble det vist at Røsstad et al. (2013) fant at kulturelle forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten særlig kan være et hinder for samarbeid i utarbeidelsen av et standardisert pasientforløp som skal gå på tvers av tjenestene.

Gjennomgangen av intervjuene og observasjonene gjort i de foregående kapitlene viser at aktørene fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Orkdalsmodellen har en ulik tilnærming til pleie. Som undersøkelsene viser trakk flere aktører fra kommunehelsetjenesten frem at for helsepersonell i kommunene er en pasient først og fremst en innbygger, og det ble lagt vekt på at kommunen har behov for et bredt perspektiv på pleie som favner både vurdering av pasientens funksjonalitet, sosiale situasjon og individuelle preferanser (jfr. kapittel 8.1.2 og 8.2.2). Aktører fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten la derfor stor vekt på at funksjon heller enn diagnose var det sentrale i møtet med pasienten. Videre la aktører fra spesialisthelsetjenesten i Orkdalsmodellen på sin side vekt på viktigheten av å fokusere på pasientens diagnose, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Flere aktører fra spesialisthelsetjenesten trakk frem at et fokus på funksjonalitet alene ikke er tilstrekkelig i møte med pasienter, særlig ikke når flere sykehusoppgaver overføres til kommunene som følge av samhandlingsreformen. Eksempler som ble trukket frem gikk på situasjoner hvor kunnskap om diagnose er avgjørende for å kunne gi nødvendig oppfølging av pasienten, og hvor uvitenhet om diagnose kan føre til uheldige utfall. (jfr. kapittel 8.1.1 og 8.2.1) Dette sammenfaller i stor grad med det Røsstad et al. (2013) fant i sine studier der

kommunehelsetjenestens fokus på funksjon mot spesialisthelsetjenestens fokus på enkeltdiagnoser ble trukket frem som en kulturforskjell mellom tjenestene som kunne gjøre etableringen av et pasientforløp på tvers av nivåene utfordrende (jfr. kapittel 4.4). Denne forskjellen kan knyttes til at helsepersonell i henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten er forpliktet til relativt forskjellige verdier og målsettinger som i stor grad er knyttet til de ulike organisatoriske strukturene i helsetjenestene (jfr. kapittel 3.2.3).

Blant annet fremgikk det i undersøkelsene at respondentene fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten hadde en ulik tilnærming til kreft, og en ulik forståelse av forløpet for den palliative kreftpasienten. Dette kan ses i sammenheng med det som er beskrevet i kapittel 2.3.1 hvor Petrie (1976) argumenterer for at ulike profesjoner har ulike kognitive kart, og at to forskjellige fagfolk dermed kan se på det samme, men forstå det ulikt. Resultatene i kapittel 8 viser at aktører fra kommunehelsetjenesten omtalte «kreft» som en diagnose på lik linje med KOLS og diabetes. Forløpet for den palliative kreftpasienten ble av disse aktørene omtalt som et diagnosebasert og spesifikt forløp. Aktører fra spesialisthelsetjenesten anså derimot ikke «kreft» som en diagnose, men som en samlebetegnelse på flere kreftsykdommer. Forløpet ble av disse aktørene omtalt som et generelt forløp som ikke var diagnosebasert, men som tok utgangspunkt i symptombyrde.

Det kan være nærliggende å anta at denne forskjellen skyldes at de ulike aktørene har ulike referansepunkt som kan knyttes til henholdsvis spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som vist i kapittel 3.2.3 har aktører i ulike organisatoriske strukturer i helsevesenet ulike perspektiver, arbeider i ulike situasjoner og har forskjellige erfaringer. I Orkdalsprosjektet kan aktørene fra spesialisthelsetjenesten antas å være vant til å forholde seg til ulike forløp ved St. Olavs Hospital som går direkte på ulike kreftsykdommer, som for eksempel tykktarmskreft og brystkreft (jfr. kapittel 7.1.1). Som det ble pekt på i kapittel 3.2.3 representerer sykehuset en medisinsk disiplin og for aktører på sykehusene er det viktig å tilegne seg informasjon og kunnskap om pasientens medisinske diagnose og sykdom. Som en konsekvens av dette vil aktører fra sykehuset være bærere av et diagnosebasert perspektiv og bruke en diagnosebasert modell i møte med pasienter og i behandling av pasienter. (jfr. kapittel 3.2.3) I Orkdalsmodellen omfatter forløpet alle palliative kreftpasienter, uavhengig av type kreftsykdom, og det er nærliggende å anta at dette for aktører i spesialisthelsetjenesten oppleves som generelt og lite diagnosebasert, sammenliknet med det referansepunktet disse aktørene har. Dette kom tydelig frem i intervjuene hvor aktører fra spesialisthelsetjenesten forklarte forløpet og dets generalitet ved å sammenlikne det med eksisterende forløp ved St. Olavs Hospital.

Samtidig hadde aktørene i kommunehelsetjenesten i Orkdalsprosjektet en annen erfaring med forløpsarbeid enn aktørene fra spesialisthelsetjenesten. Kommuneaktørens erfaring med pasientforløp kom fra arbeidet med HPH (jfr. kapittel 7.1.2), et forløp som omfatter alle

kronisk syke pasienter i kommunene og hvor fokus er mestring og funksjonsnivå. Som vist i kapittel 3.2.3 må helsepersonell i kommunen ha en mer generell tilnærming til pleie og omsorg. Dette innebærer at helsepersonell i kommunen må ha en allsidig tilnærming for å møte pasientens behov i hjemmet, herunder et fokus på flere sykdommer samtidig og pasientens funksjonelle evne til å styre dagen sin selv. Det er nærliggende å tro at kommunens perspektiv på pleie, der pasientens totale sykdomsbilde og funksjonsnivå er i fokus, samt deres erfaringer med HPH-arbeidet, kan ha ført til at kommunerepresentantene var av den oppfattelsen at forløpet i Orkdalsmodellen var et diagnosespesifikt forløp.

I etableringen av standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten viser teorijennomgangen at sykdomsbaserte pasientforløp i liten grad blir ansett som mulig eller bærekraftig i kommunehelsetjenesten. Som vist i kapittel 4.4 er konklusjonen av Røsstad et al. (2013) sine undersøkelser at et pasientsentrert, generelt forløp er nødvendig for å etterkomme behovene til helsepersonell i kommunen. I forbindelse med at aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten i Orkdalsmodellen anser kreft og forløpet for den palliative kreftpasienten på ulike måter kunne det vært interessant å ta en diskusjon på hvorvidt forløpet kan sies å være sykdomsbasert eller pasientsentrert. Det anses likevel som lite hensiktsmessig å prøve å definere forløpet da det interessante i dette funnet ikke er hvorvidt en gruppe aktører tar «feil» eller ikke, men det faktum at aktørene fra spesialist- og kommunehelsetjenesten har ulike forståelser av forløpet. Videre er det interessant at det gjennom intervjuene og observasjonene kunne virke som om aktørene som samarbeidet om forløpet ikke var klar over at denne forskjellen i forståelse eksisterte.

Som vist i kapittel 8 uttalte aktører fra spesialisthelsetjenesten at kommunehelsetjenesten var opptatt av å ha forløpet generelt, og at det derfor i «kommunedelen» av forløpet var tatt utgangspunkt i HPH for å etterkomme disse ønskene. Aktører fra spesialisthelsetjenesten viste likevel til at HPH-delen av forløpet var blitt gjort kreftspesifikt for å kunne gjelde den palliative kreftpasienten. Dette impliserer at det kanskje eksisterer en manglende forståelse av hva som anses som et generelt forløp i kommunehelsetjenesten blant aktørene i spesialisthelsetjenesten. Som diskutert i kapittel 3.2.3 krever informasjon som er utviklet i én kontekst og utvekslet i en annen, koding og dekoding. I denne utvekslingen blir erfaringer ervervet i en kontekst satt opp mot erfaringer i annen kontekst, og dette påvirker hvordan informasjon blir tolket. Det er nærliggende å tro at det i samarbeidet mellom aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten har blitt ytret av kommunehelsetjenesten at forløpet må gjøres generelt, men at spesialisthelsetjenesten ut fra sine erfaringer i sin kontekst har tolket dette på en annen måte enn hva aktørene i kommunehelsetjenesten har ment. Siden aktører fra spesialisthelsetjenesten har vært sentrale under utviklingen av forløpet (jfr. kapittel 7.2) har deres tolkning av et generelt forløp vært gjeldende. Dette kan tenkes å ha betydning for hvorvidt forløpet oppleves hensiktsmessig for aktører i kommunehelsetjenesten. Ulike erfaringer og referansepunkt kan tenkes å føre til feiltolkninger og misforståelser, og

kvaliteten og egnetheten til forløpet er sannsynlig å lide under slike misforståelser. Som nevnt i kapittel 4.3.1 er det sentralt at aktører som er ment å bruke forløpet også er med i utviklingen for at forløpet skal passe konteksten det skal inn i.

En annen konsekvens av de ulike aktørenes forståelse av forløpet som spesifikt eller generelt kan knyttes til deres forventninger til hvor generelt forløpet i Orkdalsmodellen skal gjøres etter prosjektslutt. Aktører fra spesialisthelsetjenesten i prosjektgruppa har uttalt at for å kunne gjennomføre studien i Orkdalsprosjektet har det vært nødvendig å begrense seg slik at forløpet kun omfatter den palliative kreftpasienten. Det er blitt uttalt at forløpet derfor kan virke noe snevert, men at det skal kunne generaliseres til å gjelde alle kreftpasienter, både palliative og kurative, og videre at forløpet skal kunne brukes på pasienter som trenger lindrende behandling generelt, uavhengig av sykdom. Likevel presenteres Orkdalsmodellen som «fremtidens kreftomsorg» i offentlige skriv (jfr. kapittel 6.2), og det er nærliggende å tro at forløpet i første omgang vil generaliseres til å gjelde alle kreftpasienter. Dette står i motsetning til det noen av aktørene fra kommunehelsetjenesten har uttalt om at de forventer at forløpet gjøres generelt etter prosjektslutt. Dette kan ses i sammenheng med deres forståelse av «kreft» som en diagnose, og at forløp for kreftpasienten er et diagnosebasert og spesifikt forløp. Uttalelser om at flere forløp for ulike pasientgrupper vil kunne oppleves som en jungel for helsepersonell i kommunen, gjør det nærliggende å anta at aktørene i kommunehelsetjenesten i større grad ønsker et forløp som ikke bare er «generalisert» til å gjelde kreftpasientene.

Det er nærliggende å tro at aktører i kommunehelsetjenesten sine forventninger om at forløpet skal generaliseres til å gjelde også andre pasientgrupper enn kreftpasientene, gjør at deres oppfatning av forløpet som hensiktsmessig i deres arbeidshverdag og kontekst kan bli svekket hvis forløpet ikke generaliseres slik de har sett det for seg. Som vist i kapittel 3.2.2 har Hellesø og Fagermoen (2010) trukket frem at intervensjoner som ikke blir ansett som hensiktsmessig i kommunehelsetjenesten kan bli byttet ut med allerede eksisterende lokale praksiser som aktørene i den gitte konteksten anser som mer egnet fordi de kompenserer for det aktørene anser som sentrale mangler ved intervensjonen. I Orkdalsmodellens tilfelle vil det kunne antas at kommunehelsetjenesten heller bruker HPH-forløpet enn forløpet for den palliative kreftpasienten, eller at aktørene unnlater å bruke forløp i det hele tatt, hvis forventningene om at forløpet skal generaliseres ikke innfris.

Videre ble det under intervjuer og observasjoner gjort funn som peker i retning av at kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har en ulik oppfattelse av hvor stort fokus kreft bør ha i den samlede helsetjenesten. Som vist i kapittel 8.1.1 uttrykte aktører fra kommunehelsetjenesten at kreftpasientene er en av mange pasienter i kommunen, og at kommunehelsetjeneste må fokusere på mange forskjellige sykdomsgrupper samtidig. Mange av aktørene i kommunehelsetjenesten påpekte er det er annerledes på en kreftavdeling på et

sykehus hvor kreftpasienten hele tiden står i fokus. Dette sammenfaller med Røstad et al. (2013) sine studier, hvor det vises til at det eksisterer forskjeller i kultur når det kommer til vurdering av pasienter, hvor det i spesialisthelsetjenesten ofte er oppmerksomhet på en diagnose i gangen, mens kommunehelsetjenesten må ha oppmerksomhet på flere diagnoser på en gang hos én og samme pasient (jfr. kapittel 4.4). Aktører fra kommunehelsetjenesten uttalte at spesialisthelsetjenestens fokus på kreft kan virke mettende og masete og at det kunne virke som om aktørene fra spesialisthelsetjenesten i prosjektet ikke trodde de arbeidet med noe annet. Samtidig uttrykte aktører fra spesialisthelsetjenesten at det er et stort behov for kompetanse innen kreft og palliasjon i kommunen og at Orkdalsmodellen og forløpet er en «gavepakke» til kommunen som har stor overføringsverdi til andre pasientgrupper.

I teorijennomgangen ble det pekt på at likeverdighet mellom samarbeidspartnerne er viktig i et samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (jfr. kapittel 3.2.1). Fellesskaps- og eierskapsfølelse til Orkdalsmodellen og forløpet har av flere aktører fra spesialisthelsetjenesten blitt pekt på som viktig for å lykkes med forløpet, og flere har også påpekt at hvis kommunen opplever at prosjektet blir «tredd nedover hodet på dem» vil det være en utfordring for å lykkes. At aktører fra kommunehelsetjenesten uttaler at de opplever at aktørene fra spesialisthelsetjenesten ikke forstår at de jobber med andre ting i tillegg til kreft og uttalelser om at det er andre områder i kommunene det er større behov for å fokusere på, kan indikere at ikke alle aktørene fra kommunehelsetjenesten opplever Orkdalsprosjektet og forløpet som et fellesprosjekt, men som et prosjekt som i all hovedsak blir pålagt kommunene fra spesialisthelsetjenesten. Det kan være rimelig å anta at en del aktører i kommunene opplever forholdet til spesialisthelsetjenesten i prosjektet som asymmetrisk, og i følge Møller og Flermoen (2010) kan dette representere et grunnleggende problem når det kommer til stemning i samarbeidet (jfr. kapittel 3.2.1). En oppfattelse av at spesialisthelsetjenesten trer prosjektet «nedover hodet» på kommunehelsetjenesten og en følelse av at Orkdalsmodellen og forløpet kun er ett av mange andre prosjekter som kommunen må fokusere på, kan antas å gjøre at den nødvendige oppslutningen rundt prosjektet ikke blir tilstrekkelig til at etableringen av forløpet lykkes.

I undersøkelsene fremkom det også at det var ulike syn på hva pasientforløpet i Orkdalsmodellen er ment å være. Aktører fra spesialisthelsetjenesten satt under intervjuer forløpet i et større perspektiv, og enkelte utviste en strategisk tilnærming til pasientforløpet, der prosjektet ble sett på som et ledd i helseforetakets overordnede strategi. Orkdalsmodellen ble blant annet beskrevet som et bidrag i arbeidet med å gjøre standardiserte pasientforløp til en naturlig del av arbeidshverdagen til helsepersonell, og at pasientforløpet over tid kunne bidra til å etablere en kultur for bruk av standardiserte pasientforløp i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette synet på pasientforløpet er i tråd med St. Olavs Hospitals overordnede definisjon av standardiserte pasientforløp (gjengitt i kapittel 7.1.1). Videre samsvarer dette med synet på et pasientforløp som en kompleks intervensjon, der

pasientforløp kan anses både som et konsept, en modell, en prosess og et produkt (jfr. kapittel 4.3.1), og det fremkommer at en rekke aktører fra spesialisthelsetjenesten kanskje har alle disse perspektivene i tankene i sin beskrivelse av pasientforløpet i Orkdalsmodellen.

I kommunene var fokuset først og fremst på det konkrete innholdet i forløpet. Funnene tyder på at standardiserte pasientforløp gjerne assosieres med sjekklister og prosedyrer heller enn noe på et høyere abstraksjonsnivå i kommunehelsetjenesten. Der aktører fra spesialisthelsetjenesten gjerne kunne beskrive forløpet som «en kunnskapsbase», ble termer som «sjekklister» gjerne benyttet i kommunehelsetjenesten. Utsagn om at forløpet er høytsvevende og «litt i det blå» av representanter fra kommunehelsetjenesten kan også tolkes til å tyde på at kommunehelsetjenesten forstår forløpet på en annen måte enn spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenestens syn på forløpet ligger nærmere et syn på et pasientforløp som et «produkt», der pasientforløpet forbindes med noe konkret og håndfast, for eksempel sjekklister eller maler (jfr. kapittel 4.3.1). Det at de ulike aktørene har ulike syn og assosiasjoner rundt forløpet kan komme av at aktørene har ulike referansepunkt når det gjelder pasientforløp. For eksempel er pasientforløp et satsningsområde ved sykehuset - som nevnt i kapittel 7.1.1 kan bruk av standardiserte pasientforløp ved St. Olavs Hospital ses på som et ledd i en overordnet strategi for å oppnå bedre pasientbehandling og flyt. Kommunehelsetjenesten har mindre erfaring med forløp, og kanskje mindre kunnskaper rundt standardiserte pasientforløp. Disse ulike utgangspunktene og ulike synene på hva et pasientforløp er, og hva det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen er, kan antas å ha implikasjoner for etableringen av pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Som nevnt innledningsvis kan etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten antas å være avhengig av en god samarbeidsprosess, og ulik forståelse av hva det samhandles om kan antas å være et hinder for akkurat dette.

Også innad i de ulike tjenestene ble det funnet kulturelle ulikheter som kan være av betydning for etableringen av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Som gjennomgangen av teori viser har ulike profesjonelle subkulturer ulike tradisjoner, holdninger og overbevisninger som utvikles i den sosialiseringsprosessen som de ulike subkulturene er en del av (jfr. kapittel 2.3.1). I undersøkelsene fremkom det for eksempel at det eksisterte forskjeller mellom leger og sykepleiere sin tilnærming til forløpet, og dette kan knyttes til profesjonelle subkulturer. Blant sykehuslegene og fastlegene ble det i stor grad vektlagt at forløpet skal være en støtte i arbeidet, og at forløpet ikke skal inneholde «oppskrifter» for hvordan selve behandlingen av pasienter skal foregå, men at det først og fremst er flyt og overganger som er viktig. Samtidig viste undersøkelsene at sykepleiere, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten, vektla behandlingsanvisninger og retningslinjer i sin beskrivelse av forløpet. Som teorigjennomgangen viser er bruk av faglig skjønn et viktig aspekt i helsepersonells, men kanskje spesielt legers, arbeidshverdag og arbeidsmåte (jfr. kapittel 2.3.3). Det er nærliggende å tro at disse aktørenes tilnærming til forløp er at det er en metode

og en prosess for å støtte oppunder pasientsentrert behandling, men at de i større grad enn kanskje sykepleiere, vektlegger bruk av faglig skjønn og derfor ikke er like opptatt av at forløpet må inneholde for eksempel behandlingsanvisninger og standardiserte prosedyrer og retningslinjer. Sykepleierne er kanskje i sin arbeidshverdag mer vant til å følge gitte prosedyrer og retningslinjer, og det kan tenkes at for dem blir det fysiske produktet, som et pasientforløp også er, viktig. Dette kan forklare hvorfor spesialist- og kommunesykepleiere under intervjuene forklarte at man skulle finne behandlingsanvisninger i forløpet, mens sykehuslegene og fastlegene ikke anså dette som det mest sentrale ved forløpet.

Ulike profesjonelle subkulturer kan derfor muligens representere ulike forståelser av hva et standardisert pasientforløp er, og aktører kan derfor vektlegge ulike ting i utarbeidelsen og etableringen av et forløp. Det er nærliggende å tro at forskjellene i de ulike aktørene sin forståelse gjør at etableringen av et forløp kompliseres, fordi man må ta hensyn til alle disse aspektene. Det er også nærliggende å tro at et forløp for noen aktører i helsevesenet kan anses som hensiktsmessig fordi det etterkommer den forståelsen og de forventningene disse aktørene har til et forløp, mens det samme forløpet for andre aktører kan oppleves som mindre hensiktsmessig fordi det ut fra deres forståelse og forventninger har vesentlige mangler. I tillegg kan det tenkes at de ulike forståelsene gjør at de ulike profesjonene har en ulik tilnærming til hvordan forløpet skal løse gitte problemer og at dette vanskeliggjør kommunikasjonen og tverrfaglig samarbeid mellom aktørene, slik det er blitt vist i kapittel 2.3.1. Som det er blitt poengtert i kapittel 4.3.1 kan kvaliteten av et forløp sies å være avhengig av den tverrfaglige utviklingsprosessen av forløpet. Samtidig som kulturelle forskjeller på tvers av tjenestene kan ha betydning for samarbeidet og pasientforløpet, kan ulik kultur på tvers av profesjonelle grupperinger tenkes å være utfordrende for samhandlingen i prosjektet. Som nevnt i kapittel 4.3.1 fremmer pasientforløp samhandling på tvers av profesjoner, samtidig som det i kapittel 3.2 ble vist at et slikt samarbeid kan være utfordrende å få til. Det vil være nødvendig å overkomme kulturelle barrierer på tvers av profesjoner for å oppnå god samhandling, og som konsekvens, et godt og hensiktsmessig standardisert pasientforløp.

I utarbeidelsen og innføringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten kan samhandling mellom aktørene i tjenestene ha mye å si for kvaliteten på og bruken av forløpet. Som undersøkelsene og teorijennomgangen viser kan kulturelle forskjeller mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten og mellom ulike profesjonelle subkulturer gjøre dette samarbeidet vanskelig fordi ulike perspektiver på pleie og ulik målforståelse påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges i de ulike tjenestene. Det antas å være vanskelig å forene de to ulike helsetjenestene rundt ett forløp hvor forløpet oppleves som like hensiktsmessig for alle parter når kulturforskjellene er såpass store. På en annen side kan det tenkes at prosjekter som Orkdalsmodellen, som nettopp forsøker å forene spesialist- og kommunehelsetjenesten i ett

forløp, er avgjørende for å få til bedre samhandling mellom tjenestene. Som nevnt i kapittel 4.3.1 kan tverrfaglig samarbeid om et pasientforløp ses på som et ledd i en strategi for å utvikle samarbeid på tvers av profesjongrensene og på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det kan argumenteres for at Orkdalsmodellen og etableringen av forløpet i stor grad er et steg i riktig retning for å øke spesialist- og kommunehelsetjenestens forståelse av hverandres hverdag og hverandres forskjeller, og at det er et bidrag til å overkomme de problemene som de kulturelle forskjellene kan skape samarbeidet.

9.2 Organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering

Som presentert i kapittel 4.3.1 skal standardiserte pasientforløp sikre en ensartet praksis og skal være standarden helsepersonell skal jobbe etter i hele behandlingsskjeden. I undersøkelsene ble det gjort funn som tyder på at standardisering på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten kan være problematisk på grunn av organisatoriske forhold i tjenestene.

Som vist i kapittel 2.1.2 er kommunehelsetjenesten ulikt organisert i ulike kommuner. Kommuner er ulike med tanke på geografisk størrelse og innbyggertall (jfr. kapittel 2.1.2), og samtidig som dette har betydning for organiseringen av de kommunale tjenestene, kan det antas at det også har betydning for ressurser, utstyr, personell, kompetanse og hvilke rutiner og prosedyrer som er gjeldende i de ulike kommunene. I undersøkelsene fremkom det at kommunene i Orkdalsmodellen er organisert ulikt, og at organiseringen av kommunehelsetjenestene varierer fra kommune til kommune. Det er blant annet variasjon i roller og ansvarsfordeling knyttet til like stillingstitler mellom kommunene. Videre ble det gjort funn som tydet på at deler av helse- og omsorgstjenestene i de ulike kommunene i Orkdalsregionen har ulike fagsystemer, og at det også internt i kommunene kan være ulike fagsystemer på tvers av fastleger og pleie- og omsorgstjenesten. I tillegg viste undersøkelsene at kommunene i Orkdalsregionen har ulike erfaringer med bruk av forløp, og at noen har godt innarbeidede rutiner for bruk av HPH-forløpet, Helhetlig pasientforløp i hjemmet, mens andre ennå ikke har påbegynt dette arbeidet (jfr. kapittel 7.1.2). Det ble videre avdekket at kommunene har andre behov enn spesialisthelsetjenesten for tilgjengeliggjøring og tilrettelegging av forløpet. Per i dag er det som vist i kapittel 8.1.2 ikke alle kommuner som har mulighet til å gå inn på web-baserte forløp i arbeidstiden, og kommunerepresentanter har uttalt at forløpet må bli tilgjengeliggjort skriftlig. I tillegg ble det ytret av blant annet fastlegene at forløpet må tilpasses og legges inn i de ulike kommunenes fagsystemer.

Dette viser at det er stor variasjon både i organisatoriske strukturer, ansvarsfordeling, fagsystemer, erfaringer med forløp og behov for tilrettelegging på tvers av kommunene og på tvers av kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Som presentert i kapittel 4.3.1 er et standardisert pasientforløp en kompleks intervensjon for felles beslutningstaking og organisering av prosesser i helsevesenet. Standardiserte pasientforløp skal sikre en ensartet praksis og at nasjonale retningslinjer og handlingsprogram blir fulgt. Et viktig poeng med bruk av standardiserte pasientforløp er å sørge for at nyeste faglige evidens blir implementert i klinisk praksis. Den beste måten å utføre diagnostikk, behandling og oppfølging på skal være standarden helsepersonell skal bruke i hele pasientforløpet. (jfr. kapittel 4.3.1) I undersøkelsene pekte flere aktører på at det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen skal systematisere og sikre forutsigbarhet i krefttilbudet og gjøre oppfølging og behandling uavhengig av enkeltpersoner (jfr. kapittel 8). Dette fordrer at det gjennom etableringen av pasientforløpet i Orkdalsmodellen dannes en felles standard for alle som er ment å bruke forløpet.

Hvis pasientforløpet i Orkdalsmodellen er ment å være én standard som skal kunne brukes på tvers av alle kommunene er det naturlig å anta at det vil kreve større endringer hos mange aktører som skal bruke forløpet. Som vist i kapittel 3.2.2 er samarbeidsavtaler mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten ofte forankret på et høyt organisatorisk nivå, samtidig som de skal utføres på tjenestenivå. Dette kan antas å gjelde Orkdalsmodellen. Som vist i kapittel 6 og som understreket av flere aktører i spesialisthelsetjenesten under intervjuer (jfr. kapittel 8.1.1) er det ment at Orkdalsmodellen skal kunne bli en nasjonal og internasjonal standard for et helhetlig behandlingstilbud og bedre samhandling. Det er nærliggende å anta at dette fordrer at Orkdalsmodellen og forløpet utarbeides på et overordnet nivå for at det skal kunne overføres til andre regioner. Som Kalseth og Paulsen (2008) har vist har mange avtaler som ser gode ut på overordnet nivå ikke fått gjennomslag på tjenestenivå. Dette knyttes til organisatoriske barrierer som vanskeliggjør implementeringen av avtaleverket mellom nivåene fordi nye samarbeidsformer vil kunne kreve omlegging av innarbeidede rutiner og arbeidsformer, noe som kan virke utfordrende på tjenestenivået. Etableringen av forløpet i Orkdalsmodellen kan fordre at kommunene må omfordele oppgaver og ansvar og endre praksiser på tjenestenivå for å etterkomme det standardiserte pasientforløpet. Dette kan være problematisk, og kan hindre at det standardiserte pasientforløpet får gjennomslag nedover i tjenesten.

Videre argumenterer Hellesø og Fagermoen (2010), som vist i kapittel 3.2.2, for at intervensjoner som oppleves for overfladiske kan føre til at lokale praksiser blir tatt i bruk for å kompensere for det aktørene anser som mangler ved intervensjonene. Når kommunene som skal bruke forløpet i Orkdalsmodellen er relativt ulike, antas det at forløpet ikke vil samsvare like godt med alle kommunenes praksiser. I følge Hellesø og Fagermoen (2010) kan dette føre til at forløpet ikke blir tatt i bruk, og dette kan være uheldig da de tiltenkte standardene som helsepersonell skal bruke ikke blir fulgt.

En tilrettelegging av forløpet for bruk i kommunene kan være nødvendig for at det standardiserte forløpet i det hele tatt skal bli brukt. Før et felles elektronisk system på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten er tilgjengelig kan det tenkes at det vil være behov for at de ulike aktørene tilpasser forløpet til de allerede eksisterende systemene i sin kommune. I kapittel 3.2.2 ble det vist at avtaler eller intervensjoner for samhandling som blir forsøkt innført bør være lokalt tilpasset de forholdene som ulike aktører jobber under for at implementeringen skal være vellykket. Som vist i kapittel 4.3.1 bør et standardisert pasientforløp utarbeides slik at forløpet er tilpasset organisasjonen det skal inn i. I følge Evans-Lacko et al. (2010) er det nødvendig at representanter fra involverte profesjoner og funksjoner er involvert i utarbeidelsen av et forløp for å definere sine ansvarsroller og forhold til de andre involverte aktørene. Dette er også viktig for å skape oppslutning om og eierforhold til initiativet. (jfr. kapittel 4.3.1)

Å imøtekomme de ulike organisatoriske forholdene i kommunene som skal bruke forløpet i Orkdalsmodellen, fordrer at forløpet i Orkdalsmodellen tilpasses lokale forhold. Å ta hensyn til variasjoner mellom kommunene i Orkdalsmodellen vil imidlertid innebære å måtte tilpasse forløpet til 13 ulike kommuner. I undersøkelsene fremkom det at eksisterende forløp ved St. Olavs Hospital er tilpasset lokale forhold ved Orkdal Sjukehus for å etterkomme variasjoner mellom virksomheten i Trondheim og på Orkdal (jfr. kapittel 7.1.1). Å skulle gjøre noe tilsvarende med forløpet i Orkdalsmodellen anses derimot som en omfattende og kanskje lite overkommelig oppgave. Videre anses det å skulle gjøre pasientforløpet tilgjengelig på flere plattformer for å etterkomme ulike behov, som uheldig. Som presentert i kapittel 4.3.1 skal standardiserte pasientforløp være forankret i nyeste faglige evidens, og er avhengig av å oppdateres slik at det bestandig er nyeste forskning som er standarden i forløpet. Hvis forløpet skal tilgjengeliggjøres på ulike plattformer og i form av dokumenter, kan dette hindre at forløpet blir oppdatert i alle kommunene til samme tid og ulike aktører vil dermed kunne jobbe ut fra standarder som kan være utdatert. Grunnlaget for et standardisert pasientforløp som en måte å sikre at praksis skjer etter nyeste faglige evidens, faller dermed bort.

Videre kan lokale tilpasninger og mange lokale variasjoner vanskeliggjøre evaluering av det standardiserte pasientforløpet. Som trukket frem i kapittel 4.3.1 må et standardisert pasientforløp kunne være målbart slik at en kan vite hvordan systemet yter for å kunne gjøre hensiktsmessige forbedringer ut fra dette. Mange lokale variasjoner av en standard vil vanskeliggjøre måling og systematisk forbedring og oppdatering. I Orkdalsmodellen kan dette tenkes å ha konsekvenser for den systematiske evalueringen av modellen og forløpet, der lokale variasjoner vil kunne vanskeliggjøre å trekke slutninger om hvorvidt innføringen av det standardiserte pasientforløpet har hatt en effekt eller ikke.

Videre fremkom det i undersøkelsene at aspekter knyttet til aktører i ulike organisatoriske enheter kan være problematisk for standardisering. Blant aktørene i spesialist- og kommune-

helsetjenesten fremkom det for eksempel at leger, og kanskje spesielt fastleger, er skeptiske til bruk av standarder. Dette kan ses i sammenheng med fastlegenes autonome stilling i kommunene (jfr. kapittel 2.1.1) hvor de ofte må ta beslutninger alene. Videre kan muligens legers og fastlegers skepsis til standarder ses i sammenheng med det som er skrevet i kapittel 2.3.3 om at sterk profesjonalisering ofte henger sammen med sterk motstand mot styringsforsøk som begrenser bruken av faglig skjønn. Dette kan knyttes til det medisinske ansvaret helsepersonell har, og for en fastlege som tar mange beslutninger alene, er det nærliggende å tro at dette ansvaret hviler enda tyngre enn på leger som tar beslutninger i team (jfr. kapittel 4.4). Selv om standardiserte pasientforløp og evidence-based medicine er ment å bli brukt i kombinasjon med klinisk ekspertise og hensynet til pasienten (jfr. kapittel 4.1.1), og kan sies å ikke frata legen muligheten til faglig skjønn, kan det tenkes at standardiserte pasientforløp assosieres med en innskrenkning i fastlegens autonomi. Selv om standardiserte pasientforløp ikke nødvendigvis fratrar helsepersonell muligheten til bruk av faglig skjønn, kan det likevel tenkes at dette kan brukes som en «unnskyldning» for å ikke følge det standardiserte pasientforløpet, noe som kan være utfordrende i etableringsfasen.

I undersøkelsene fremkom det at aktører fra kommunehelsetjenesten gjerne hadde gjort HPH-forløpet tilgjengelig i form av sjekklister på papir (jfr. kapittel 7.1.2). Det er nærliggende å tro at de organisatoriske forutsetningene i kommunehelsetjenesten, der mye av arbeidet skjer ute i felten og ofte uten tilgang til internett, samt deres erfaring med HPH-forløpet, har gjort at aktørene er vant til å ha dokumenter fra forløpet utskrevet på papir. Samtidig skal et standardisert pasientforløp være basert på nyeste kliniske bevis, og er dermed nødt til å være tilgjengeliggjort på en måte som muliggjør oppdatering og kontinuerlig forbedring av standardene det jobbes etter (jfr. kapittel 4). Som nevnt i kapittel 4.3.1 bør et standardisert pasientforløp holdes «levende». Satt på spissen kan det være problematisk for etableringen av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen hvis noe som skal være en standard og noe som skal oppdateres og kontinuerlig forbedres, skrives ut og legges i ei hylle på et kontor. Samtidig som aktører har behov for å få tilgjengeliggjort pasientforløpet på den for dem mest hensiktsmessige måten, kan en slik tilpasning rokke ved hele grunnlaget for et standardisert pasientforløp. Et pasientforløp som ikke er en standard som består av nyeste forskning og retningslinjer, er muligens ikke et standardisert pasientforløp i det hele tatt?

Det er flere aspekter ved etableringen av et forløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten som kan sies å problematisere muligheten for standardisering. Spesielt er kommunens organisatoriske forutsetninger er barriere for dette. Selv om en standard er nødvendig for å sikre at nasjonale retningslinjer blir fulgt av alt helsepersonell, kan det kanskje være nødvendig med lokale tilpasninger av standarden for at helsepersonell skal oppleve forløpet som hensiktsmessig og egnet i deres kontekst. Videre kan det i kommunene være et behov for å tilgjengeliggjøre forløpet skriftlig og på tvers av ulike fagsystem. Dette utgjør en fare for at helsepersonell jobber med ulike «standarder» og kan

gjøre det vanskelig å måle effekter og kontinuerlig forbedre pasientforløpet, samtidig som det kan være nødvendig for å i det hele tatt begynne etableringen av et forløp. Så lenge behovene for tilpasning og tilrettelegging er ulike, og så lenge det ikke eksisterer egnede elektroniske løsninger på tvers av tjenestenivåene, kan standardisering være utfordrende. Det kan være nærliggende å spørre seg om det i dagens helsevesen, hvor de organisatoriske forholdene er slik de er, er mulig å standardisere et pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

9.3 Desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer

Som det ble påpekt i kapittel 4.2.1 kan helselogistikk styres på to ulike måter - den ene måten er ledelsen av enheter, den andre av ledelse av prosesser. Standardiserte pasientforløp er på mange måter et virkemiddel for å øke flyteffektiviteten, og handler om å ha fokus på prosessen som en helhet fremfor et fokus på separate enheter (jfr. kapittel 4.2.1). Ved å fokusere på systemet som en helhet skal standardiserte pasientforløp bidra til at en ensartet praksis blir etablert på tvers av enheter (jfr. kapittel 4). Som diskutert i kapittel 2.2 kan det tradisjonelle helsevesenet sies å bestå av fragmenterte tjenester, og kjennetegnes også av desentralisert beslutningsmyndighet både vertikalt og horisontalt. Samtidig som desentralisert beslutningsmyndighet gjør at man kan utnytte den kunnskapen og erfaringene de ansatte har om lokale forhold, kan det også vanskeliggjøre en ensartet praksis. Desentralisert beslutningsmyndighet skaper i større grad rom for at aktører tar beslutninger for å realisere delmål uten å ta tilstrekkelig hensyn til organisatoriske overordnede mål (jfr. kapittel 2.2.1). Dette kan tenkes å skape utfordringer ved etableringen av et standardisert pasientforløp, der implementeringsprosessen vil være avhengig av at aktører i ulike enheter i både spesialist- og kommunehelsetjenesten tar beslutninger som støtter oppunder forløpet.

Som vist i kapittel 2.1.2 skal kommunene ta seg av et vidt spenn av tilbud på tvers av funksjoner. Kommunen har mange konkrete krav og ansvarsområder, også innenfor helse- og omsorg (jfr. kapittel 2.1.2). Som presentert i kapittel 2.1.2 er det blitt et økt fokus på mål- og resultatstyring i kommunene, der mange kommuner er organisert og bygd opp i resultatenheter. Det vil si at hver enhet skal etterstrebe gitte mål, både med tanke på ressursbruk, tjenesteomfang, aktiviteter og tjenestekvalitet. I de empiriske undersøkelsene fremkom det at aktører fra kommunehelsetjenesten, spesielt helseledere, hadde et stort fokus på resultat- og driftsmål. Mange aktører fokuserte i intervjuene på at drift og prosjekter skal skje parallelt i kommunene, og at de ikke hadde anledning til å prioritere visse prosjekter over driften av sin enhet. Det var tydelig at helselederne i kommunen hadde en gitt økonomisk ramme som skulle fordeles over både drift og prosjekter. I tillegg fokuserte aktørene i kommunen på at det innenfor rammene i kommunene ikke var mulig å prioritere noen pasientgrupper over andre, og at tid og penger måtte fordeles over alle kommunens prosjekter og pasientgrupper. Basert på funnene er det nærliggende å tro at det er utfordrende for

kommunene å prioritere Orkdalsmodellen og pasientforløpet når det er mye som skal skje parallelt innenfor begrensede rammer.

Som vist i kapittel 2.1.2 er det et økt fokus på resultatstyring i mange kommuner, der det gjerne er høy grad av ansvarsdelegering med tilhørende beslutnings- og resultatansvar mellom enhetene. Altså skal hver enhet gjerne vise til egne resultater etter hvilke mål som blir satt for enheten fra kommunalt hold. Det er naturlig å anta at kommunene har et press på seg til å levere kortsiktige resultater i henhold til gitte mål og budsjettammer i kommunen. I undersøkelsene ble det poengtert at pasientforløpet ville kreve ressurser i starten fra kommunens side. I et mer langsiktig perspektiv var det antatt fra spesialisthelsetjenestens side at prosjektet ville føre til besparelser for kommunen. På bakgrunn av dette kan det være naturlig å anta at kommunen velger å prioritere mer kortsiktige mål, heller enn arbeid med et prosjekt initiert utenfra, der konsekvensene av prosjektet kan sies å være uklare målt i kroner og øre for kommunen. Dette understøttes av teori som viser at dagens nivådelte organisering av helsetjenestene i helseforetak og kommuner gjør at aktørene ofte er opptatt av egen økonomi, og at kommunens situasjon er et særskilt problem for samhandling (jfr. kapittel 3.2.4). Med desentralisert beslutningsmyndighet og stor frihet innenfor gitte rammer, sammen med stramme og kortsiktige krav, kan det tenkes at kommunene prioriterer drift overfor mer langsiktige prosjekter. Funnene som ble gjort i undersøkelsene tyder på at de organisatoriske forutsetningene i kommunen skaper en situasjon hvor mange aktører «sitter og bestemmer selv» ut fra egne delmål og prioriteringer. Dette kan videre anses som problematisk når innføringen av et standardisert pasientforløp fordrer at alle tar beslutninger som støtter oppunder overordnede mål.

Som diskutert i kapittel 9.1 utviste aktører fra spesialisthelsetjenesten et mer overordnet syn på forløpet i Orkdalsmodellen og knyttet det i større grad til mer overordnede strategier. Som det fremkom i undersøkelsene var aktører fra spesialisthelsetjenesten først og fremst opptatt av at Orkdalsmodellen og forløpet er en pilot og at det på sikt skal kunne bli en nasjonal og internasjonal standard for bedre samhandling. Samtidig poengterte aktører fra spesialisthelsetjenesten under intervjuene at prosjektet og forløpet har overføringsverdi til andre områder innenfor kommunehelsetjenesten og andre pasientgrupper, noe som aktørene mente var et argument for å prioritere prosjektet i kommunene. Disse langsiktige konsekvensene av prosjektet i kommunen ble definert som et argument for hvorfor det var viktig at kommunen skulle sette av tid og ressurser til etableringen av forløpet.

Dette står i kontrast til ressursfokus utvist av aktører i kommunehelsetjenesten og fokuset på at én pasientgruppe ikke kan prioriteres over andre. Som vist i kapittel 3.2.4 har kommunene ofte begrensede ressurser i form av penger, kapasitet og kompetanse, og dette anses av flere forskere som et hinder for samarbeid om fellesløsninger- og tiltak. Det er nærliggende å anta at sykehusets langsiktige perspektiv kan ha ført til at de har oversett at kommunene er opptatt av umiddelbare ressurskrav og behov for å fordele midlene over et vidt spenn av funksjoner

og tilbud. I undersøkelsene fremkom det at alle partene i prosjektet, både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, anså intensjonene med Orkdalsmodellen og forløpet som gode, men at kommunehelsetjenesten beskrev forløpet som «kanskje for stort og omfattende». Dette kan underbygge at sykehusets langsiktige perspektiv står i kontrast til kommunens perspektiv. Det kan antas at det er vanskelig å bygge bro mellom disse perspektivene, noe som kan føre til at det også er vanskelig å foreta de samme prioriteringene og jobbe mot et felles mål på tvers av de ulike tjenestene. Dette understøttes av funn gjort av andre forskere som viser at ulikhetene i organiseringen mellom kommuner og helseforetak bidrar til at kontakten og samarbeid mellom nivåene blir vanskeligere (jfr. kapittel 3.2.2). Dette kan videre antas å være problematisk for etableringen av et standardisert pasientforløp.

De ulike prioriteringene kan blant annet ses i sammenheng med det som er sagt om ressurs- og flyteffektivitet i kapittel 2.3. Kommunens fokus på begrensede ressurser i gjennomføringen av Orkdalsmodellen og forløpet kan i stor grad knyttes til et fokus på ressurseffektivitet hvor effektiv bruk av ressurser er i fokus. Aktører fra spesialisthelsetjenesten ser det i større grad som en langsiktig strategi for å bedre samhandling og flyt mellom tjenestenivåene. Det kan argumenteres for at dette synet i større grad sammenfaller med fokus på flyteffektivitet. Som vist i kapittel 4.2 kan et standardisert pasientforløp ses på som et virkemiddel for å oppnå flyteffektivitet i helsevesenet. Et standardisert pasientforløp handler om å prioritere flyteffektivitet på tvers av enheter over et ressursfokus i egen enhet (jfr. kapittel 4.2). Kommunehelsetjenestens klare fokus på ressurseffektivitet kan være uheldig når et prosessfokus skal etableres. I undersøkelsene er det gjort funn som tyder på at kommunens ressursfokus står sterkt, og at dette synet også er tatt med inn og vektlagt i prosjektsamarbeidet i Orkdalsmodellen. At kommunen først og fremst fokuserer på ressurseffektivitet kan tenkes å begrense deres vilje og evne til systemtenkning og til å gjøre prioriteringer som bygger opp under flyteffektivitet og gagnar helsevesenet som en helhet. Men det kan likevel stilles spørsmål ved om de organisatoriske rammebetingelsene i kommunene legger til rette for en slik tankegang. Som vist i kapittel 3.2.4 anses kommunens økonomiske situasjon som et særskilt problem for samhandling, hvor handlingsrommet for tiltak knyttet til løsninger på tvers blir lite. Samtidig fører samhandlingsreformen til at flere og flere oppgaver overføres fra sykehus til kommune (jfr. kapittel 3.1.1), og det kan tenkes at dette gjør kommunene enda mer fragmentert og løst koplet. Det er nærliggende å tro at en slik organisatorisk utvikling i større grad støtter opp under et fokus på ressurseffektivitet enn et fokus på flyteffektivitet, samtidig som det paradoksalt nok stiller enda større krav til samordning og samhandling på tvers av enheter.

Videre viste undersøkelsene at fastlegens organisering og finansieringsordning representerer en særskilt utfordring for etableringen av det standardiserte pasientforløpet i Orkdalsmodellen. Som vist i kapittel 3.2.2 kan fastlegene sies å være løsrevet fra både kommune og helseforetak, der flesteparten av aktørene er organisert som selvstendig næringsdrivende hvor en stor del av inntekten er generert ut i fra et takstsystem. Det kan tenkes at dette er med på å

forsterke opplevelsen av kommunehelsetjenesten som fragmentert og løst koblet. Samtidig ble fastlegen av aktørene i undersøkelsene ansett som helt sentral for etableringen av forløpet i Orkdalsmodellen. Som vist i kapittel 2.1.2 har fastlegen en viktig rolle i å koordinere pasientens samlede behov, og fastlegene er dermed sentrale for å få til gode og effektive pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. I undersøkelsene fremkom det at det har vært vanskelig å involvere fastlegene i det tverrfaglige samarbeidet i Orkdalsmodellen, og det ble ytret bekymring for hvorvidt fastlegene kom til å benytte seg av forløpet. Flere aktører fra spesialisthelsetjenesten trakk frem at fastlegenes takstsystem kunne være et hinder for å få fastlegene til å delta i samarbeidet og følge forløpet. Som trukket frem av aktører i Orkdalsmodellen og som vist i kapittel 2.1.2 generer fastlegen en stor del av inntektene gjennom pasientkonsultasjoner, der hver konsultasjon gir en viss inntekt. Dette ble av aktører sett på som utfordrende, fordi deltakelse i Orkdalsmodellen ville bety «dugnadsarbeid» og tapte inntekter for fastlegen, fordi det ikke generer takster. Samtidig kan det også trekkes frem at et viktig mål i Orkdalsmodellen er at hjemmetiden og antall hjemmedødsfall blant palliative kreftpasienter skal gå opp, og som det ble poengtert av aktører i prosjektet vil dette kunne kreve at fastlegene i større grad reiser på hjemmebesøk og gjør seg tilgjengelig også utenfor vanlig arbeidstid. På grunn av fastlegens uavhengige stilling i det kommunale systemet, kombinert med finansieringsordningen, er det nærliggende å tro at det vil være vanskelig å få fastlegene til å prioritere dette arbeidet. Som tidligere studier har pekt på er fastlegene en gruppe som kan være vanskelige å integrere i et organisert samarbeid fordi de har lite økonomiske insentiver for å delta i slike samarbeidsfora (jfr. kapittel 3.2.2).

I tillegg viste undersøkelsene at enkelte fastleger selv ytret bekymring for at de ble «skvist ut av» prosjektet fordi alle møtene ble holdt på dagtid når fastlegen har den travleste «pasienttiden». Det ble pekt på at det generelt ble tatt lite hensyn til fastlegenes organisering og finansieringsordning i samhandlingsprosjekter. Det ble trukket frem at fastlegen gjerne ønsker å bidra, men at det var uheldig å måtte velge mellom det som ble beskrevet som «dugnadsarbeid» og lønnet pasienttid. Fastleger poengterte at deres finansieringsordning sto i kontrast til lønssystemet til øvrig helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, der «lønnen er uavhengig av om det er pasientkonsultasjoner eller møtevirksomhet arbeidstiden benyttes til». Det ble også trukket frem som en bekymring at annet helsepersonell blir sittende å bestemme hva som skal skje i prosjekter, der fastlegen er ment å være med på gjennomføringen av prosjektet. I kapittel 3.2.4 ble det trukket frem at andre fastleger har gått hardt ut mot alle prosjektene som fastleger blir invitert til å være en del av. Det ble trukket frem at når hver aktør i helsetjenesten sitter på «hver sin tue» og gjennomfører prosjekter som fastlegen før eller siden er ment å være en del av, stiller dette fastlegen i en vanskelig posisjon. Det ble trukket frem at fastlegen slites i mange retninger og at prosjektene er dårlig forankret hos fastlegen (jfr. kapittel 3.2.4). I undersøkelsene fremkom det også at enkelte fastleger satte spørsmål ved behovet for et prosjekt som omhandlet en spesiell, og i følge fastlegen nokså liten, pasientgruppe i kommunen. Det ble poengtert at det i kommunen må

fokuseres på mange ulike pasientgrupper, og at spesialisthelsetjenestens prioriteringer må vike for kommunehelsetjenestens egne prioriteringer. Det anses som uheldig for etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten hvis fastlegen ikke har en oppfattelse av at prosjektet er et fellesprosjekt, at det er hensiktsmessig og at det er noe som blir pålagt dem. På grunn av fastlegenes selvstendige stilling og mangel på insentiver har de anledning til å velge bort bruken av forløpet. En følelse av at forløpet er noe som blir pålagt dem og noe som ikke er hensiktsmessig kan tenkes å gjøre et slikt valg enklere.

Samtidig er det vanskelig å forestille seg hva en skal gjøre for å få fastlegen med på prosjektet og for å få fastlegene til å bruke det endelige pasientforløpet. Slik det er i dag kan det argumenteres for at fastlegeordningen, der over 95% av legestillingene i kommunen er besatt av selvstendig næringsdrivende (jfr. kapittel 2.1.2.1), kan føre til at det er ubalanse mellom ønske om mer tverrfaglig samarbeid og den måten det er valgt å organisere allmennlegetjenestene på. Samtidig som man er avhengig av å ha fastlegene på banen i tverrfaglige prosjekter, fører deres løsrevne stilling til at dette kan være vanskelig å få til. Fastlegenes organisering og finansieringsordning gjør at betingelsene for at fastlegen skal kunne delta i tverrfaglige prosjekter er betydelig svekket. Hvilke virkemidler kan en egentlig ty til for å få privatpraktiserende leger på banen i et slikt samarbeidsprosjekt?

Som vist i kapittel 2 er sykehus eid av staten, mens kommunehelsetjenesten eies og drives av kommunene. Samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten reguleres av lover og avtaler, og staten har ansvar for å føre tilsyn og kontroll. Det er nærliggende å tro at det utover dette ikke eksisterer noen rett fra hverken spesialist- eller kommunehelsetjenesten sin side til å pålegge hverandre sanksjoner. Dette vil si at i etableringen av et standardisert pasientforløp kan ingen «tvinges» til å følge og opprettholde forløpet innenfor sin enhet. Desentralisert beslutningsmyndighet gjør at selv om det eksisterer samarbeidsavtaler mellom aktørene, kan det fortsatt forekomme at aktører avviker fra avtalen uten særlige konsekvenser. Som vist i kapittel 6.4 reguleres samarbeidet i Orkdalsmodellen gjennom en formell samarbeidsavtale som partene forplikter seg til. Denne avtalen gir generelle anvisninger for hva samarbeidet skal innebære og hvilke forpliktelser spesialist- og kommunehelsetjenesten har i prosjektet, men det er blitt poengtert at avtalen forplikter på et overordnet nivå og ikke i form av «kroner og øre» (jfr. kapittel 6.3).

Samarbeidsavtalen i Orkdalsmodellen er forankret på administrativt nivå i kommunen. Som diskutert i kapittel 3.2.2 er ofte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner utarbeidet og forankret på et høyt organisatorisk nivå, og det blir pekt på at selv om avtaler som ser gode ut på overordnet nivå, kan det være vanskelig å få gjennomslag på tjenestenivå. Dette kan knyttes til at avtaleverket vil kunne kreve omlegging av innarbeidede rutiner og arbeidsformer (jfr. kapittel 3.2.2). Som vist i kapittel 2.2.1 kan desentralisert beslutningsmyndighet gjøre det vanskelig å sende klare styringssignaler nedover i

organisasjonen og sikre at de endringene som må til for å etterkomme intensjoner blir fulgt opp. I etableringen av et standardisert pasientforløp er det viktig at alle forplikter seg til og følger forløpet, og med desentralisert beslutningsmyndighet og uklare styringssignaler er det rimelig å anta at det vil bli vanskelig for en administrativ ledelse å sikre at nødvendige endringer blir gjort nedover i organisasjonen slik at forløpet kan etableres. Det antas spesielt vanskelig for fastleger, der den administrative ledelsen i kommunene ikke har noen beslutningsmyndighet over de privatpraktiserende fastlegene. Samtidig som desentralisert beslutningsmyndighet kan gjøre det vanskelig å sikre forankring nedover i organisasjoner, kan det også vanskeliggjøre en ensartet endring på tvers av enheter (jfr. kapittel 2.2.1).

Til sammen kan desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer utgjøre en trussel for etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Spesialist- og kommunehelsetjenesten gjør ulike prioriteringer og prioriteringene gjøres etter egne behov, perspektiver og organisatoriske forutsetninger. Med desentralisert beslutningsmyndighet i helsevesenet er det større risiko for at ulike enheter tar valg som fremmer optimalisering av egne enheter. I etableringen av et standardisert pasientforløp derimot, er det nødvendig å tenke på at prioriteringer som gjøres må gagne helheten. Som diskutert over kan flere aspekter knyttet til den desentraliserte beslutningsmyndigheten og de ulike prioriteringene i spesialist- og kommunehelsetjenesten antas å problematisere dette.

9.4 Oppsummering og refleksjoner rundt de identifiserte utfordringene

I dette kapitlet har oppgavens problemstilling blitt besvart. På bakgrunn av teori og de empiriske funnene gjort i denne studien er tre områder blitt identifisert som utfordrende ved etableringen av et forløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle.

En utfordring som er blitt identifisert er *kulturelle forskjeller* mellom aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten. Ulike perspektiver på pleie, ulik målforståelse og ulik forståelse for hva et forløp er, på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten og innad i nivåene, kan representere en utfordring. Kulturelle forskjeller kan påvirke hvilke problemstillinger aktørene vektlegger, hva som forventes av forløpet, og kan vanskeliggjøre kommunikasjon mellom aktørene. Dette anses som utfordrende når aktører skal samarbeide om etableringen av et standardisert pasientforløp.

Den andre utfordringen identifisert er *organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering*. Organisatoriske forutsetninger i kommunene og forskjeller kommunene imellom, kan vanskeliggjøre standardisering. Det ble funnet at det kunne bli nødvendig å lokalt tilpasse forløpet og tilgjengeliggjøre det på ulike plattformer, men at dette også kan utgjøre en fare for at helsepersonell jobber ut fra ulike «standarder», noe som vil føre til at

pasientforløpet dermed ikke er standardisert. Det er stilt spørsmål ved om standardiserte pasientforløp er mulig å standardisere på tvers av tjenestenivåene hvor behovene for tilpasning og tilrettelegging er ulike, og der egnede elektroniske løsninger som går på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke eksisterer.

Den tredje utfordringen som er blitt identifisert er *desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer*. Undersøkelsene viste at spesialist- og kommunehelsetjenesten har ulike behov, perspektiver og organisatoriske forutsetninger, og at de på bakgrunn av dette utviser en tendens til å ønske å gjøre forskjellige prioriteringer. Ulike prioriteringer kan vanskeliggjøre en felles oppslutning om et standardisert pasientforløp, og desentralisert beslutningsmyndighet i helsevesenet åpner opp for at aktører tar beslutninger for å realisere delmål uten å ta tilstrekkelig hensyn til organisatoriske overordnede mål. Dette antas å være uheldig for etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Utfordringene som er blitt identifisert i denne studien tyder på at spesialist- og kommunehelsetjenesten bør vektlegge forståelse for hverandres hverdag og forskjeller mellom tjenestene i et samarbeid om et standardisert pasientforløp. Dagens politiske føringer kan sies å legge opp til at spesialisthelsetjenesten blir enda mer spesialisert hvor flere oppgaver skal overføres fra sykehus til kommuner, noe som kan tenkes å føre til at kommunehelsetjenesten blir enda mer generalisert. Samtidig som dette kan tenkes å øke avstanden mellom aktørene, fører også utviklingen til at samhandling blir enda viktigere i fremtiden. Slik situasjonen i det norske helsevesenet er i dag, kan det tenkes at det vil være utfordrende å samhandle om etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten, før de kulturelle og organisatoriske forskjellene mellom nivåene adresseres.

På bakgrunn av funnene som er gjort i denne oppgaven kan en spørre seg hvorvidt det er mulig å rette fokuset mot pasientens gang gjennom systemet heller enn sin egen enhet slik helsevesenet er organisert i dag. Med forankring på ulike forvaltningsnivå, der ulike mål og økonomiske rammevilkår gjelder, kan det tenkes at initiativ til det beste for helsevesenet som en helhet blir nedprioritert til fordel for ulike mål i deltjenestene. Er reformer tilstrekkelige, eller må tjenestenivåene forenes under samme forvaltningsnivå, for at helhetlig systemtenkning kan bli en realitet?

Slik helsevesenet er organisert i dag er samhandlingen mellom nivåene utfordrende. Etablering av standardiserte pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samarbeide anses som et viktig og riktig steg mot økt forståelse og bedre samhandling mellom tjenestenivåene, og selv om det kan være utfordrende, anses det som noe som bør prioriteres av aktører i helsevesenet.

10 Konklusjon

Denne masteroppgaven har hatt som ønske å utforske mulige utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mer presist har denne oppgaven søkt å svare på følgende problemstilling:

Hva er utfordringer med å etablere et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle?

For å besvare oppgavens problemstilling har det blitt gjort en teoretisk gjennomgang og en kvalitativ casestudie av Orkdalsmodellen og etableringen av dets standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Som støtte i undersøkelsen av dette har to forskningsspørsmål blitt definert.

Første forskningsspørsmål hadde som mål å avdekke hvilke syn aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten har på standardiserte pasientforløp. Undersøkelsene avdekket at aktører fra spesialisthelsetjenesten gjerne setter standardiserte pasientforløp i et større perspektiv og ser på det som et ledd i en strategi for økt flyteeffektivitet. Aktører fra kommunehelsetjenesten har begrenset erfaring med standardiserte pasientforløp, og ser det mer som et produkt enn som en strategi og et konsept.

Andre forskningsspørsmål handlet om å undersøke hva aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten identifiserte som mulige utfordringer med etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Her ble mange ulike utfordringer identifisert. Aktører fra spesialisthelsetjenesten fokuserte gjerne på utfordringer som omhandlet kommunehelsetjenestens syn på og opplevelse av Orkdalsmodellen og forløpet. Aktører fra kommunehelsetjenesten identifiserte utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenestens forventninger og krav til kommunene.

Med utgangspunkt i dette ble det gjennomført en analyse og det er kommet frem til tre hovedområder som kan representere mulige utfordringer i etableringen av et standardisert pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle.

Kulturelle forskjeller mellom aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten er en utfordring for etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Ulike perspektiver på pleie og ulik målforståelse gjør at aktørene vektlegger ulike problemstillinger og vanskeliggjør kommunikasjon på tvers av tjenestenivåene. Det ble også avdekket at aktører fra spesialist- og kommunehelsetjenesten har ulik forståelse for hva et forløp er, og at ulike profesjoner ser ut til å ha ulike perspektiver på et forløp. De kulturelle forskjellene som ble avdekket kan gjøre det vanskelig å bli enig om hva et hensiktsmessig forløp er, og kan gjøre samarbeidet om et standardisert pasientforløp utfordrende.

Organisatoriske forhold som vanskeliggjør standardisering ble identifisert som det andre utfordrende området når et standardisert pasientforløp skal etableres på tvers av tjenestenivåene. Flere aspekter kan sies å problematisere muligheten for standardisering. Organisatoriske forutsetninger i kommunene og forskjeller mellom kommunene kan vanskeliggjøre standardisering. Samtidig som lokale tilpasninger og tilgjengeliggjøring av forløpet på ulike plattformer kan være nødvendig, kan dette utgjøre en fare for at helsepersonell jobber ut fra ulike «standarder», og at pasientforløpet dermed ikke vil være standardisert. Det er stilt spørsmål ved om standardiserte pasientforløp er mulig å standardisere i dagens helsevesen hvor behovene for tilpasning og tilrettelegging er ulike, og der egnede elektroniske løsninger som går på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke eksisterer.

Desentralisert beslutningsmyndighet og ulike prioriteringer var tredje utfordring som ble identifisert. Spesialist- og kommunehelsetjenesten utviste en tendens til å ønske å gjøre prioriteringer etter egne behov, perspektiver og organisatoriske forutsetninger innenfor egen enhet. Ulike prioriteringer kan vanskeliggjøre en felles oppslutning om et standardisert pasientforløp. At beslutningsmyndighet kan sies å være desentralisert i helsevesenet i dag åpner opp for at aktører kan ta beslutninger for å realisere delmål uten å ta tilstrekkelig hensyn til organisatoriske overordnede mål. Dette antas å være uheldig for etableringen av et standardisert pasientforløp.

Utfordringene viser at det kan være vanskelig å samhandle om etableringen av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten når de kulturelle og organisatoriske forskjellene mellom tjenestene er relativt store. Samtidig vil etableringen av et pasientforløp som forsøker å forene spesialist- og kommunehelsetjenesten kunne være en viktig strategi for å utvikle samarbeid på tvers av tjenestenivåene, og kan på mange måter sies å være et steg i riktig retning for å øke spesialist- og kommunehelsetjenestens forståelse av hverandres hverdag og hverandres forskjeller. Samhandling om etablering av et standardisert pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten kan tenkes å være et viktig bidrag på veien mot å oppnå helhetlig systemtenkning i helsevesenet.

11 Forslag til videre arbeid

I gjennomføringen av denne studien har det blitt avdekket en rekke forhold det kunne vært interessant å undersøke videre. For det første hadde Orkdalsmodellen og pasientforløpet vært et interessant case å jobbe videre med. Orkdalsmodellen og det standardiserte pasientforløpet er når denne oppgaven går i trykken på god vei inn i implementeringsfasen. Dette betyr at den faktiske innføringen av forløpet, og hvordan denne utarter seg i spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke har blitt undersøkt. Det kunne vært interessant å se nærmere på effekten av forløpet, hva som faktisk fremmer bruken av forløpet, og hvordan forløpet brukes i de ulike tjenestene.

For å berike, bekrefte eller avkrefte funnene hadde det vært relevant å gjøre videre forskning på utfordringer ved innføring av standardiserte pasientforløp der spesialist- og kommunehelsetjenesten skal samhandle. Undersøkelser av et liknende case i samme eller andre regioner anses derfor som formålstjenlig. Det ville også vært interessant å avklare forholdet mellom utfordringene som er identifisert, da disse trolig bygger opp under og virker forsterkende på hverandre. Videre kunne det vært interessant å se på tiltak knyttet til utfordringene som er avdekket i denne studien.

I tillegg kunne det vært interessant å undersøke nærmere hvordan prosjektgjennomføringen og -ledelsen påvirker etableringen av standardiserte pasientforløp på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten. Dette har det ikke blitt sett konkret på i denne studien på grunn av begrenset tid og ressurser. Likevel er det funnet at dette kan være et interessant område å se videre på. Det kan tenkes at hvorvidt slike typer prosjekter blir initiert av spesialist- eller kommunehelsetjenesten vil ha implikasjoner for gjennomføringen av slike prosjekter.

Referanseliste

- Berggren, C. (1993). Lean production - the end of history? *Work, Employment & Society*, 7, 163-188.
- Bhasin, S. & Burcher, P. (2006). Lean viewed as a philosophy. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 17, 56-72.
- Bloor, G. & Dawson, P. (1994). Understanding professional culture in organizational context. *Organization Studies*, 15, 275-295.
- Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse. Struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*, 4.utgave. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Porteous, M. (1998). Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 316, 133-137.
- Christensen, T., Lærgreid, P., Roness, P. G. & Røvik, K. A. (2010). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, 2.utgave. Oslo, Universitetsforlaget.
- Coleman, E. A. (2003). Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 549-555.
- Coleman, E. A. & Berenson, R. A. (2004). Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine*, 141, 533-536.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health affairs*, 28, 75-85.
- De Bleser, L., Depreitere, R., Waele, K. D., Vanhaecht, K., Vlayen, J. & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of nursing management*, 14, 553-563.
- De Souza, L. B. (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, 22, 121-139.
- De Souza, L. B. & Pidd, M. (2011). Exploring the barriers to lean health care implementation. *Public Money & Management*, 31, 59-66.
- Diamond, M. A., Stein, H. F. & Allcorn, S. (2002). Organizational silos: Horizontal organizational fragmentation. *Journal for the Psychoanalysis of Culture & Society*.
- Evans-Lacko, S., Jarrett, M., Mccrone, P. & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC health services research*, 10, 182.
- Grenness, T. (2012). *Hvordan kan du vite at om noe er sant? Veiviser i forsknings- og utredningsarbeid for studenter*, 2.utgave. Oslo, Cappelen Damm AS.

- Holweg, M. (2007). The genealogy of lean production. *Journal of Operations Management*, 25, 420-437.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 188-196.
- Hellesø, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International journal of integrated care*, 10.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> [Hentet 05.12 2013].
- Hindle, D. & Yazbeck, A.-M. (2005). Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey. *Australian Health Review*, 29, 94-104.
- Hines, P., Holweg, M. & Rich, N. (2004). Learning to evolve: a review of contemporary lean thinking. *International Journal of Operations & Production Management*, 24, 994-1011.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, 2. utgave. Kristiansand, Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, 2. utgave. Bergen, Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer. Indføring i organisation og ledelse*, 2. utgave. København, Hans Reitzels Forlag.
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*, 4. utgave. Bergen, Fagbokforlaget.
- Joosten, T., Bongers, I. & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21, 341-347.
- Kalseth, B. & Paulsen, B. (2008). Strategisk samarbeid - på papir og i praksis. En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober. *Rapport A8640 Sintef Helse*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Rapport%20A8640%20Samhandling.pdf> [Hentet 03.03.2014]
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M. & Billi, J. E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1, 191-199.
- Klev, R. & Levin, M. (2012). *Participative Transformation: Learning and Development in Practising Change*, 1. utgave. UK, Gower Publishing, Ltd.

- Kollberg, B., Dahlgaard, J. J. & Brehmer, P.-O. (2006). Measuring lean initiatives in health care services: issues and findings. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56, 7-24.
- Laursen, M. L., Gertsen, F. & Johansen, J. (2003). *Applying lean thinking in hospitals - exploring implementation difficulties* [Online]. Tilgjengelig fra: <http://www.lindgaardconsulting.dk/images/PDF/egne/altih.pdf> [Hentet 04.03 2014].
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*, 2. utgave. Oslo, Universitetsforlaget.
- Levin, M., Nilssen, T., Ravn, J. E. & Øyum, L. (2012). *Demokrati i arbeidslivet - den norske samarbeidsmodellen som konkurransefortrinn*, 1. utgave. Bergen, Fagbokforlaget.
- Liker, J. K. (1997). *Becoming lean: Inside stories of US manufacturers*, 1. utgave. New York, Productivity Press.
- Liker, J. L. (2004). The 14 Principles of the Toyota Way: An Executive Summary of the Culture Behind TPS. *The Toyota Way: 14 Management Principles from the World's Greatest Manufacturer*. McGraw Hill Professional.
- McConnell, T., O'halloran, P., Porter, S. & Donnelly, M. (2013). Systematic Realist Review of Key Factors Affecting the Successful Implementation and Sustainability of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. *Worldviews on Evidence - Based Nursing*.
- Mckibbin, K. (1998). Evidence-based practice. *Bulletin of the Medical Library Association*, 86, 396.
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/38154897/PDFS/STM201220130010000DDDPDFS.pdf> [Hentet 06.05.2014]
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management science*, 26, 322-341.
- Mirando, S., Davies, P. D. & Lipp, A. (2005). Introducing an integrated care pathway for the last days of life. *Palliative medicine*, 19, 33-39.
- Modig, N. & Åhlström, P. (2012). *Dette er Lean - Løsningen på effektivitetsparadokset*, 1. utgave. Stockholm, Rheologica Publishing.
- Møller, G. & Flermoen, S. (2010). Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark. *Rapport Telemarkforskning*. 2010: 266. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.tmforskbo.no/publikasjoner/filer/1809.pdf> [Hentet 27.04.2014]

- Nasjonal Kreftsstrategi 2013-2017. *Sammen - mot kreft*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/38351756/kreftstrategien_2013.pdf [Hentet 20.03.2014]
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/003/PDFS/NOU200520050003000DDDPDFS.pdf> [Hentet 04.04.2014]
- Panella, M. & Vanhaecht, K. (2010). Care pathways and organizational systems: the basis for a successful connection. *International Journal of Care Pathways*, 14, 45-46.
- Paulsen, B. & Grimsmo, A. (2008). God vilje-dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskriving av omsorgstrengende eldre. *Rapport A7877 Sintef Helse*. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.sintef.no/uploadpages/35279/Rapport%20A7877%20God%20vilje%20-%20dårlig%20verktøy.%20Om%20samhandilng%20mellom%20sykehus%20og%20kommunale%20omsorgstjenester.pdf> [Hentet 04.04.2014]
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International journal of integrated care*, 13.
- Pearson, S. D., Goulart-Fisher, D. & Lee, T. H. (1995). Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. *Annals of internal medicine*, 123, 941-948.
- Petrie, H. G. (1976). Do you see what I see? The epistemology of interdisciplinary inquiry. *Journal of Aesthetic Education*, 10, 29-43.
- Pettersen, J. (2009). Defining lean production: some conceptual and practical issues. *The TQM Journal*, 21, 127-142.
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: literature review. *Quality Management in Healthcare*, 19, 319-329.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance*, New York, Free Press.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2007). How physicians can change the future of health care. *Jama*, 297, 1103-1111.
- Radnor, Z., Walley, P., Stephens, A. & Bucci, G. (2006). *Evaluation of the lean approach to business management and its use in the public sector*, Scottish Executive Edinburgh.
- Radnor, Z. J., Holweg, M. & Waring, J. (2012). Lean in healthcare: The unfilled promise? *Social Science and Medicine*, 74, 364-371.
- Robson, C. (2011). *Real world research*, 3. utgave. Chichester, John Wiley & Sons Ltd.

- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P. & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*, 3.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC health services research*, 13, 121.
- Rygh, E. & Hjortdahl, P. (2007). Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study. *Rural & Remote Health*, 7.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ: British Medical Journal*, 312(7023), 71.
- Sargut, G., & Mcgrath, R. G. (2011). Learning to live with complexity. *Harvard business review*, 89, 68-76.
- Schrijvers, G., Van Hoorn, A. & Huiskes, N. (2012). The care pathway: concepts and theories: an introduction. *International journal of integrated care*, 12.
- Scott, T., Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M. (2003). The quantitative measurement of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health services research*, 38, 923-945.
- Shah, R. & Ward, P. T. (2007). Defining and developing measures of lean production. *Journal of operations management*, 25, 785-805.
- Sinclair, A. (1992). The tyranny of a team ideology. *Organization studies*, 13, 611-626.
- St. Meld Nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> [Hentet 22.04.2014]
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 2. utgave. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Vanhaecht, K., De Witte, K. & Sermeus, W. (2007a). The care process organization triangle: a framework to better understand how clinical pathways work. *Journal of Integrated Pathways*, 11, 54-61.
- Vanhaecht, K., De Witte, K. & Sermeus, W. (2007b). *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. PhD Dissertation, Katholieke Universiteit Leuven.
- Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Elliott, M. J., Sermeus, W., Ellershaw, J. & Panella, M. (2012). Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate? *Evaluation & the health professions*, 35, 28-42.

- Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R. & Sermeus, W. (2009). Is there a future for pathways? Five pieces of the puzzle. *International journal of care pathways*, 13, 82-86.
- Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R. & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14, 117-123.
- Veerbeek, L., Van Zuylen, L., Swart, S. J., Van Der Maas, P. J., De Vogel-Voogt, E., Van Der Rijt, C. C. & Van Der Heide, A. (2008). The effect of the Liverpool Care Pathway for the dying: a multi-centre study. *Palliative Medicine*, 22, 145-151.
- Womack, J. P. & Jones, D. T. (2003). *Lean thinking: Banish waste and create wealth in your organisation*, 2. utgave. London, Simon & Schuster.
- Womack, J. P., Jones, D. T. & Roos, D. (1990). *The Machine That Changed the World: The Story of Lean Production: How Japan's Secret Weapon in the Global Auto Wars Will Revolutionize Western Industry*. New York, NY: Rawson Associates.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research. Design and methods*, 5. utgave. USA, Sage Publications, Inc.

Appendiks A: Intervjuguide for prosjektdeltakere i Orkdalsmodellen

«Hensikten med intervjuet er å samle inn empirisk data til bruk i masteroppgaven. Tema vil være Orkdalsmodellen, dens mål og det standardiserte pasientforløpet, og suksessfaktorer og barrierer knyttet til dette. Det finnes ikke noe rett eller galt svar. For oss er det viktig å få høre hva du mener og tenker om disse temaene. Hvis det er greit for deg ønsker vi å ta opp intervjuet. Alt som blir sagt blir anonymisert.»

| Tema | Spørsmål |
|--|---|
| Introduksjon <ul style="list-style-type: none"> Forklare hensikt med intervjuet Forklare premisser for intervjuet | <ol style="list-style-type: none"> Har du noen spørsmål før vi begynner? Kan vi få tillatelse til å starte opptak? |
| Bakgrunnsinformasjon <ul style="list-style-type: none"> Faglig bakgrunn og stilling Rolle i Orkdalsmodellen | <ol style="list-style-type: none"> Kan du fortelle litt kort om deg selv, din faglige bakgrunn og nåværende stilling? Hva er din rolle i Orkdalsmodellen, og hva innebærer denne? |
| Orkdalsmodellen <ul style="list-style-type: none"> Beskrivelse Måloppfattelse Suksessfaktorer Barrierer Viktige bidragsytere | <ol style="list-style-type: none"> Hvis du skulle definert Orkdalsmodellen, hvordan ville du beskrevet den? <ol style="list-style-type: none"> Hva er Orkdalsmodellen for deg? Hva mener du er målene med Orkdalsmodellen? <ol style="list-style-type: none"> Sagt på en annen måte, når prosjektet er ferdig, hva har skjedd for at du skal kunne si at dere har lyktes? Vi har forstått det slik at det man ønsker å oppnå med Orkdalsmodellen er optimal kreftomsorg gjennom forbedret samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt bedret kommunikasjon innad i kommunene. Hva mener du må til for å få til dette? Hva tror du vil være de største hindringene for å få til dette? Hvem mener du er viktig (personer, instanser osv.) for at Orkdalsmodellen skal lykkes? <ol style="list-style-type: none"> Hvem må være med å bidra for at Orkdalsmodellen skal lykkes? |
| Standardisert pasientforløp (SPF) <ul style="list-style-type: none"> Forståelse av SPF generelt Kjennskap til SPF i Orkdalsmodellen | <ol style="list-style-type: none"> Når du hører begrepet ”standardiserte pasientforløp”, hva er det første du tenker på? Hvis du skulle definert standardiserte pasientforløp, hvordan ville du beskrevet det? <ol style="list-style-type: none"> Hva er standardiserte pasientforløp for deg? Hva vet du om det standardiserte |

Appendiks B: Intervjuguide for ikke-prosjektdeltakere i Orkdalsmodellen

«Hensikten med intervjuet er å samle inn empirisk data til bruk i masteroppgaven. Tema vil være Orkdalsmodellen, dens mål og det standardiserte pasientforløpet, og suksessfaktorer og barrierer knyttet til dette. Det finnes ikke noe rett eller galt svar. For oss er det viktig å få høre hva du mener og tenker om disse temaene. Hvis det er greit for deg ønsker vi å ta opp intervjuet. Alt som blir sagt blir anonymisert.»

| Tema | Spørsmål |
|---|---|
| Introduksjon <ul style="list-style-type: none"> Forklare hensikt med intervjuet. Forklare premisser for intervjuet | <ol style="list-style-type: none"> Har du noen spørsmål før vi begynner? Kan vi få tillatelse til å starte opptak? |
| Bakgrunnsinformasjon <ul style="list-style-type: none"> Faglig bakgrunn og stilling | <ol style="list-style-type: none"> Kan du fortelle litt kort om deg selv, din faglige bakgrunn og nåværende stilling? |
| Orkdalsmodellen <ul style="list-style-type: none"> Innledning Beskrivelse Måloppfattelse Suksessfaktorer Barrierer Viktige bidragsyttere | <ol style="list-style-type: none"> Har du hørt om Orkdalsmodellen? <ol style="list-style-type: none"> Hvis nei, beskriv (se beskrivelse) og gå til spørsmål 8 Hvis ja, gå til spørsmål 6 Hvis du skulle definert Orkdalsmodellen, hvordan ville du beskrevet den? <ol style="list-style-type: none"> Hva er Orkdalsmodellen for deg? Hva mener du er målene med Orkdalsmodellen? <ol style="list-style-type: none"> Sagt på en annen måte, når prosjektet er ferdig, hva har skjedd for at du skal kunne si at dere har lykket? Vi har forstått det slik at det man ønsker å oppnå med Orkdalsmodellen er optimal kreftomsorg gjennom forbedret samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt bedret kommunikasjon innad i kommunene. Hva mener du må til for å få til dette? Hva tror du vil være de største hindringene for å få til dette? Hvem mener du er viktig (personer, instanser osv.) for at Orkdalsmodellen skal lykkes? <ol style="list-style-type: none"> Hvem må være med å bidra for at Orkdalsmodellen skal lykkes? |
| Standardisert pasientforløp (SPF) <ul style="list-style-type: none"> Forståelse av SPF generelt | <ol style="list-style-type: none"> Når du hører begrepet ”standardiserte pasientforløp”, hva er det første du tenker på? Hvis du skulle definert standardiserte pasientforløp, hvordan ville du beskrevet det? <ol style="list-style-type: none"> Hva er standardiserte pasientforløp for |

