

Kristine Aasum

Samhandlingsreformens effekt på kvaliteten på sykehjem - på rett sted til rett tid?

The Coordination Reform's effect on the quality of nursing homes - at the right place at the right time?

Masteroppgave i Master of Public Administration (MPA)

Veileder: Tor Georg Jakobsen

Mai 2020

Sammendrag

Den 1. januar 2012 ble samhandlingsreformen innført i Norge, noe som førte til forandringer for helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingsreformen skulle være en reforme som skulle gi innbyggerne «rett behandling -på rett sted- til rett tid». En konsekvens av reformen var at en større del av pasientbehandlingen ble overtatt av kommunene, fordi pasientene skulle få den hjelpen de trenger, nært der de bor. I denne oppgaven undersøker jeg hvordan brukerne av kommunale omsorgstjenester opplever kvaliteten på tjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen, og det gjør jeg i lys av implementeringsteori og organisasjonsteori. Jeg har tatt utgangspunkt i brukernes opplevelse av kvaliteten på sykehjem i kommunene, og har målt over tid, før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Gjennom undersøkelsen har jeg forsøkt å svare på problemstillingen:

Hvordan har samhandlingsreformen påvirket brukernes opplevelse av kvaliteten på kommunale tjenester?

Undersøkelsen er gjennomført ved bruk av kvantitativ metode, og målingene jeg har benyttet meg av baserer seg på gjennomsnittstall fra innbyggerundersøkelsene utført over fire forskjellige år. Jeg benyttet meg av fem kategorier fra innbyggerundersøkelsen når jeg skulle finne svar på problemstillingen.

Studien viser at brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjem, i mindre grad er fornøyde med kvaliteten på tjenestene noen år etter at samhandlingsreformen ble satt i verk. I diskusjonsdelen i denne oppgaven, finner jeg også at samhandlingsreformen har endret arbeidshverdagen til helsepersonell som jobber på sykehjem. Behovet for å styrke kompetanse og grunnbemanning på sykehjem virker å være stort. Samhandling mellom sykehus og kommuner virker heller ikke å være godt nok, og helsepersonell i kommunene lider under tidspress som en følge av de nye arbeidsoppgavene.

Med bakgrunn i disse utviklingstrekkene virker det å være sannsynlig at det er en sammenheng mellom helsepersonells opplevelse av effekten av samhandlingsreformen, og målingene fra innbyggerundersøkelsene som viser at brukerne er mindre fornøyde med tjenestene de mottar, noen år etter at samhandlingsreformen ble innført.

Abstract

January the 1st, 2012, the Coordination Reform was introduced in Norway, which led to changes for the entire national health service. The Coordination Reform was meant to give the citizens “right treatment – at the right location – at the right time”. A consequence of the reform was that a larger part of the treatment of the patients in the health-care system was taken over by the municipalities. The reason was that the patients were supposed to receive the treatment they needed near where they live. In this master’s thesis I will investigate how the patients experience the quality of the health services offered in the municipalities, after the introduction of the Coordination Reform. I will do so from a perspective of the organization-theory and implement-theory. This study’s starting point is the patients experience of the quality of the nursing homes in the municipalities. I have measured over time, before and after the introduction of the Coordinating Reform. The thesis’s statement has been to investigate how the Coordination Reform has influenced the patients experience of the quality of the services given in the municipalities.

This study is carried out by using a quantitative method. To measure I have been using average numbers from a study of citizens. The measures took place on four different years. There are five categories I’ve been using to investigate the thesis statement.

The findings in this investigation, shows that the patients using the health- and care services in nursing homes, are less satisfied with the quality of the services a few years after the introduction of the Coordination Reform. In the discussion-section of this thesis, I also find that the Coordination Reform has changed the health carers everyday life at work, for those working at nursing homes. It seems that the needs to strengthen the competence and the number of workforces at nursing homes are large. The interaction and coordination between the hospitals and the municipalities are still not good enough, and the caregivers working in the municipalities are suffering under time pressure when taking over new tasks.

Because of those developments, there will most likely be a relation between the health-care workers experiences after the introduction of the Coordination Reform, and the measures from the study of the citizens, showing that the patients are less satisfied with the services they receive a few years after the introduction of the Coordination Reform.

Forord

Endelig kan jeg presentere en ferdig masteroppgave. Arbeidet med oppgaven har vært spennende og lærerikt, men innlevering av masteroppgave kjennes også litt vemodig fordi masteroppgaven markerer slutten på mine år som student på NTNU. Som deltidsstudent på MPA-studiet har jeg vært så heldig å få nye perspektiver, ny kunnskap, og ikke minst blitt kjent med mine flinke og kunnskapsrike medstudenter og forelesere. Takk til hver og en av dere for trivelige stunder, gode diskusjoner, og for at alt dere har delt av deres erfaringer, kunnskap og historier. Takk også til min veileder Tor Georg Jakobsen for sterk faglig støtte, og for oppmuntrende ord underveis i arbeidet med oppgaven. Takk også til dere hjemme for deres tålmodighet, omsorg og oppvartning slik at det ble mulig å ferdigstille denne oppgaven. Uten dere hadde ikke denne oppgaven sett dagens lys. Sist, men ikke minst, takk til alle dere som underveis har bidratt med oppmuntrende ord og tilbakemeldinger, dere vet hvem dere er.

Snåsa, 26. mai 2020

Kristine Aasum

Innhold

Figurer	x
Tabeller	x
1 Innledning	1
2 Teoretisk rammeverk	4
2.1 Begrepsavklaringer og avgrensninger	4
2.2 Problemstilling og hypoteser	5
2.3 Noen definisjoner og betraktninger om tilfredshet i et brukerperspektiv	6
2.4 Teoretiske perspektiver	7
2.6 Reformen og reformtrender i helsesektoren	22
2.7 Sentrale trekk og intensjoner i samhandlingsreformen	23
2.8 Avslutning og veien videre	27
3 Metode	28
3.1 Ontologiske og epistemologiske antakelser	28
3.2 Metodisk tilnærming og forskningsdesign	33
3.3 Validitet og reliabilitet	34
3.4 Kritisk refleksjon og oppsummering	34
3.4.1 Presentasjon av datamaterialet	35
3.4.2 Innbyggerundersøkelsene over tid	36
4 Analyse	37
4.1 Hvordan innbyggerundersøkelsene ble besvart	38
4.2 Brukerdel, sykehjem	39
4.3 Deskriptiv statistikk	39
4.4 Opplevelsen av å være fornøyd, alt i alt	40
4.5 Den medisinske behandlingen	41
4.6 Den faglige kompetansen hos helsepersonell	43
4.7 Oppfølging av bruker	44
4.8 Tilpasset tilbud for bruker	45
4.9 Oppsummering	47
5 Diskusjon	48
5.1 Funnene sett i sammenheng	48
5.1.1 Brukerne er mindre tilfredse med sykehjem etter implementeringen av samhandlingsreformen	49
5.1.2 Brukerne var mindre fornøyd med den medisinske behandlingen de fikk på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført	50

5.1.3	Brukerne opplever ikke at den nødvendige faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn.	57
5.1.4	Brukerne opplever ikke at helsepersonell har fått mer tid og/eller flere ressurser til å følge opp brukerne, etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn	61
5.1.5	Brukerne opplever ikke at de har fått et mer helhetlig og tilpasset tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen.....	64
5.2	Oppsummering av diskusjon	66
6	Avslutning.....	69
	Referanser.....	71

Figurer

Figur 1 <i>Den integrerte Implementeringsmodell</i>	11
---	----

Tabeller

Tabell 1 Bakkebyråkratenes jobbkarakteristikker og disses konsekvenser	13
Tabell 2 oversikt over data brukt som grunnlag for en analyse over tid	39
Tabell 3 fornøyd, alt I alt	41
Tabell 4 medisinsk behandling.....	42
Tabell 5 faglig kompetanse	44
Tabell 6 følge opp	45
Tabell 7 tilpasset tilbud	46
Tabell 8: Legeårsverk og institusjonsplasser per legeårsverk	51
Tabell 9: Sykepleierårsverk og institusjonsplasser per sykepleierårsverk	52
Tabell 10: Oppsummering av oppgavens hypoteser.....	68

1 Innledning

I denne oppgaven undersøker jeg hvordan brukerne av kommunale omsorgstjenester opplever kvaliteten på tjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen. Jeg har da tatt utgangspunkt i brukernes opplevelse av kvaliteten på sykehjem i kommunene, og har målt over tid, før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Målingene baserer seg på innbyggerundersøkelsene utført over fire forskjellige år for å finne svar på problemstillingen i denne oppgaven.

Samhandlingsreformen ble beskrevet som en koordinerings- og retningsreform hvor økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skulle bidra til å nå et overordnet mål om et helhetlig og smidige pasientforløp og en mindre fragmentert tjeneste. Spesialist- og primærhelsetjenesten skulle i større grad samhandle, og samhandlingsreformen skulle bidra til en dreining av ansvaret for pasientene fra sykehus til kommunenes helse- og omsorgstjenester, hvor intensjonen var at kommunene skulle ta større del av ansvaret for helsetjenestene. Sykehjem og hjemmetjenester i kommuner skulle av den grunn bli enda mer viktige og sentrale bidragsytere for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus (St.Meld.nr.47, 2008–2009).

Samhandlingsreformen var inspirert av helsereformer i våre naboland, hvor medfinansiering av sykehustjenester skulle bidra til en utvikling av helsetilbud utenfor sykehus (Davies et al., 2009). Reformen skulle altså stå som et svar på en stadig mer fragmentert og ineffektiv helse- og omsorgstjeneste, og også gi lik tilgang til tjenestene for alle, og hovedgrepet var overføringen av finansieringsansvaret fra staten til kommunene skulle motivere kommunene til å avgrense bruken av sykehustjenestene. Dette grepet innebar en økt satsning på blant annet sykehjem (Busch et al., 2015).

I et samfunn som er høyt spesialisert, er koordineringen mellom ulike deler av det offentlige tiltaksapparatet et problem som stadig vender tilbake (Christensen og Læg Reid, 2019) og (Rommetvedt, 2017). Dette gjelder også et helsevesen som i stadig større grad blir mer spesialisert. En effektiv styring av den offentlige helsetjenesten vil derfor være en sentral utfordring i den norske velferdsstaten. Sammen med sykehusreformen fra 2002, var samhandlingsreformen derfor en av de viktigste reformene som har blitt gjennomført i det

norske helsevesenet på 2000- tallet. Samhandlingsreformen ble godkjent i statsråd 19. juni 2009, og 1. januar 2012 ble første del av samhandlingsreformen satt ut i live.

Samhandlingsreformen skulle gradvis innføres i løpet av de neste fire årene. Fokus i stortingsmeldingen var datidens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, og hovedutfordringene ble beskrevet som å være knyttet til både et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen, uttalte at mennesker ikke fikk den hjelpen de trengte, og at manglende samhandling var den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser ble taperne i helse-Norge. For å greie å gi gode pasientforløp ville det derfor være viktig å sette kommunen i stand til å gi pasientene nødvendig behandling og oppfølging (St.Meld.nr.47, 2008–2009).

I denne oppgaven er utgangspunktet blant annet sentrale hovedtrekk ved samhandlingsreformen, hvor intensjonen var at flere skulle få behandling lokalt og hvor bruken av sykehustjenester skulle begrenses, når problemstillingen skal undersøkes. Som metode har jeg valgt kvantitativ metode, hvor jeg har benyttet meg av deskriptive data før, underveis og etter implementeringen av reformen. Data har jeg hentet fra innbyggerundersøkelsene for å finne svar på hvor tilfredse brukerne av kommunale helsetjenester er med tjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen. De data som jeg har benyttet i denne oppgaven er hentet fra Innbyggerundersøkelsen 2009, 2012/2013 og 2014/2015 og 2016/2017 og jeg har da benyttet meg av Brukerdel, Sykehjem. Undersøkelsen er finansiert av IKT, Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Data i anonymisert form er stilt til disposisjon av Direktoratet for forvaltning gjennom NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Verken Direktoratet for forvaltning og IKT, Kommunal- og moderniseringsdepartementet eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene, eller de tolkninger som er gjort her.”

Som teoretisk rammeverk for oppgaven, har jeg valgt å bruke teori om tilfredshet, samt organisasjonsteori og implementeringsteori. Jeg har også inkludert litteratur om hvilke reformer som har preget helsesektoren de siste tiårene, hvorfor behovet for reformer oppstår, samt sentrale trekk ved samhandlingsreformen.

Jeg har målt brukernes opplevelse på fire forskjellige tidspunkter, både før og etter implementeringen. I denne oppgaven går jeg ut ifra en antagelse om at eventuelle forskjeller på målingene gjort før og etter innføringen av samhandlingsreformen kan tilskrives reformen.

Dette fordi samhandlingsreformen har ført til en annen oppgave – og ansvarsfordelingen av helsetjenestene, hvor man kan anta at brukernes opplevelse av tilfredshet på sykehjem henger nært sammen med hvordan tjenestene blir ytt, og tjenesteytternes kompetanse, påvirkning og muligheter når tjenestene blir gitt.

Problemstilling og hypoteser er beskrevet i kapittel 2.

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg først presentere teori som jeg anser som relevant for å kunne belyse problemstillingen. Først presenteres teori om tilfredshet før jeg presenterer teoretiske perspektiv, herunder organisasjonsteori og implementeringsteori. Dette blir etterfulgt av litteratur om hvilke reformer som har preget helsesektoren de siste tiårene, hva som kan ha vært årsaken til at disse reformene så dagens lys, samt sentrale trekk ved samhandlingsreformen. I kapittel 2.2 vil jeg presentere problemstilling og hypoteser. Innledningsvis har jeg noen begrepsavklaringer og begrensninger for oppgaven.

Ved å benytte meg av de teoretiske rammene, samt metoden jeg har valgt, ønsker jeg å undersøke hvordan brukerne av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (herunder sykehjem) opplever kvaliteten på tjenestene før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Bakgrunnen for samhandlingsreformen var en erkjennelse av at tjenestene i helse - og omsorg bar preg av å være fragmenterte og for lite effektive. Tjenester som ble tildelt pasienter og innbyggere, skulle være bedre, mer sikre, effektive og nyttige, og brukerne skulle få et mer tilpasset tilbud.

2.1 Begrepsavklaringer og avgrensninger

I besvarelsen av denne oppgaven har jeg lagt til grunn at fornøydhets er en funksjon av kvalitet, når brukerens opplevelse av den kommunale helsetjenesten skal undersøkes.

Jeg har også utelukkende fokusert på sykehjem i kommunene når jeg har forsøkt å finne svar på min problemstilling, også der det refereres til kommunale helsetjenester.

Jeg har i oppgaven brukt begrepene tjenestemottakere, brukere og pasienter om hverandre, men betydningen er i alle tilfeller den samme uavhengig av hvilket begrep som er brukt.

Helsepersonell jeg har lagt vekt på i denne oppgaven er i hovedsak sykepleiere/fagarbeidere/leger i kommunen, med andre ord de som i størst grad står for den medisinske behandlingen og utførelsen av denne, de som skal gi pleie – og omsorg, og de som skal ivareta pasientene på sykehjem.

Med begrepet samhandling i denne sammenheng har jeg valgt å låne forfatterne av samhandlingsreformen sin definisjon på samhandling. De definerer samhandling som et uttrykk for helse – og omsorgstjenestenes evne til å fordele oppgaver seg imellom for å kunne nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld.nr.47, 2008–2009:13).

Pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten (Danielsen et al., 2017).

2.2 Problemstilling og hypoteser

For å finne svar på det jeg ønsker å undersøke, har jeg valgt å lage en hovedproblemstilling.. En problemstilling skal være forskbar, noe som innebærer at det må foreligge data, eller at det kan samles inn data slik at den som undersøker kan belyse problemstillingen (Ringdal, 2014). Problemstillingen vil jeg undersøke ved hjelp av innbyggerundersøkelsene gjort på fire forskjellige år, for å måle om samhandlingsreformen kan ha hatt innvirkning på brukernes opplevelse av kvalitet før og etter implementeringen.

Problemstillingen min lyder som følger:

Hvordan har samhandlingsreformen påvirket brukernes opplevelse av kvaliteten på kommunale tjenester?

Basert på denne problemstillingen, vil jeg i den videre analysen av oppgaven legge følgende underhypoteser til grunn:

1. Brukerne er mindre tilfredse med sykehjem etter implementeringen av samhandlingsreformen
2. Brukerne er mindre fornøyde med den medisinske behandlingen de får på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført.
3. Brukerne opplever ikke at den nødvendige faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn.
4. Brukerne opplever ikke at helsepersonell har fått mer tid og/eller flere ressurser til å følge opp brukerne, etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn.
5. Brukerne som mottar tjenester på sykehjem opplever ikke at de har fått et mer tilpasset og helhetlig tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen

2.3 Noen definisjoner og betraktninger om tilfredshet i et brukerperspektiv

Undersøkelser om bruker- og tilfredshet har i Norge blitt gjennomført i omfattende skala de siste tiårene. Selv om utvalgsundersøkelser ikke er noe nytt, så er det nye med brukertilfredsundersøkelser at det offentlige undersøker innbyggernes meninger, fordi tidligere undersøkelser har vært begrenset til atferd. Ved å ta i bruk brukertilfredshetundersøkelser åpner derfor det offentlige opp for en ny kommunikasjonskanal i samfunnet, fordi slike undersøkelser har konsekvenser for prioriteringer og folkelig innflytelse over politikken (Rolland, 2005).

New Public management, som har preget offentlig sektor i form av reformer i Norge, har også hatt brukerorientering som en sentral komponent (Christensen og Læg Reid, 2002). I lys av problemstillingen i denne oppgaven, kan man anta at innbyggernes holdninger til kommunale tjenester relateres til hvordan tjenestene er organisert, og hvordan de som skal yte tjenestene løser oppgavene. For å søke svar på problemstillingen, vil det være vesentlig å først se på hva tilfredshet er, og videre hvorfor det er viktig.

Mennesker vurderer gjerne sitt eget liv som tilfredsstillende eller ikke, og organisasjoner og institusjoner har også strebet etter å levere en opplevelse av tilfredshet til sine tjenestemottakere. Det er rimelig å anta at tjenestemottakere ønsker å være tilfredse med de tjenestene de benytter seg av, og det er rimelig å anta at tjenesteyterne ønsker å levere tjenester som brukerne er tilfredse med. Grunnene til dette kan være blant annet at tilfredshet i seg selv er noe man ønsker, det kan forebygge å måtte handle på nytt eller man kan unngå konsekvenser av dårlige avgjørelser. Videre kan det også styrke tjenestemottakernes evne og dyktighet til beslutningstaking (Oliver, 2010). En formell, og generell, definisjon av tilfredshet kan være at tilfredshet er å innfri konsumentens respons. Det er en oppfatning at et produkt eller en tjeneste i seg selv, forutsetter at konsumenten opplever innfrielse på produktet eller tjenesten på et behagelig nivå (Oliver, 2010).

2.4 Teoretiske perspektiver

Her presenterer jeg organisasjonsteori og implementeringsteori, samt underhypotesene som ligger til grunn for oppgaven.

En organisasjonsteoretisk tilnærming til offentlig sektor forutsetter ifølge Christensen et al. (2015:9) at man ikke kan forstå innholdet i offentlig politikk og i offentlige beslutninger før man har analysert organisering og virkemåte i styringsverket. Det institusjonelle perspektivet ser på organisasjoner som innehar egne regler, verdier og normer som igjen har en selvstendig innflytelse på beslutningsatferd (Christensen et al. 2015). Det institusjonelle perspektivet, ifølge Christensen et al. (2015:9), åpner for at organisasjonene har egne uformelle regler, verdier og normer som alene påvirker beslutningsatferden, og at de ikke nødvendigvis tilpasser seg styringssignaler fra toppen. Dette vil være et nyttig perspektiv å ha med seg, når jeg skal se om brukernes opplevelse av kvaliteten på tjenesten kan ha sammenheng med tjensteutøvernes muligheter og evner til å løse nye utfordringer i kommunene etter innføringen av samhandlingsreformen.

Parsson et al. (1956) sa om organisasjoner at de ikke kan overleve utelukkende ved å være effektivitetsorienterte. Organisasjonene må også søke legitimitet fra sine omgivelser, og de må også vise at de kan leve opp til grunnleggende modernitetsnormer om å alltid tilstrebe fremskritt, rasjonalitet og å fornye seg for å kunne få aksept fra omgivelsene sine. Christensen

et al. (2015) sier at slike normer gjerne viser seg i form av ideer og oppskrifter på hvordan en moderne organisasjon skal vise seg.

En myte er en legitimert oppskrift på hvordan man bør utforme deler av en organisasjon. Oppskriftene fra institusjonelle oppskrifter kan gjerne kalles rasjonaliserte myter. Rasjonelle myter kan bli presentert som et effektivt redskap for måloppnåelse, noe som innebærer at det ved hjelp av vitenskapsliknende argumentasjon er skapt en overbevisning om at dette er en effektiv måte å nå mål for organisasjonen på. Organisasjoner på sin side opplever ofte at de instrumentelle virkningene av å adoptere mytene ikke ble som man forventet. Relativt uavhengig av hvorvidt mytene har ført til måloppnåelse eller ikke, er at de også kan være institusjonalisert på en slik måte at mytene for en gitt periode blir betegnet som tidsriktige, effektive og moderne måter å organisere på (Christensen et al., 2015:76-77).

Det som jeg anser som relevant å se på i denne oppgaven i lys av organisasjonsteorien, er hvordan oppskrifter tas inn og tas i bruk, altså selve møtet mellom rasjonaliserte myter og organisasjoner, som også kan betegnes som adoptering eller implementering, og hva som kan tenkes å skje når disse oppskriftene skal settes ut i praksis (Christensen et. al, 2015).

DiMaggio og Powell (1983) belyser noen grunner til at organisasjoner tar i bruk nye organisasjonsoppskrifter. Det kan være at en organisasjon gjennom lover og forskrifter blir pålagt å innføre en bestemt type organisasjonsoppskrift, hvor man da ikke har annet valg enn å innrette seg etter nye lover og forskrifter, og hvor man da snakker om en tvangsmessig adoptering (DiMaggio og Powell, 1983).

Ut fra en institusjonell tilnærming, kan organisasjonsoppskrifter vise seg som meningsbærende symboler. Disse er rasjonaliserte symboler hvor de vil presenteres som redskaper for effektivisering og modernisering, og påstanden er at organisasjonsoppskrifter har fått sin legitimitet fordi de kan assosieres med begrep som fornuft, effektivitet, styring, demokrati og vitenskapelighet, verdier som kan bli sett på som grunnleggende rasjonalistiske verdier i vårt moderne samfunn (Christensen et al., 2015).

Denne oppgaven tar utgangspunkt i at brukernes opplevelse av kvalitetene på helsetjenestene de mottar i kommunene, henger nært sammen med hvilke forutsetninger de som yter helsetjenestene hadde når kommunene fikk nye oppgaver. Man kan også tenke seg at de som skulle yte helsetjenestene i kommunene var prisgitt en organisasjon som skulle evne å ta til seg, samt ganske raskt tilpasse seg, de nye kravene for måloppnåelse og i større grad enn før ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene til kommunene samt håndtere nye og mer

komplekse oppgaver. Hvis man ser på ett av mange ordvalg som ble brukt når samhandlingsreformen ble lansert, så kan man blant annet lese om reformens formål var «å sikre at den norske velferdsstaten er bærekraftig også for fremtidige generasjoner» (St.Meld.nr.47, 2008–2009:14). Det vil være sannsynlig at slike valg av ord gir assosiasjoner til verdier som står høyt i det samfunnet og den kulturen vi lever i, og som kanskje også bidro til å gi samhandlingsreformen oppslutning og legitimitet. Slike verdier, samt et scenario som beskrev optimistiske resultater om blant annet et mer helhetlig og tilpasset tilbud til pasientene, uansett hvor pasientene bor, ville sannsynligvis også gi et håp om positive forandringer både for organisasjonen, brukerne og de som skulle ta hånd om de nye oppgavene. Men kan man anta at pasientene selv opplever at de har fått et mindre helhetlig og tilpasset tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen? Kan det tenkes at brukerne av helse- og omsorgstjenestene i kommunene opplever at det er mindre tid til den enkelte pasient, når flere skal få hjelp der de bor, og oppgavene har blitt flere? Bruken av sykehustjenestene skulle dempes fordi tjenestene i større grad skal gis der pasientene bor. Kommunene og sykehus er av den grunn nødt til å samhandle bedre for å lykkes med denne oppgavedelingen og oppgaveoverføringen til pasientens beste, noe som også var et mål i samhandlingsreformen, men er dette målet innfridd? Jeg går ut ifra en antakelse om at samhandlingen mellom sykehus og kommuner fortsatt ikke er god nok, og at dette igjen gjenspeiler seg i pasientens opplevelse av å få et tilpasset tilbud i egen kommune, og følgende hypotese utledes i forhold til brukernes opplevelse av et helhetlig og tilpasset tilbud på sykehjem:

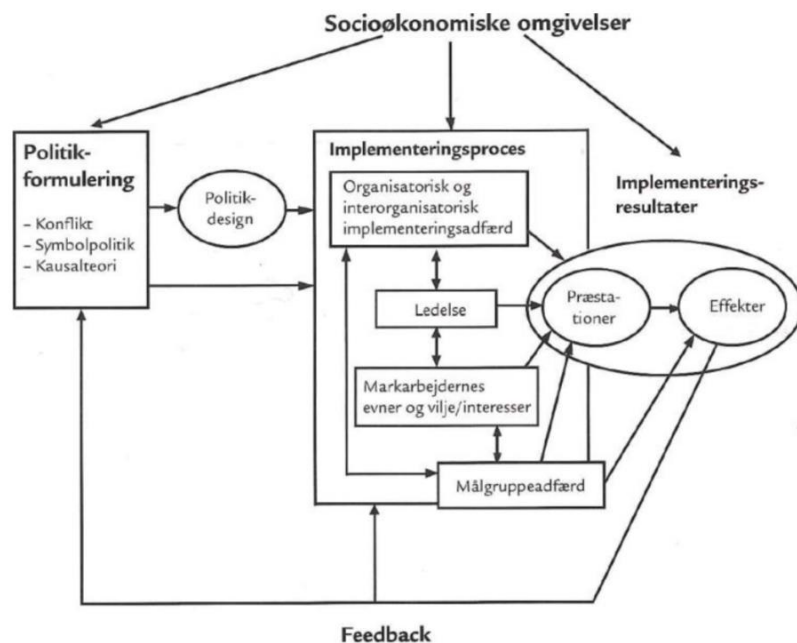
Hypotese 5: Brukerne som mottar tjenester på sykehjem opplever ikke at de har fått et mer tilpasset og helhetlig tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen.

For å kunne forstå brukerne av kommunale helsetjenesters erfaringer med, og opplevelse av, kvaliteten på helsetjenester etter samhandlingsreformen, vil det også være hensiktsmessig å se på profesjonsutøveres rolle i *implementeringen av samhandlingsreformen*. Jeg har da gått ut ifra en antakelse om at profesjonsutøverne i helsesektoren har hatt stor påvirkning (og en viktig rolle) i implementeringen av samhandlingsreformen i kommunene, og at dette igjen har påvirket brukernes opplevelse av de kommunale helsetjenestene. Jeg legger da vekt på kompetanse, arbeidsrutiner, utøvelse av skjønn og ansvar hos profesjonsutøverne.

Det finnes få former for politiske beslutninger som implementerer seg selv. Bortimot all implementering krever at en eller flere organisasjoner involveres i implementeringen (Winter

og Nielsen, 2008). Men hva er egentlig implementering? Mazmanian og Sabaitier (1981:20-21) sier at implementering av politikk, iverksettelse og gjennomføring av lovgivning er en prosess hvor det treffes en rekke politiske beslutninger. Produktet av ny eller forandret lovgivning som skal avgis til innbyggerne, kan avvike fra det som var forventet, slik at lovgivningen ikke får de virkningene som i utgangspunktet var tilsiktet (Winter og Niensens, 2008). Brunsson (2009) argumenterer med at en av de fundamentale problemene ved å oppnå de ønskede effektene i en reform, er at det er forskjellige regler for hva som er ønsket og hva som blir sagt i forhold til hva som *faktisk* blir gjort.

Winter og Nielsen drøfter også det demokratiske effektivitetsproblemet som kan opptre når politiske beslutninger ikke iverksettes og/eller gjennomføres i tråd med intensjonene. Før jeg fortsetter med implementeringsteori, vil det være på sin plass å si noe om endringer og reformer, fordi i offentlige organisasjoner er ikke endringer og reformer et fenomen som nylig har oppstått. Christensen et al (2015:152) sier at med reformer menes bevisste og aktive forsøk fra aktører, både politiske og administrative, på å forandre på trekk i struktur og/eller kultur i organisasjonen. Dette innebærer at reformer ikke alltid fører til endringer. Endringer, på sin side, er ifølge samme forfattere, et mer omfattende begrep som også går på dette med omstillinger som ikke er planlagt gjennom bevisste handlinger. Endringer er med andre ord en kontinuerlig prosess som foregår i organisasjoner, gjennom små rutinemessig aktivitet og små skritt, eller av og til gjennom brå og kraftige omveltninger når det har bygd seg opp et potensial over lengre tid. Brunsson (2009) sier om reformer at de som står bak reformer har mye makt, fordi de fritt kan velge, samt lage nye reformer, som har som formål å få bedre resultater. Brunsson stiller også spørsmål ved om reformer har blitt rutine i mange store organisasjoner og at reformer derfor kan sies å være en integrert del av institusjonelle organisasjoner i sin moderne versjon. Winter og Nielsen (2008) presenterer jo også den integrerte implementeringsmodellen. Denne modellen er ment å integrere en rekke av de vesentlige teoretiske bidrag fra implementeringsforskningen i en samlet modell, og jeg velger derfor å ta den i bruk i denne oppgaven.



Figur 1 Den integrerte Implementeringsmodell (Winter og Nielsen 2008)

Den integrerte implementeringsmodellen (figur 1) vil sammen med de teoretiske perspektivene, ligge til grunn når jeg skal forsøke å finne svar på min problemstilling og mine hypoteser. I implementeringsmodellen figur 1 er bakkebyråkratene her henvist til som markarbeidere. Dog vil jeg ikke benytte meg av hele den integrerte implementeringsmodellen, men fokusere på bakkebyråkratenes rolle i implementeringsprosessen, hvor jeg går ut ifra en antakelse om at implementeringens suksess blant annet avhenger av bakkebyråkratene.

Men hvem er egentlig disse implementeringsaktørene? Lipsky (2010) hevder at offentlige tjenesteutøvere som samhandler direkte med innbyggerne innehar en særdeles kritisk posisjon, og at de egentlige politiske beslutningstakerne er nettopp disse offentlige ansatte som i siste ledd av implementeringskjeden leverer den offentlige politikk til innbyggerne. I denne oppgaven legges derfor til grunn antakelsen om at bakkebyråkratene, helsearbeiderne i kommunene, innehar en kritisk funksjon når det kommer til å implementere samhandlingsreformen, og dermed også utfallet av samhandlingsreformen. Men hvilke muligheter har disse tjenesteutøverne hatt til å levere innholdet i samhandlingsreformen til brukerne? Jeg vil anta at tjenesteutøverne, som også er å anse som implementeringsaktører, har hatt begrenset med muligheter til å greie å innfri målene i samhandlingsreformen på en slik måte at brukerne opplever større tilfredshet med tjenestene i kommunene etter

samhandlingsreformen. Med tanke på alle de nye oppgavene som tjenesteutøverne har hatt å forholde seg til, samt en helt ny måte å organisere tjenestene på, så vil det virke sannsynlig at kompleksiteten må ha påvirket de mulighetene tjenesteutøverne har hatt til å løse de nye oppgavene. Dette vil sannsynligvis igjen ha påvirket brukernes totale opplevelse av de tjenestene de mottar i kommunen, og følgende hypotese utledes:

Hypotese 1: Brukerne er mindre tilfredse med tjenestene på sykehjem etter implementeringen av samhandlingsreformen.

Lipsky (2010) definerer i sin bok *street – level bureaucracy* disse offentlige tjenesteutøverne som bakkebyråkrater, og det vil i denne oppgaven fortsettes med å bruke begrepet bakkebyråkrater i tillegg til offentlige tjenesteutøvere. Winter og Nielsen (2008) sier om bakkebyråkratene, at størstedelen av de offentlige ansatte er nettopp det; bakkebyråkrater. Et fellestrekk for disse er at de til dels samhandler direkte med de berørte innbyggerne og dermed målgruppen. Videre har bakkebyråkratene et stort handlingsrom ved å utøve skjønn i de daglige beslutningene som må tas i samhandling og interaksjon med innbyggerne. Med andre ord er det ikke absolutt alle sider ved jobben til bakkebyråkraten som er lovmessig regulert.

jobbkarakteristikk	konsekvens
<ul style="list-style-type: none"> • Deres gjenstandsfelt er ikke detaljorientert 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De skal utøve et skjønn, dvs. utfylle et ikke-regulert atferdsrom
<ul style="list-style-type: none"> • Deres arbeid er et ledd i joint-producion 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deres atferd skapes i samspill med andre relevante aktører - herunder brukerne/målgruppen
<ul style="list-style-type: none"> • Atferden er vanskelig/praktisk umulig å monitorere 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De kan løpe med politikken, dvs. utvise atferd fra det som avviker fra det ønskede
<ul style="list-style-type: none"> • Det er sjeldent sikker viten og fullstendig konsensus om metoder og prioriteringer • Det er ikke ubegrensede med ressurser til rådighet 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De opplever et krysspress, og at det fra forskjellige sider – ut fra forskjellige verdikriterier- settes spørsmålstegn ved deres handlinger
<ul style="list-style-type: none"> • De er embetsmenn (agenter) som er satt til å handle på vegne av politiske principaler • Deres generelle atferd og spesifikke beslutninger har konsekvenser for andre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ De forvalter og står til ansvar for å forvalte en oppgave, hvis innhold og premisser de ikke selv har full frihet til å fastsette

Tabell 1 Bakkebyråkratenes jobbkarakteristikker og disses konsekvenser (Winter og Nielsen, 2008)

Bakkebyråkratenes arbeid er ikke detaljregulert, det vil si at bakkebyråkratene må bruke skjønn i stor grad for å kunne utøve et ikke-regulert atferds rom, som vi ser i tabell 2. Lipsky (2010:2) har to overordnede påstander om bakkebyråkraters utøvelse av skjønn. Den ene er at utøvelse av skjønn er en vesentlig del av jobben til bakkebyråkratene som regelmessig samhandler med innbyggere og tjenestemottakere. Det er også et viktig poeng at i utførelsen av jobbene til bakkebyråkratene, så vil jobben typisk bli utført under omstendigheter hvor det er knapt med tid, knapt med informasjon, eller andre ressurser som er nødvendige for å på en tilfredsstillende måte kunne imøtekomme individuelle saker, i en kompleks virkelighet. Bakkebyråkratene vil derfor utføre jobben sin ved å utvikle rutiner, en praksis, og med en forenkling av psykologiske faktorer på måter som i stor grad vil påvirke resultatet. Masseproduksjon av tjenestemottakere er normen, og dette vil gi utslag for kvaliteten på behandling og tjenester. Den andre påstanden til Lipsky, er at slike jobber ofte er ment å

oppnå politisk objektivitet som har sin bakgrunn i politiske prosesser. Lipsky (2010) mener også at man ved bruk av ordet ‘‘omsorg’’ som blir brukt i helse- og omsorgstjenestene, kan observere at politikere og administrasjonen hyppig diskuterer hva omsorg faktisk skal inneholde og i hvilket omfang, men at det sjeldent blir diskutert hvem som skal yte omsorgen, og hvordan disse ‘‘noen’’ vil uttrykke og håndtere denne omsorgen. Hill og Hupe (2014:164) poengterer også sin side, at mye av det arbeidet som blir utført av bakkebyråkrater ikke er nedfelt i formelle dokumenter. I praksis vil dette si at når bakkebyråkratene møter på utfordringer, eller de står i situasjoner som de på forhånd ikke hadde hatt mulighet til å forutse, og når de blir konfrontert med normer som ofte kan oppleves å være vage, så må bakkebyråkratene handle. I slike situasjoner vil bakkebyråkratene gjerne se det som nødvendig å tolke den offentlige politikken som gjelder på en kreativ, men forsvarlig, måte. Ifølge Winter og Nielsen (2008) vil dette føre til at bakkebyråkraten selv er nødt til å forstå hvilken atferd som er mest optimal, og de må utøve skjønn. Hasenfeld (2010) sier om organisasjoner som yter tjenester til mennesker, som for eksempel sykehus etc., at disse organisasjonene har en viktig rolle i livet til mennesker. Både individer og familier er avhengige av disse organisasjonene for å kunne opprettholde, forsterke og beskytte opplevelsen av velvære. Dette medfører også at de menneskene som mottar slike tjenester, ofte kan føle seg i en sårbar posisjon siden de ofte blir gjenstand for utveksling av svært personlig og sensitiv informasjon til de som skal yte tjenestene. Derfor vil måten tjenesteyterne responderer på disse menneskene og den personlige og sensitive informasjonen som blir utvekslet, fremkalle forskjellige opplevelser for tjenestemottakerne og måten de ser tjenesteutøverne på. Offentlige virksomheter kan ifølge Lipsky (2010) ofte ha monopol på de tjenestene som ytes, eller tjenestemottakerne har av en eller annen grunn ikke mulighet til å benytte seg av private tjenesteleverandører.

Bakkebyråkratenes arbeid er en del av *joint-production* (Hasenfeld, 1992) som i korte trekk går ut på at bakkebyråkratenes arbeid, og da også resultatet av deres arbeid, avhenger av samspillet med de berørte brukerne og innbyggerne generelt, samt andre offentlige og private aktører. Det faktum at bakkebyråkratenes arbeid blant annet er karakterisert ved *joint-production* er et bevis på at de er nødt til å utøve skjønn. Bakkebyråkraten er også nødt til å kunne navigere rundt motstridende krav og behov (Winter og Nielsen, 2008). Når innbyggere opplever at behov for offentlige tjenester forandrer seg, så er det ifølge Hasenfeld (2010) sannsynlig at de oppsøker de tjenestene de har behov for. Når så disse innbyggerne oppsøker disse offentlige tjenestene de trenger, vil de ikke nødvendigvis føle seg helt sikre på hvordan

de vil bli tatt imot. Lipsky (2010) sier om tjenestemottakere av offentlige tjenester, at de er tjenestemottakere av den grunn at de er nødt til å mota tjenestene, noe som ifølge Hill og Hupe (2014) gjør at relasjonen mellom innbyggere og bakkebyråkrater ikke er symmetrisk. Allikevel er relasjonen basert på gjensidig avhengighet.

Atferden er vanskelig/praktisk umulig å monitorere, fordi det meste av arbeidet som blir utført blir utført på en slik måte at det er veldig begrenset hvilken kontroll som kan gjøres.

Sykepleieren som gir behandling til en pasient er et eksempel på atferd og situasjoner som umulig kan overvåkes (Winter og Nielsen, 2008). Å overvåke/monitorere bakkebyråkraters atferd vil også være kostbart i tillegg til at det vil være vanskelig, og det vil trolig være mer hensiktsmessig å utvikle teoretiske modeller som kan identifisere faktorer som påvirker samhandlingen mellom bakkebyråkraterne og tjenestemottakerne, spesielt for hvordan personlige holdninger og verdier påvirker den enkelte bakkebyråkrat (Hill og Hupe, 2014).

Det er ikke ubegrensede med ressurser til rådighet. Bakkebyråkraterne må forholde seg til relativt høy grad av usikkerhet på grunn av kompleksiteten som kjennetegner offentlig sektor. De må også forholde seg til et konstant press som gjør at de kan være nødt til å handle uten å engang ha mulighet til å vurdere å tilegne seg mer informasjon. Dette i sterk kontrast til andre byråkrater som i det minste kan ha muligheten til å bruke tid på å skaffe seg slik informasjon. Dette vil med andre ord si at stort arbeidspress påvirker mulighet til å bruke tid på å fatte avgjørelser. Bakkebyråkrater kan også mangle personlige ressurser i utøvelsen av yrket sitt, de kan med andre ord være både uerfarne og/eller mangle kompetanse. De aller fleste bakkebyråkrater deler en hel del av jobbkaraktistikkene som gjengitt i figur 3.2. Hvis politikk skal forandres, må bakkebyråkraterne og deres roller involveres. Det er også viktig å legge merke til at de tjenestene som bakkebyråkraterne yter, ofte er personlige og tar sted i situasjonene der behov oppstår, det vil med andre ord si at bakkebyråkraterne tar avgjørelser i øyeblikket, avgjørelser som er basert på skjønn, og denne utøvelsen av skjønn er med utgangspunkt i hvert enkelt individ. Bakkebyråkraterne spiller også en vesentlig rolle i å regulere konflikter, i lys av sin rolle som agent av sosial kontroll. Som individer representerer bakkebyråkraterne håp (for innbyggerne og tjenestemottakerne) om rettferdig og effektiv behandling, selv om bakkebyråkraterne selv ser sine egne begrensninger klart i forhold til effektiv samhandling og den påtvungne masseproduksjonen av tjenester som karakteriserer offentlig sektor (Lipsky, 2010). Hvilke muligheter kan det antas at tjenesteyterne har hatt, når de fikk nye arbeidsoppgaver og mer ansvar? Det vil være sannsynlig å anta at arbeidspresset økte, og at det ble mindre tid til å fatte gode avgjørelser. Med ny oppgavefordeling kan det

også antas at tjenesteutøverne har kjent på mangel på kompetanse, som sammen med økt arbeidspress kan ha påvirket tjenestene merkbart. På bakgrunn av dette utledes følgende hypotese:

Hypotese 4: Brukerne opplever ikke at helsepersonell har fått mer tid/og eller flere ressurser til å følge opp brukerne etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn

Lipsky (2010) sier at *det er sjeldent sikker viten og fullstendig konsensus om metoder og prioriteringer*, og hvis bakkebyråkratene har tjenestemottakere som ikke selv har hatt mulighet til å velge den spesifikke virksomheten de mottar tjenestene fra, så kan heller ikke disse bakkebyråkratiene bli disiplinert av sine tjenestemottakere. Det vil med andre ord si at bakkebyråkratiene ikke nødvendigvis vil ha så mye å tape på å la være å tilfredsstille sine tjenestemottakere. De vil uansett prøve å håndtere et stort antall klager, og de vil utvilsomt forsøke å minimere opplevelsen av hvorfor de er vanskelig å samhandle med, eller at de ikke responderer (Lipsky, 2010).

I forhold til punktet *som sier at bakkebyråkrater er embetsmenn som er satt til å handle på vegne av politiske prinsipaler*, sier Lipsky (2010) at bakkebyråkrater generelt gjør andre prioriteringer enn hva gjelder lederne til bakkebyråkratene. Hasenfeld (2010) sier Bakkebyråkratene kan forstå og se behovet for at ledelsen bestemmer direktiver, men bakkebyråkratene kan også betrakte ledelsens politikk som urettmessig. Lipsky mener også at ledere mest er interessert i å skaffe til veie resultater som stemmer overens med det målet som er formidlet, mens bakkebyråkratene på sin side er interessert i å jobbe konsekvent med (og mot) egne preferanser. Med andre ord; bakkebyråkratene har en rolle hvor de har interesser i å opprettholde og sikre kravene for å utøve jobben på en forsvarlig måte, mens lederne er resultat-orienterte.

Ifølge Meyers og Nielsen (2012) er den demokratiske kontrollen av bakkebyråkratene et stadig tilbakevendende spørsmål når det kommer til offentlig styring. Lipsky påpeker at et aspekt ved bakkebyråkratenes rolle og interesse, er deres ønske om å opprettholde autonomi. Dette kan føre til at de som er satt til å lede bakkebyråkrater, forsøker å begrense bakkebyråkratenes utøvelse av skjønn for slik å oppnå ønskede resultater, noe bakkebyråkratene i mer eller mindre grad kan gjøre motstand mot.

Bakkebyråkratenes generelle atferd og spesifikke beslutninger har konsekvenser for andre. Hasenfeld (2010) sier om relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver når det kommer til offentlige tjenester at denne relasjonen er selve kjernen. Disse relasjonene beskriver han som det *primære fremkomstmiddelet* når bakkebyråkratene skal utøve sitt yrke. Kvaliteten på relasjonen mellom tjenestemottaker og tjenesteutøver vil være av spesielt stor betydning når tjenestemottaker enten har kontinuerlig kontakt med organisasjonen som yter tjenesten, eller når mellommenneskelig relasjon er viktig for samhandling, når tjenestemottakers samtykke er essensielt, eller når interessen for samhandlingen er høy.

Det som bakkebyråkratene ifølge Hill og Hupe (2014) har til felles, er uansett at de jobber direkte opp imot individuelle borgere på vegne av en generell interesse. I egenskap av å være bakkebyråkrat, vil de nettopp av den grunn bli konfrontert med lover og reguleringer i politikken som det forventes at de implementerer. Dette igjen, påminner oss om mangfoldet og kompleksiteten i å være bakkebyråkrat som skal implementere i praksis. Lipsky (2010) sier om tjenestemottakere at disse ikke er hjelpeløse i relasjonen bakkebyråkrat/bakkebyråkrati-tjenestemottaker, og at de besitter ressurser som igjen kan påvirke bakkebyråkratenes atferd. Men for det meste vil tjenestemottakerne samtykke i den behandlingen de får, fordi de aksepterer den legitimiteten som hører til under den rollen og de avgjørelsene som bakkebyråkratene har og tar. Når dette igjen ser ut til å gjeldende for fleste bakkebyråkratiene, så kan det være på grunn av de overordnede posisjonene til bakkebyråkratene som igjen kontrollerer velvilje og omsorg, og hvem som skal få denne tildelt.

Bakkebyråkratenes arbeid er preget av stort arbeidspress, og en forventning om raske avgjørelser slik at tjenestemottakerne i realiteten kan påvirke kostnadene ved å oppta bakkebyråkratenes tid. Bakkebyråkratene er typisk tvunget til å bruke ressursene sine i overensstemmelse med tjenestemottakerne, fordi bakkebyråkratene forventes å utøve en viss standard når det kommer til rettferdig behandling av tjenestemottakerne. Disse forventningene kan til en viss grad begrense hva som kan gjøres og hva som ikke kan gjøres.

Bakkebyråkratene må også forholde seg til forventninger om normal atferd mot andre mennesker, og av erkjennelsen av å inneha slik makt også burde bli ledsaget av ansvarlighet, og da spesielt når tjenestemottakerne er å anse som spesielt sårbare. Det er et viktig poeng at slik makt må håndheves på en slik måte at bakkebyråkratier ikke mister sin legitimitet, og de vil heller ikke være spesielt effektive hvis det utøves tvang for å sikre tilfredsstillende kontroll over tjenestemottakerne. Det er også et poeng at tjenestemottakernes opplevelse av tilfredshet i utstakt grad vil være viktig for bakkebyråkratene (Lipsky, 2010).

Dispensasjonen som organisasjoner har for å få tilgang til tjenestemottakernes sensitive opplysninger, kan rettferdiggjøres ved at det fastholdes i moralske regler som er institusjonaliserte, som igjen definerer hva slags opplysninger som behøves, for hvilken årsak og hvor hvilket mål (Hasenfeld, 2010).

Bakkebyråkratene verdsetter suksessfull forebygging, ønsket atferd fra tjenestemottakerne og tjenestemottakernes uttrykk for takknemlighet. Tjenestemottakerne på sin side kan bevisst manipulere sin egen atferd og gi uttrykk for tilfredsstillelse på en slik måte at den kan påvirke fremtidig samhandling. Slike strategier fra tjenestemottakernes side, kan blant annet være passivitet, empati i forhold til bakkebyråkatenes utfordringer, og en ydmyk aksept for egen ansvarlighet for egen situasjon. Tjenestemottakernes (sårbare) posisjon kan føre til en atferd som gjør at de unngår å fornærme bakkebyråkratene. Tjenestemottakerne kan selvfølgelig uttrykke sin frustrasjon og sitt sinne, eller spille på sine rettigheter, men dette er strategier som er virkningsfulle bare i gitte situasjoner og da kun for en kort og begrenset periode.

Tjenestemottakerne har som tidligere nevnt ressurser, men relasjonen mellom bakkebyråkrat og tjenestemottaker er ikke likeverdig, nettopp fordi relasjonen er preget av preferanser og prioriteringer hos bakkebyråkratene, og fordi relasjonenes karakter og grenser er kraftig påvirket av begrensningene av jobben til hver enkelt bakkebyråkrat (Lipsky, 2010).

Bakkebyråkatenes atferd og beslutning vil også ha substansiell konsekvens for den enkelte tjenestemottaker, fordi det ikke er likegyldig for den som mottar tjenestene hvordan tjenestene blir gitt. Bakkebyråkratene skal også stå til ansvar ovenfor tjenestemottakerne for de tjenestene som blir gitt, hvis innhold og premisser de ikke selv har bestemt (Winter og Nielsen, 2008).

Når jeg nå har laget en oversikt og relevant teori i tabell 1, over bakkebyråkatenes jobbkarakteristikk og disse konsekvenser, så er det også på sin plass å presentere alternative perspektiver på Lipskys teori om bakkebyråkratene og den kompleksiteten som beskriver deres arbeidshverdag, utøvelsen av skjønn, samt andre perspektiver som ikke nødvendigvis står i motsetning til Lipsky, men som er ment å være et supplement. Hupe et al. (2015) argumenterer for at det kan være problematisk å se på bakkebyråkatenes rolle med karakteristikker som både bakkebyråkrat og profesjonell yrkesutøver. Lipsky (2010) brukte jo nettopp begrepet bakkebyråkrat når han beskrev offentlige ansatte som jobbet som tjenesteytere opp mot mennesker som trengte tjenester fra det offentlige, og Lipsky mente derfor disse hadde en sentral rolle i å videreføre og gjennomføre tjenester på vegne av det

offentlige, og at bakkebyråkratenes utøvelse av skjønn, de rutineene de utviklet, og at de mestrer all den usikkerheten og arbeidspresset, effektivt utgjør offentlig politikk i praksis. Blant annet fordi, hvis man skulle se på det individuelle skjønn, og de valgene som ble tatt av hver enkelt bakkebyråkrat, så var dette den politikken som var bestemt som ble iverksatt av nettopp bakkebyråkratenes. Hupe et al. (2015) utfordrer disse påstandene ved å vise til at det ikke er slik at det er opp til bakkebyråkratenes å tolke utbyttet av den politikken som er førende, og heller ikke utfallet.

Når det kommer til selve begrepet bakkebyråkrat mener Hupe et al. (2015) at det på bakkebyråkrat-nivå lenge har eksistert en bekymring for plasseringen av makt.

Bakkebyråkratenes er av mange grupperinger sett på som de som burde plassere makten der den hører hjemme. En annen utfordring er at dette skjønn skal utøves i en kontekst hvor det allerede eksisterer mange forskjellige, komplekse oppgaver. Disse komplekse oppgavene kan opptre som regelmessige og sammenhengende, i alt fra rutinemessige aktiviteter til oppgaver som innebærer høy grad av skjønn. Hupe et al. (2015) argumenterer med andre ord for at bakkebyråkrati er noe som er langt større enn Lipskys (2010) perspektiv.

Hupe et al. (2015:63) hevder, når det kommer til helsetjenester, så kan Lipskys (2010) analyse av skjønn bli assosiert med profesjonell utøvelse av skjønn, og rasjonering av helsetjenester. I en kontekst som går på diskusjon av bakkebyråkratenes, så kan utøvelsen av skjønn (f.eks. gjort av kvalifiserte leger) når det gjelder diagnoser og behandlingsvalg være relatert til hvert enkelt pasientkasus, som sammen med vurderinger av behandlingen, være av interesse. Dette området av skjønnsmessige vurderinger kan og vil aldri bli absolutt, siden det er bundet f.eks. til krav og betingelser som går på autorisasjonen som lege osv., for å unngå tjenesteforsømmelse. Med andre ord, slik profesjonell utøvelse av skjønn er normalt ikke et tema for byråkratisk tilsyn. Mintzberg (1979) preget begrepet profesjonelt byråkrati ved å betegne en, i hovedsak, byråkratisk organisasjon som f.eks. sykehus, ansettelse av profesjonelle yrkesutøvere som f.eks. leger, hvor det bedrives klinisk arbeid og vurderinger, som et område som ikke kan være et tema for byråkratisk regelverk.

De fleste innbyggerne møter staten gjennom disse bakkebyråkratenes, og ikke gjennom direkte kontakt med regjeringen, for å nevne et eksempel. Hvert møte av dette slaget representerer et ledd i den offentlige politikken som skal avleveres (og utøves) til innbyggerne. Måten bakkebyråkratenes leverer tjenester og håndterer sanksjoner på, påvirker, strukturerer og begrenser innbyggernes liv og muligheter. Selv om alle tjenester ledsages av statlig

påvirkning og kontroll, så er det bakkebyråkratene som opplever å stå og leve i krysspresset mellom krav fra innbyggerne og tjenestemottakerne, og kravene til effektivitet og respondering, samt krav fra diverse grupperinger blant innbyggerne om å forbedre og styrke effekt og virkning av utførelsen av politikk. Dette betyr også at bakkebyråkratene må ta hensyn til den menneskelige dimensjonen av de situasjonene der de må utøve skjønn, og at de må observere og vurdere. Skjønn som utøves oppstår fordi bakkebyråkratene kontinuerlig står i situasjoner som er for kompliserte til at de kan detaljstyres, man finner ingen instruksjoner som dekker absolutt alt av samhandling med innbyggerne. Bakkebyråkratenes utøvelse av skjønn fremmer tjenesteutøvernes selvspekt og oppmuntrer tjenestemottakerne og innbyggerne til å tro at det er bakkebyråkratene som sitter på nøkkelen til deres velvære (Lipsky, 2010).

Lipsky argumenterer altså for at bakkebyråkratene møter større krav enn det de kan imøtekomme, noe som ifølge Harrison (2015) kan sies å ha oppstått på bakgrunn av at bakkebyråkratene møter større krav til tjenester som ikke er regulert av noe marked, og at det av den grunn ikke vil eksistere noen pris som fungerer hinder for å kreve, hverken for tjenestemottakerne (pasienter) eller for de som refererer til gruppen av profesjonelle yrkesutøvere. Under slike forhold kan en form for å rasjonere tjenester være unngåelig. Slik rasjonering kan ta form i, blant annet, forsinkelser på å få tilgang til tjenester, eller utvanning av kvalitet eller kvantitet på tjenester heller enn et direkte avslag på å motta tjenester. Dette kan opptre i en slik grad at den hensiktsmessige benyttelsen av klinisk medisin til individuelle pasienter ikke er lett forståelig, noe som igjen kan føre til at enhver tilnærming til å rasjonere innholdet for å fylle kriteriene som forventes (f.eks. forventet effektivitet eller behandlingen i seg selv) vil være ubestemmelig og udefinert og derfor overlatt til profesjonell utøvelsen av skjønn (Harrison et al., 2002). Organisasjonsteori erkjenner at det alltid vil være en viss differanse mellom ordre, og den jobben som faktisk gjøres (Hasenfeld, 2010). Det kan

Hupe et al. (2015) teoretiserer rundt samhandlingen mellom bakkebyråkratenes personlige verdier, og dennes respons ovenfor tjenestemottaker (de går da ut ifra en antakelse om at påvirkningen av personlige verdier ikke vil variere på grunnlag av tjenestemottakers identitet, men at den heller vil variere avhengig av kontekst). Bakkebyråkrater som ikke utøver skjønn i utstrakt grad, vil heller ikke være i stand til å forandre utfallet for sine tjenestemottakere, uavhengig av egne verdier.

Keiser et al. (2002) argumenterer for at flere institusjonelle ordninger kan hindre bakkebyråkratene fra å la egne personlige verdier påvirke egen atferd og slik forandre utfallet av politikken, noe Wilkins og Wenger (2015) mener vil være et viktig ledd i hvorvidt verdier påvirker utfallet for tjenestemottakerne. Wilkins og Wenger (2015) mener også at strukturen i organisasjonen vil være viktig, fordi det i organisasjoner hvor det er mindre hierarki, så kan bakkebyråkratene ha flere muligheter til å la sine egne verdier få innflytelse i offentlig agenda.

Det kan også være slik at en bakkebyråkrat tilhører en profesjon som igjen vil påvirke deres atferd. Dette fordi profesjoner kan forme og til og med overskride individers verdier. Alt i alt kan man kanskje si at bakkebyråkratene som jobber som profesjoner kan adoptere verdiene til profesjonene og derfor ikke i særlig grad bruke egne, personlige verdier i samhandlingen med tjenestemottakerne (Wilkins og Wenger, 2015:156-157). Wilkins og Wengers perspektiv og fokus på de underliggende faktorene som kan føre til at en bakkebyråkrat kan respondere forskjellig på tjenestemottakernes behov går dypere enn Lipskys (2010) argument for at bakkebyråkratene adopterer en bestemt atferd når bakkebyråkraten skal utøve sitt skjønn.

En forutsetning for alle profesjoner, er kompetanse som er relevant, også i organisasjoner som tilbyr tjenester direkte til mennesker (Hasenfeld, 2010). Kompetanse er ifølge Orvik (2004) en kollektiv egenskap som er selve grunnmuren i et profesjonsfelleskap. Dette knytter organisasjonen og yrkesutøverne sammen. Å utøve skjønn i praksis i et profesjonsmiljø, er ifølge Grimen og Molander (2008) tett knyttet til profesjonell kompetanse, og kvaliteten på det arbeidet og skjønnet som utføres av profesjonsutøverne er ifølge Hasenfeld (2010) også nært knyttet til pasientenes opplevelse av tilfredshet. Det kan tenkes at samhandlingsreformen har ført til et større arbeidspress på tjenesteutøverne. Det kan også tenkes at tjenesteutøverne ikke har fått den kompetansen de selv mener de burde ha, for å løse de nye oppgavene. Dette kan ha påvirket tjenestene på en slik måte at brukerne opplever at de ikke har fått den behandlingen de har behov for, eller at behandlingen ikke er god nok. Disse dimensjonene kan sannsynligvis ha påvirket tjenestene de skal levere, som i sin tur trolig vil påvirke de som skal ta imot tjenestene. På bakgrunn av dette utledes følgende hypoteser:

Hypotese 2: Brukerne er mindre fornøyde med den medisinske behandlingen de får på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført

Hypotese 3: Brukerne opplever ikke at den nødvendige faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn

2.6 Reformers og reformtrender i helsesektoren

Effektiv styring er en sentral utfordring i offentlig helsetjeneste, og det er de siste tiårene lagt frem en rekke stortingsdokumenter og offentlige utredninger, alle med sikte på bedre styring av sykehussektoren. Med intensjon om god og effektiv styring er det derfor gjennomført mange større eller mindre reformer, hvor sykehusloven av 1969 var den første store, nasjonale sykehusreformen (Hoffmann, 2002). Det generelle bildet innen reformer i forvaltningen i Norge er overgangen fra hierarkisk forvaltningsstyring til mer markeds – eller nettverksstyring. Dette gjelder også i mange flere andre land. Sykehusloven av 1970 la opp til et klart offentlig ansvar for tjenestene, også et finansielt ansvar. Tjenestene ble da etablert som rettigheter for innbyggerne, og fylkeskommunen ivaretok ansvaret ovenfor befolkningen. Sykehusreformen av 2002 førte til et brudd på denne organisasjonsformen. Staten overtok ansvaret, og målet var å gi befolkningen større sikkerhet for helsetjenestene de mottok. Modellen skulle gi bedre samordning mellom regionene, noe som skulle gi større effektivitet i den samlede bruken av helsebevilgninger. Ansvaret ble overført til regionale helseforetak som skulle fungere som morselskap for utøvende helseforetak, gjerne i form av grupper av sykehus. Denne formen for organisering var inspirert av aksjeselskap, fordi foretakene var selvstendige rettssubjekter der styrene skulle representere eierne (Busch et al., 2015).

Samhandlingsreformen, som også er brukt som utgangspunkt for denne oppgaven, ble iverksatt fra 2012 og er et eksempel på en reform i helsesektoren. Staten tok i bruk flere økonomiske insentiver for å oppmuntre kommunene til å overta en større del av oppgavene i helsetjenestene. Det ble innført kommunal medfinansiering av noen av spesialisthelsetjenestene, pasienter som var utskrivningsklare ble i større grad et kommunalt økonomisk ansvar, og reformen førte med seg tilskudd som var øremerkede for å etablere et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i kommunene. Det ble også økt rammetilskudd. Hvert enkelt av slike statlige økonomiske insentiver kan på sin side ha forskjellige egenskaper, og slik ha ulike virkninger overfor kommunene (Nødland og Rommetvedt, 2019).

Felles for reformer som er gjennomført i helsesektoren i nyere tid, er at de hviler på en reformtrend som går under benevnelsen New Public Management, som igjen handler om overføring av modeller for drift og ledelse fra privat sektor som er blitt adoptert av offentlig sektor (NPM) (Fallan og Pettersen, 2010). Dersom offentlig politikk og administrasjon utelukkende skulle handle om resultater (produkter) i form av ytelser og tjenester til innbyggerne, ville en slik transformasjon av offentlig sektor ha vært relativt enkelt. Det er derfor viktig å ta innover seg at offentlig sektor er komplekst, og at offentlig sektor også handler om demokrati og hvordan innbyggerne velger å løse mange av sine oppgaver gjennom institusjoner basert på fellesskap. Historisk sett har vi lært at dette gir kvalitativt gode samfunn (Busch et al., 2015:319).

2.7 Sentrale trekk og intensjoner i samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble for første gang lansert i en stortingsmelding våren 2009 (St.meld.nr.47, 2008–2009), og meldingen brukte store ord om formålet til samhandlingsreformens, nemlig «å sikre at den norske velferdsstat er bærekraftig også for fremtidige generasjoner» (St.meld.nr.47, 2008–2009: 14). Et av de sentrale punktene i samhandlingsreformen var at spesialisthelsetjenesten skulle spesialiseres enda mer, at kommunehelsetjenesten skulle overta sykehusoppgaver, og at kommunene skulle betale deler av utgiftene ved inn- og utskrivning i sykehus. I reformstrategien antok regjeringen at disse endringene ville gi en bedre ressursutnyttelse av helsetjenestene uten at dette skulle gå på bekostning av kvaliteten (Romøren, 2011) og (St.meld.nr.47, 2008–2009).

I denne oppgaven vil jeg benytte meg av begrepene primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at ansvar og oppgaver er fordelt på to forvaltningsnivå. Kommunen forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, mens stat/helseforetak forvalter spesialisthelsetjenesten. Utover dette er det mange organisatoriske oppsplittinger både internt i kommunene og innad i helseforetakene (St.meld.nr.47/2008–2009,22).

En viktig utredning for samhandlingsreformen var NOU 2005:3 «fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste». Denne utredningen refererte til et fragmentert helsevesen, hvor erfaringer fra tilsyn viste at koblingen mellom ulike tjenestenivåer representerte en særlig risiko for svikt i pasientsikkerheten. Utfordringen var mange, etter utvalgets egne

inntrykk, etter å ha tatt en grundig gjennomgang av de reformene som eksisterte i helsetjenesten. Utvalget som skulle utrede fikk følgende mandat:

«store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan føre til sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, for tidlig utskrivning fra sykehus, og mangelfull oppfølging fra hjemmesykepleie/sykehjem og legetjenesten. Spesielt eldre og funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, rusmiddelbrukere og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling» (NOU 2005:3:11).

Samhandlingsreformen hadde fokus på fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, hvor utfordringene var knyttet opp mot både et pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv. Bedre samhandling ble ansett som et av de viktigste utviklingsområdene, samtidig som meldingen ikke skulle være det enerådende utviklingsperspektivet.

Samhandlingsreformen advarte også mot at en sterk satsing på bedre samhandling ikke skulle fjerne fokus fra kvalitets- og utviklingsarbeid.

Samhandlingsreformen skisserte i grove trekk følgende utfordringer:

Pasientene i helse- og omsorgstjenesten hadde behov for koordinerte tjenester, det var få systemer som var rettet inn mot helheten i de tjenestene som skulle svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Store deler av spesialisthelsetjenesten var preget av målet om medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenesten på sin side hadde større fokus på pasientens evne til mestring og funksjonsnivå. For brukerne av helse- og omsorgstjenester var det vesentlig at det var en gjensidig avhengighet mellom disse to målformuleringene.

Samhandlingsreformen skisserte videre at denne forskjellen i målforståelse også kunne bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirket kommunikasjonen og hvilke mål som skulle bli vektlagt. Samhandlingsreformen påpekte også at tilbakemeldinger fra pasienter og brukere var at samhandlingen ofte var dårlig, og at dette kunne være den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten stod ovenfor.

En annen utfordring som samhandlingsreformen pekte på, var at tjenestene var preget av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Helsetjenesten hadde stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, og mindre fokus på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Samhandlingsreformen pekte på at forebygging og tidlig innsats

ble taperne i forhold til de mer spesialiserte tjenestene. Konklusjonen her var at det ikke fantes gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene burde brukes i de forskjellige leddene i dette arbeidet med forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

Den siste hovedutfordringen som samhandlingsreformen pekte på, var den demografiske utviklingen og endringen i sykdomsbildet som ga utfordringer som kunne true den økonomiske bæreevnen i samfunnet. Dette ble skissert som noe som måtte møtes med mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge. Samhandlingsreformen pekte også på den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge var i stor endring. Flere eldre, flere med kroniske og sammensatte sykdommer, og andre sykdommer som var i sterk vekst, utgjorde store og dermed økte samhandlingsbehov. Samhandlingsreformen pekte også på at dersom ikke disse utfordringene ble møtt med tilstrekkelig evne og vilje til å utvikle nye løsninger, så ville valget stå mellom alternativer som ikke var ønskelige. (St.meld.nr.47, 2008–2009:13-14).

Ovenfor ble utfordringene i helse- og omsorgstjenestene skissert i samhandlingsreformen. Men hva sa samhandlingsreformen om hvilke grep som skulle benyttes, hvorfor det var et behov for akkurat disse grepene, og hvordan disse skulle gjennomføres?

Samhandlingsreformen pekte på mange. I denne oppgaven skal jeg ikke gå nærmere inn på alle grepene og hvordan de tenktes å gjennomføres, men heller fokusere på det som jeg mener er av relevans for denne oppgaven og oppgavens problemstilling.

Samhandlingsreformen slo fast at terskelen mellom det kommunale tilbudet og sykehusbehandling hadde blitt for høye. I tillegg pekte samhandlingsreformen på at det kunne være strukturelle mangler innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som kunne bidra til at pasienter unødig havnet på sykehus. Resultatet var blant annet at en del pasienter ble klassifisert som utskrivningsklare, men ble liggende på sykehus i påvente av kommunalt tilbud. Andre pasienter havnet på sykehuset som resultat av at det ikke fantes et behov i kommunene som var tilpasset det behovet de hadde, og dermed havnet unødig på sykehuset. Dette ga store utfordringer fordi mange av sykehussengene da ble oppholdt av pasienter som ikke hadde behov for sykehussenger. I tillegg var det (og er det fortsatt) forventet en betydelig økning i antall eldre, samt høy levealder. Høy alder innebærer at folk er ved god helse, men flere eldre betyr også at flere vil bli syke og flere vil ha behov for helse og omsorgstjenester. Sykdommer som er knyttet til levevaner og helseatferd som vil vare livet ut (f.eks. kroniske

sykdommer og tilstander) er sykdommer som øker samhandlingsbehovet. Andre forhold som i reformen var ansett å kunne utgjøre økt etterspørsel etter helsetjenester, var endringer i sosiale mønstre, befolkningens forventinger, og befolkningens rettigheter. (St.meld.nr.47, 2008–2009:20-25).

Men hva var hovedtiltakene for å kunne lykkes med strategien? Samhandlingsreformen la til grunn at for å lykkes med strategien, måtte tiltak iverksettes som også måtte understreke helheten i tjenestesystemene. Tiltakene som ble beskrevet skulle på hver sin måte realisere helsepolitikkenes målsettinger, og de måtte ses i sammenheng med hverandre.

Løsningsstrategien i samhandlingsreformen hadde fem hovedgrep, her vil jeg bare gjengi de som er relevant for oppgaven.

En klarere pasientrolle hvor politiske prioriteringer skulle knyttes til helhetlige pasientbehov (og ikke delbehov innenfor de ulike ansvarsområdene) (St.meld.nr.47, 2008–2009:28).

Videre pekte samhandlingsreformen på behovet for en *ny fremtidig kommunerolle* hvor utfordringen med at mange helse- og omsorgsoppgaver til enhver tid ble ansett som å ligge mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse oppgavene skulle i større grad løses ut fra lokale forhold, hvor nødvendig faglig kompetanse var en av hovednøklene. Samhandlingsreformen pekte på at mange av disse oppgavene ble løst ulikt, og i noen tilfeller ble de ikke løst godt nok. Samhandlingsreformen la til grunn at den forventede veksten i behov i størst mulig grad måtte løses i kommunene. For å gjøre dette mulig, ble det også pekt på at kommunene ikke skulle pålegges nye oppgaver uten at det var gitt nødvendige ressursmessige forutsetninger. Samhandlingsreformen pekte på flere årsaker til at det på tidspunktet reformen ble utarbeidet fortsatt ikke var utviklet en sterkere kommunal rolle på helse- og omsorgsområdet. Hovedårsaken ble vurdert å være at kommunene ikke hadde forutsetninger for å utvikle tilstrekkelig robuste faglige og organisatoriske miljøer og virksomheter, slik at det var utfordrende å rekruttere og beholde fagpersonell. En annen forutsetning som også ble lagt til grunn for samhandlingsreformen, var at det måtte skje en forflytning av ressurser mellom forvaltningsnivåene som skulle samsvare med en eventuell oppgavefordeling, samt at det måtte legges til rette for at veksten i legeressurser i hovedsak kom til kommunene. Økt kapasitet skulle med andre ord imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til pasient og en styrking av allmenntilleggs offentlige oppgaver (St.meld.nr.47, 2008–2009:28-30).

Et annet grep var å *etablere økonomiske insentiver*, med blant annet innføring av kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter til kommunene, samt øke graden av rammefinansiering av spesialisthelsetjenesten (St.meld.nr.47, 2008–2009 :33).

Også andre strategiske tiltak var beskrevet i helsereformen. En av disse var å sikre et kompetent helsepersonell i alle deler av tjenesten. For å kunne lykkes med å realisere helsepolitikkenes mål var det vesentlig at det ble utdannet riktig omfang av ulike typer helsepersonell, samt sikre at utdanningen gir kompetanse som er tilpasset tjenestens krav. Videre at det faktorer som påvirker søkning og rekruttering var innrettet slik at det ble en nødvendig fordeling av kompetanse og ressurser. Samt at gruppene blir opplært til, og utvikler, holdninger og verdier som samsvarer med det helsepolitiske verdigrunnlag og mål (St.meld.nr.47, 2008–2009:36).

2.8 Avslutning og veien videre

En konsekvens av samhandlingsreformen var at det ble innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter til kommunene. Man kan tenke seg at dette førte til at pasientene kom tilbake til kommunene tidligere enn hva de gjorde før, og at noen pasienter ble sendt tilbake til sykehusene igjen fra kommunene. Et annet spørsmål som også reiser seg, er hvorvidt kommunene har fått de nødvendige ressursmessige forutsetningene for å håndtere en forventet vekst i behov, siden behovet for helsetjenester i størst mulig grad skulle løses i kommunene.

I det neste kapitlet vil metodevalg begrunnes, forskningsdesignet vil bli presentert og studiens validitet og reliabilitet vil bli drøftet.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for oppgavens valg av fremgangsmåte for å besvare problemstillingen. En forskningsmetode vil nødvendigvis også ha et vitenskapsteoretisk rammeverk (Nyeng og Wennes, 2006), og for å kunne frembringe gyldig og troverdig kunnskap om virkeligheten behøver vi også en metode. For å få til dette, er det viktig med en strategi for slik å vise hvordan man vil gå frem for å avdekke virkeligheten, og da vil systematikk være viktig (Nyeng, 2004).

Dette kapitlet vil derfor drøfte styrker og svakheter ved den metoden som er valgt i denne oppgaven. Først presenteres det vitenskapsteoretiske ståsted, før valget av oppgavens tilnærming og forskningsdesign begrunnes, og til slutt vil det gjøres noen refleksjoner rundt metodens validitet og reliabilitet, styrker og svakheter.

3.1 Ontologiske og epistemologiske antakelser

«Slik vitenskapen studerer verden, studerer vitenskapsteorien vitenskapen» (Nyeng, 2004:53).

Dette oppsummerer med få ord hva vitenskapsteori egentlig omhandler, for vitenskapsteori studerer egenskaper ved forskning som sosialt fenomen og som en kilde til kunnskap, og kan derfor anses som filosofisk refleksjon hvor filosofiske spørsmål er en vesentlig del av vitenskapelige spørsmål (Nyeng, 2004:53). Det vitenskapsteoretiske ståsted for denne oppgaven, er positivismen og konstruktivismen.

Positivismen hviler tungt på kunnskap som er fremkalt gjennom sanselig oppfatning, som observasjon og direkte erfaring. Sett fra positivismens perspektiv vil noe være sant når noen har sett at det er sant, men årsak og logikk (som er viktige begreper i positivismen) må få støtte av direkte erfaring for at positivisten skal kunne stole på den kunnskapen som kommer

frem (Moses et al., 2012). Fra disse overbevisningene, har positivistene utviklet noen kriterier for å evaluere reliabiliteten til den kunnskapen som blir produsert:

Det eksisterer regelmessighet (eller mønster) i naturen som er avhengig av forsker. Disse regelmessighetene kan erfares og observeres, og disse observasjonene kan beskrives objektivt. Observasjoner eller erfaringer kan bli testet empirisk ut ifra falsifiseringsprinsippet, og samsvare teori med virkeligheten Det er mulig å skille mellom verdi-ladet og faktiske utsagn (Moses et al., 2012:8-9).

Positivism som begrep henviser ifølge Jacobsen (2015) altså til det som faktisk finnes, og som dermed kan sanses og erfares direkte.

Konstruktivismen skiller seg fra positivismen ved at den anerkjenner at mennesker er intelligente, reflekterte og egenrådige, og at dette er karakteristikk som har innflytelse på hvordan vi forstår verden rundt oss. Dette vil med andre ord si at mennesker kan se på det samme fenomenet eller gjøre de samme observasjonene, men allikevel fortolke det forskjellig. Moses et al. (2012:11) har oppsummert noen av kvalitetene som beskriver konstruktivismen:

“The world we study is not singular and independent of the observer; the world includes social facts. Observations and experience depend on the perspective of the investigator; they are not neutral and not necessarily consistent across investigators. Observational statements can contain bias and can be understood in different ways. Even factual statements are value-laden. Knowledge gained by idiographic study is embraced (not as a necessary part in a larger nomothetic project). There is value in understanding, and there can be more than one way to understand”

Når denne oppgaven også har fokus på konstruktivismen, så er det et ønske om å ta til meg noe av kritikken som ligger i konstruktivismen, for slik å vise viktigheten av at jeg, når jeg undersøker problemstillingen, er bevisst min egen rolle og fortolkning, og at jeg også evner å vise at en jeg forholder meg kritisk til både selve undersøkelsen som prosess, men også de resultatene som skal tolkes etter å ha gjennomført en undersøkelse. Trolig vil man aldri få helt

klare og entydige svar fra en undersøkelse, og man må alltid stille seg kritisk til hvordan data er samlet inn og hvordan tallene man bruker er analysert.

Metoden som er valgt i denne oppgaven, er statistikk. Statistikk er egnet til generalisering, som betyr å si noe utover de observasjonene som faktisk blir undersøkt. Det er valgt en positivistisk tilnærming i valg av metode, og som alle metoder har også denne sine svakheter. Man kan si det så enkelt som at en positivistisk tilnærming handler om tall, og har sitt utgangspunkt i fysiske ting og fenomener, i motsetning til for eksempel en fortolkningsbasert tilnærming hvor empirien samles inn i form av ord (intervju). To forskjellige tilnærminger, og dertil to forskjellige metoder.

Man kan argumentere for at en metode med en positivistisk tilnærming som oftest har *avstand* til de eller det som undersøkes. I motsetning til kvalitativ metode så går man ikke i dybden i hvordan hver enkelt forstår eller fortolker verden rundt seg, og de fenomenene de er omgitt av. Den positivistiske skoleretningen har jo, som vi har sett tidligere i denne oppgaven, som ideal å eliminere at forskerne har noen som helst påvirkning og innflytelse på det som skal studeres. Jacobsen (2015) sier at målet er at det skal være såpass stor avstand mellom forsker og objektet for forskning, slik at forskningsobjektet unngår å bli påvirket av forskeren, og at idealet er hvis en annen forsker som gjennomgår det samme, identiske forskningsopplegget skal komme frem til samme resultat.

Man vil altså, ved å velge en metode med en positivistisk tilnærming, ikke få *nærhet* til forskningsobjektene, og forskningsobjektene vil med det heller ikke få anledning til å bli påvirket av forskeren i like stor grad som man kan bli når kvalitativ metode benyttes. Men man vil som forsker heller ikke få anledning til å grave dypt når forskningsobjektet skal intervjues eller være gjenstand for forskning og innsamling av empiri, og man får heller ikke nødvendigvis den samme forklaringen på hvordan intervjuobjektet fortolker sin verden.

Karl Popper (1989), en stor kritiker av positivismen, hevdet at tilhengerne av positivisme i det stille antok at observasjoner som ble gjort i forskningens navn var objektive, når de fleste i realiteten hadde en tendens til å se det de ville se. Konsekvensen, mente Popper, var at alle systematiske observasjoner av verden var allerede påvirket av teori (og dermed ikke objektive), fordi hvis ikke ville ikke observasjonene i utgangspunktet kunne være systematiske. Dette kan også overføres til studiens informanter og også studiens forsker, fordi i hvilken grad vil (og evner) mennesker å være objektive, når mennesker konstant har den kunnskapen og det synet på verden som man bærer med seg, når vi skal gjøre våre

observasjoner. Det vil være viktig å være seg bevisst nettopp denne utfordringen, og reflektere åpent rundt at mennesket neppe har mulighet til å være så objektive at de observasjonene vi gjør ikke er påvirket av verden vi bor i, og de utfordringene det fører med seg. Selv om man stiller seg kritisk til en teoretisk tilnærming, og også ser begrensninger i denne tilnærmingen, så er det på ingen måte slik at den teoretiske tilnærmingen mister sin verdi. Det gjelder også for den som forsker når man velger å benytte seg av en positivistisk tilnærming.

I en metode med en positivistisk tilnærming vil man også som forsker være den som avgjør hva som skal studeres, noe som står i sterk kontrast til kvalitativ metode hvor man har et forskningsdesign som for eksempel er et ustrukturert intervju med en åpen tilnærming. Selve forskningsstrategien og forskningsdesignet som vi velger, vil være av betydning for det vi skal undersøke eller studere. Som vist tidligere, så er det i denne oppgaven valgt statistikk som metode. Alternativt kunne man ha valgt en kvalitativ tilnærming, hvor man igjen kunne ha gjennomført dybdeintervju med både toppledelse, ansatte og brukere i en eller flere kommuner, for å høre hva og hvordan de har opplevd og erfart implementeringen av samhandlingsreformen, og hvilke endringer den har ført med seg. Men kunnskapen jeg hadde fått ut ifra en slik tilnærming, hadde vært basert på noen få, som igjen vill ha ført til begrensninger i forhold til generalisering.

Når det allikevel er valgt en kvantitativ tilnærming for å søke å finne svar på problemstillingen, så er bakgrunnen et ønske om å samle inn store mengder informasjon i form av tall som så kan analysere. Forskeren kan velge å bruke empiri som er innsamlet av andre (i dette tilfellet en anerkjent aktør på dette feltet, Difi), men det betyr ikke nødvendigvis at den som forsker ikke stiller seg kritisk til at virkeligheten som beskrives av intervjuobjektene i den innsamlede empirien er objektiv. På den andre siden så kan man, når man opererer med slike store mengder informasjon og tall, få kunnskap som både er overførbare og generaliserbar. I dette tilfelle, ut ifra den problemstillingen som er valgt å ta utgangspunkt i, har jeg derfor konkludert med at kvantitativ metode er mest egnet til kunne gi meg svar på det jeg ønsker å få mer kunnskap om. Dette samsvarer med Emile Durkheim (1982) mente at formålet med å studere samfunnsfag var å søke etter generell lover i den sosiale verden gjennom systematiske, empiriske observasjoner da den sosiale verden er en del av naturen, og at innsamling av empiri også i samfunnsfag måtte være basert på de samme logiske prinsippene som de som karakteriserer naturvitenskapen (Moses et al., 2012:35).

Karl Popper (1989) sa om kausalitet, at hvis det skal gi en kausal forklaring til en hendelse, betyr det at man må slutte seg til en påstand som beskriver seg til denne forklaringen, ved å bruke premissene for deduksjon på mer eller mindre universelle lover, sammen med sikre påstander. Som igjen bringer meg til innbyggerundersøkelsen som er valgt som datagrunnlag for å besvare problemstillingen, her vil den som undersøker ikke ha kontroll over respondentenes svar (i dette tilfellet er respondentene brukerne/pasientene), og en vil heller ikke ha mulighet til å vite noe mer om hvorfor de svarer som de gjør.

Det vil, som i alle undersøkelser, være mange faktorer som kan påvirke respondentenes svar. Det er ikke sikkert de vet hva de svarer på, at de ikke forstår spørsmålet eller de kan tolke det på en annen måte enn det som var utgangspunktet for spørsmålet. De kan være påvirket av andre ytre hendelser, slik som sinnsstemninger og distraksjoner i omgivelsene., slik at svarene de gir kan være preget av det. Dette er bare noen eksempler på faktorer som antas å påvirke respondentene. Når respondentene i innbyggerundersøkelsen, som et eksempel, blir spurt om hva de synes om de forskjellige tjenestene, er det heller ikke sikkert at de i utgangspunktet har et godt beslutningsgrunnlag for å svare på det konkrete spørsmålet. Kanskje fordi de ikke forstår spørsmålene i seg selv, eller fordi de skal svare på vegne av andre.

Det kan også være vanskelig, å skulle si noe om en tjeneste som man personlig ikke kjenner, hvis man skal svare på vegne av andre. Dette er det jo i en viss grad tatt høyde for i innbyggerundersøkelsen. Det er blant annet, i stianalysen, foretatt en frafallsanalyse for å måle frafallet i en undersøkelse, og det er også vektet på slik måte at man får se svarene som man tror man ville fått der hvor respondentene ikke har svart (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017). David Hume (1983) advarte mot induksjonens fallgrube, nemlig at man ikke kan stole på at man kan produsere generelle påstander som er sanne, fordi induksjon er basert på observerte hendelser, og observerte hendelser kan aldri omfavne *alle* mulige hendelser i verden. Vår tidligere erfaring med regelmessighet kan ikke være noen garanti for at fremtiden vil gi oss de samme regelmessighetene Med andre ord så kan man ikke være sikker på at de resultatene man får fra en undersøkelse, faktisk *kan* være reliable, også fordi observerte hendelser er i stadig endring og dermed ikke er nødvendigvis etterprøvbare.

3.2 Metodisk tilnærming og forskningsdesign

Når man velger en forskningsstrategi, kan man velge mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Ringdal (2014) mener at man kan se på valget mellom disse to metodene som et pragmatisk valg, eller et valg man tar med utgangspunkt i hvilket vitenskapsfilosofisk standpunkt man har. Videre sier Ringdal om kvantitativ forskningsstrategi at den omhandler sosiale fenomener som er såpass stabile, at måling og kvantitativ beskrivelse er meningsfylt, mens den kvalitative strategien bygger på at den sosiale verdenen konstrueres gjennom hvert enkelt individs handlinger. En kvantitativ metode er på sin side gjerne styrt av teori, noe som vil si at forskeren stiller spørsmål og avleder hypoteser fra det teoretiske perspektivet som er relevant for fenomenet som det forskes på. En kvalitativ forskningsstrategi vil på sin side være å gå nøye inn i informantens situasjon, noe som kan gjøres ved blant annet intervju, og på grunnlag av det vil forskeren prøve å finne nøkkelbegreper som kan benyttes til å forstå den situasjonen eller handlingen som informanten beskriver. Kvalitativ metode er nærhet og observasjon av noen få studieobjekter, gjerne i sine naturlige miljø. Og hvor man i kvalitativ metode derfor får rik og dyp informasjon om noen få analyseenheter. I en kvantitativ metode er gjerne forskeren langt unna informantene, og man har gjerne et stort utvalg, noe som gjør det mulig å gå i bredden i sine undersøkelser, og man får sammenliknbar og strukturert informasjon. Man har mindre mulighet til å få rik og dyp informasjon fra informantene i en kvantitativ metode, fordi man som forsker har et mye større utvalg å forholde seg til (Ringdal, 2014:103-104).

Jacobsen (2015) skiller mellom tre hensikter for å forklare metode, nemlig beskrivelse, forklaring og prediksjon. Når man så velger en metode for å samle inn empiri, er det viktig at empirien er både valid (gyldig og relevant), og reliabel (pålitelig og troverdig). Statistiske metoder kan også hjelpe oss med å samle inn store mengder informasjon. Slik kunnskap vil være overførbart og generaliserbart fordi tall ikke åpner for tolkninger (Jacobsen, 2015:23-26).

Denne oppgaven er en kvantitativ metode, og oppgaven hviler på deskriptiv analyse i form av analyse over tid som metode.

3.3 Validitet og reliabilitet

Når man skal vurdere kvaliteten på et mål, eller forskning, vil det også være viktig at man tar høyde for, samt vurderer, *reliabilitet* og *validitet*. Ringdal (2014:96) sier om reliabilitet, eller pålitelighet, at dette går på om gjentatte målinger utført med samme måleinstrument gir det samme resultatet. Validitet går på om man faktisk måler det man virkelig *vil* måle.

Når man så skal drøfte de konklusjonene man har tatt i en undersøkelse, vil det ifølge Jacobsen (2015) være viktig å undersøke hvor gode disse konklusjonene faktisk er. Gyldighet kan deles inn i to typer; indre og ytre gyldighet. I kvantitative studer er den interne validiteten knyttet om måleapparatene våre måler det som vi ønsker at det skal måle som igjen kalles for *begrepsmessig gyldighet*. Like viktig er det å stille seg kritisk til hvorvidt vi kan tolke korrelasjoner (samvariasjon) som årsakssammenhenger, og vi snakker da om *kausal gyldighet*.

Å være nøyaktig i registrering og analysering av data er vesentlig for å få et resultat som er pålitelig (Jacobsen, 2015). I denne oppgaven brukes data fra innbyggerundersøkelsene, som er data jeg ikke får endret i etterkant. I diskusjons-delen av denne oppgaven er det viktig å være oppmerksom på at denne kan være preget av skjønn. Dette er fordi det alltid vil være en fare for at data tolkes på en måte som går utover det jeg har grunnlag for. En oppgave som denne, som er samfunnsvitenskapelig, er ikke lett å sammenligne for andre. Dette er fordi oppgaven er sterkt kontekstavhengig, men ved å vise til de kildene jeg har benyttet meg av i denne oppgaven, samt vise hvordan jeg reflekterer og setter sammen ulike faktorer, så vil oppgaven være åpen for vurdering av andre i forhold til reliabilitet og validitet.

3.4 Kritisk refleksjon og oppsummering

Statistikk går ut på å systematisk samle inn kvantitativ informasjon. Statistikk er ikke manipulasjon av data, det er en metode som låner seg selv ut til studier av samfunnsmessige fenomener, og hvor vi ser på hendelser som allerede har skjedd. En slik tilnærming gjør at man kan bruke eksisterende data, på en logisk, matematisk eller begrepsmessig måte. Av den grunn kan ikke en slik tilnærming ta høyde for andre slags variabler, men bare nøkkelvariabler som vil ha påvirkning (Moses et al., 2012).

Tidsseriedata karakteriseres ved at antall enheter man analyserer er få, mens antall målinger per enhet kan være mange. En tidsserie består med andre ord av en serie målinger av en variabel på samme analyseenhet, hvor det mellom målingene er et fast tidsintervall.

3.4.1 Presentasjon av datamaterialet

Som datamateriale i denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av innbyggerundersøkelsene fra 2009, 2012/2013 og 2014/2015 og 2016/2017. Jeg har da sett på hva *brukerne* mener om den kommunale sykehjemstjenesten. Innbyggerundersøkelsen er en av de største brukerundersøkelsene av forvaltningen i Norge, og formålet med en slik undersøkelse er å gi bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere utviklingen av offentlige tjenester på tvers av sektorer, og også gi kunnskap som på sikt kan videreutvikle offentlig sektor og offentlige virksomheter i Norge. Innbyggerundersøkelsene sier noe om hvor fornøyde innbyggerne er med sin kommune og med de store tjenestene i forvaltningen. Dette er en av de største utvalgsundersøkelsene av forvaltningen i Norge, og skal blant annet si noe om status i dag, og vise utvikling over tid. Resultatene fra undersøkelsen skal gi økt innsikt i brukernes opplevelse av virksomheter blant annet innen helse- og omsorg (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

Innbyggerundersøkelsene består av to undersøkelser. Den retter seg mot to forskjellige utvalg, både innbyggerne og brukerne. Jeg vil i mitt videre arbeid med denne oppgaven utelukkende konsentrere meg om brukerne. Brukerne blir i denne sammenheng definert som de som i innbyggerdelen av undersøkelsen oppgir at de har erfaring med en eller flere tjenester innen 22 utvalgte statlige, kommunale eller fylkeskommunale tjenester innen områdene utdanning, kultur, helse, omsorg og styrende organer. Spørsmålene i brukeredelene er konkret rettet mot å måle bruk og erfaring fra virksomheter og med de ansatte i virksomhetene (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017). Som nevnt tidligere vil jeg i denne oppgaven fokusere på sykehjem.

Innbyggerundersøkelsene ble gjennomført av et representativt utvalg av mennesker fra 18 år og oppover, og utvalget er blitt trukket fra folkeregisteret. Undersøkelsen har blitt sendt både som vanlig post, men det har også vært mulig å svare på undersøkelsen på internett. Det er også blitt gjort en frafallsanalyse (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

Det er åpenhet rundt alle resultat, data, metodikk og spørreskjema som er brukt i undersøkelsen. I spørreskjemaene som innbyggerne skulle svare på, fikk respondentene en rekke spørsmål hvor de for eksempel ble bedt om å vurdere hvor fornøyde de var med de forskjellige forholdene. Videre har Difi i sin undersøkelse benyttet seg av ulike statistiske analyseteknikker for slik å kunne vurdere svarene (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

På Innbyggerundersøkelsene er det benyttet stianalyse på brukerdelen. Stianalyse kan sies å være både eksperimentelle og overordnet. Brukerne som har respondert har også hatt anledning til å hoppe over, eller svare «vet ikke» på spørsmål. For å skulle kunne tolke dette som et gyldig svar, har derfor difi benyttet seg av en metode som heter multippel imputasjon som er en analyseteknikk som estimerer hva brukeren sannsynligvis ville ha svart, når man har tatt hensyn til hva som er blitt besvart i andre spørsmål, hva andre respondenter som har svart likt på spørsmålene og som har like demografiske kjennetegn svarte på det aktuelle spørsmålet (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

3.4.2 Innbyggerundersøkelsene over tid

Når jeg har analysere kvantitative data i form av variabler fra innbyggerundersøkelsen, har jeg benyttet meg av data som jeg mener er relevant. Disse har jeg lagt inn i en tabell, som jeg har brukt som grunnlag når jeg har lagt inn data i linjediagram i Excel. Variablene jeg har valgt ut anser jeg som relevante for oppgavens problemstilling, og er valgt som grunnlag for en statistisk generalisering.

Ringdal (2014) peker på at det er viktig å vurdere data man bruker for feil, noe jeg tenker jeg vil gjøre i mitt videre arbeid med oppgaven. Tidsserieundersøkelser karakteriseres ved at antall analyseenheter er få, mens antall målinger per enhet kan være mange. En tidsserie består av en serie målinger av en variabel på samme analyseenhet, men med et regelmessig tidsintervall mellom de foretatte målingene. Normalt vil slike datasett bestå av flere tidsserier slik at man kan studere sammenhenger. Tidsseriedata er egnet for undersøkelser som fokuserer på prosesser som utfolder seg over tid (Ringdal, 2014:160-161).

Denne oppgaven er en deskriptiv presentasjon av gjennomsnittstall på enkelte variabler, målt på fire tidspunkt, som inkluderer før og etter implementeringen av reformen.

4 Analyse

Formålet med analysekapittelet er å presentere data fra innbyggerundersøkelsen i form av en analyse over tid, i dette tilfellet før og etter innføringen av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen ble innført gradvis fra 2012. Jeg ønsker å måle om brukerne har opplevd endringer i kvaliteten på tjenestene før og etter innføringen av reformen, og har derfor valgt å ta utgangspunkt i en stor undersøkelse som innbyggerundersøkelsen er. Tallene fra innbyggerundersøkelsen vil i neste omgang fungere som bakteppe for å analysere problemstillingen. Tallene som jeg har benyttet meg av i undersøkelsen, har jeg satt inn i tabell 2. Disse tallene er grunnlaget for å lage et tidsseriediagram som viser utvikling over tid for noen kategorier fra innbyggerundersøkelsen som jeg har plukket ut. De kategoriene jeg har plukket ut, er de som jeg mener er mest relevant for å søke å finne svar på problemstillingen, og kategoriene jeg har valgt vil bli presentert nærmere senere i dette kapittelet sammen med grafene. Jeg har også valgt å bruke noen dokumenter og noe forskning som har til hensikt å bygge opp under data fra innbyggerundersøkelsen.

Innbyggerundersøkelsene fra og med 2009 til og med 2017 har blitt gjennomført av direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI). Undersøkelsene sier noe om hvor fornøyde brukerne er med sin kommune, og hvor fornøyd de er med tjenestene og virksomheten i forvaltningen. Resultatene fra undersøkelsene gir økt innsikt i brukerens oppfatninger av virksomheter innen områdene utdanning og kultur, helse, omsorg og myndighetsorganer. I denne oppgaven har jeg fokusert på tjenestene som går på sykehjem (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

De data som er benyttet her er hentet fra Innbyggerundersøkelsen 2009, 2012/2013 og 2014/2015 og 2016/2017 og jeg har da benyttet meg av Brukerdel, Sykehjem. Undersøkelsen er finansiert av IKT, Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Data i anonymisert form er stilt til disposisjon av Direktoratet for forvaltning gjennom NSD - Norsk senter for forskningsdata AS. Verken Direktoratet for forvaltning og IKT, Kommunal- og moderniseringsdepartementet eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene, eller de tolkninger som er gjort her.” (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

Når årstall i statistikken er oppført på slik måte som f.eks. 2014/2015 så betyr det at undersøkelsen har gått fra ett år og over til et annet, og jeg har derfor valgt å skrive det slik også i tabell 2 (i kapittel 4.3), samt i tidsseriegrafene jeg har laget.

I de neste kapitlene vil jeg også si noe om hvordan spørsmålene fra innbyggerundersøkelsene ble besvart, i tillegg til at de fem tidsseriegrafene vil bli presentert hver for seg.

4.1 Hvordan innbyggerundersøkelsene ble besvart

Innbyggerundersøkelsene som jeg har benyttet meg i denne oppgaven, består av to undersøkelser, hvor begge er rettet mot ett og samme utvalg. For de deltakerne i innbyggerundersøkelsen som fikk invitasjon til å besvare spørsmålene på brukerdelt, sykehjem, var dette på grunn av at deltakerne i innbyggerundersøkelsens første del hadde svart at de hadde hatt erfaringer med et sykehjem i løpet av de siste 12 månedene, og derfor ble invitert til å svare på spørreskjemaet om sykehjem. Det vil si, del 2 av innbyggerundersøkelsene er kun besvart av brukerne mens del 1 ble besvart av innbyggere med og uten erfaringer med virksomheten. Dette var likt for alle de årene som jeg tok utgangspunkt i da jeg brukte data fra innbyggerundersøkelsen (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

Innbyggerundersøkelsene ble gjennomført i et representativt utvalg av folk fra 18 år og oppover, og utvalget ble tilfeldig trukket fra Folkeregisteret. Det ble trukket respondenter for hvert kjønn i fem aldersgrupper i hvert fylke. Spørreskjema ble sendt i posten, men alle kunne også svare på undersøkelsen på internett. På internett kunne undersøkelsen også besvares på nynorsk, bokmål, engelsk og polsk. Difi har lagt vekt på at det skal være åpenhet rundt alle resultat, data, metodikk og spørreskjema (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017).

I spørreskjema som respondentene fikk, var det en rekke spørsmål som skulle besvares. Her ble de bedt om å vurdere hvor fornøyd/midfornøyd de var med et forhold på en syvpunktsskala som gikk fra -3 til +3 der -3 betyr svært misfornøyd og +3 betyr svært fornøyd. De som har svart «vet ikke/ikke relevant» eller som ikke har svart på spørsmål i det hele tatt er ikke tatt med i utrekningen av gjennomsnittsskår i innbyggerundersøkelsene (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015, Difi, 2017)

4.2 Brukerdel, sykehjem

På spørreskjemaet for brukerdelt, sykehjem, ble man bedt om å krysse av for egen bakgrunn og erfaring med sykehjem. Man kunne da velge å besvare spørreskjemaet ut fra erfaring som beboer, pårørende til forelder, pårørende til ektefelle, pårørende til søsken, pårørende til barn, eller som annen pårørende. (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015(b), Difi, 2017(b)).

4.3 Deskriptiv statistikk

Beskrivende statistikk kan brukes for å undersøke fordelinger mellom variablene (Hammervold, 2008). Dette kapittelet inneholder blant annet statistikk av innbyggernes inntrykk av kommunale tjenester, herunder sykehjem og det er brukerne av disse tjenestene som har svart. Jeg har valgt 5 kategorier som brukerne har svart på, fordi jeg mener disse svarene er godt egnet til å danne et grunnlag for et svar på problemstillingen min.

Tabell 2 oversikt over data brukt som grunnlag for en analyse over tid

	Hvor fornøyd alt i alt	Medisinsk behandling	Faglig kompetanse	Følge opp	Tilpasset tilbud
2009	5,321	5,112			
2012/2013	5,541	5,3	5,477	5,277	5,165
2014/2015	5,506	5,456	5,46	5,282	5,172
2016/2017	5,107	4,872	5,097	4,849	4,694
N	2132	1771	1237	1195	1117

Tabell 2 viser data hentet fra innbyggerundersøkelsen. Dette er data som jeg igjen har satt inn i tabell. Disse tallene har jeg brukt som grunnlag når jeg har utarbeidet tidsseriediagram, og viser også hvilke spørsmål fra innbyggerundersøkelsen jeg har valgt å benytte meg av. I tabellen kommer det frem hvilket årstall hvert spørsmål har blitt besvart. Variablene i grafene varierer fra 1-7, det vil si at 1 er lite fornøyd, mens 7 er svært fornøyd. Det er viktig å merke seg at score i form av tall fra undersøkelsen som jeg har satt inn i denne tabellen er gjennomsnittstall og vil bli presentert slik også i grafene.

I de neste kapitlene vil jeg presentere de fem tidsseriegrafene hver for seg, før jeg deretter presenterer relevant forskning og relevante dokumenter i et eget underkapittel.

For å finne svar på om brukerne opplever noen forskjell i kvaliteten på den medisinske oppfølgingen, valgte jeg å benytte meg av målinger fra innbyggerundersøkelsen. Disse målingene ble basert på svar fra brukerne av kommunale helse – og omsorgstjenester, herunder sykehjem, opplevelse over tid, og målingene jeg benytter meg av er gjennomsnittstall. På bakgrunn av dette utarbeidet jeg i den empiriske delen av denne oppgaven en graf for brukernes opplevelse for fem valgte kategorier. Disse er listet opp i underkapitlene som følger.

4.4 Opplevelsen av å være fornøyd, alt i alt

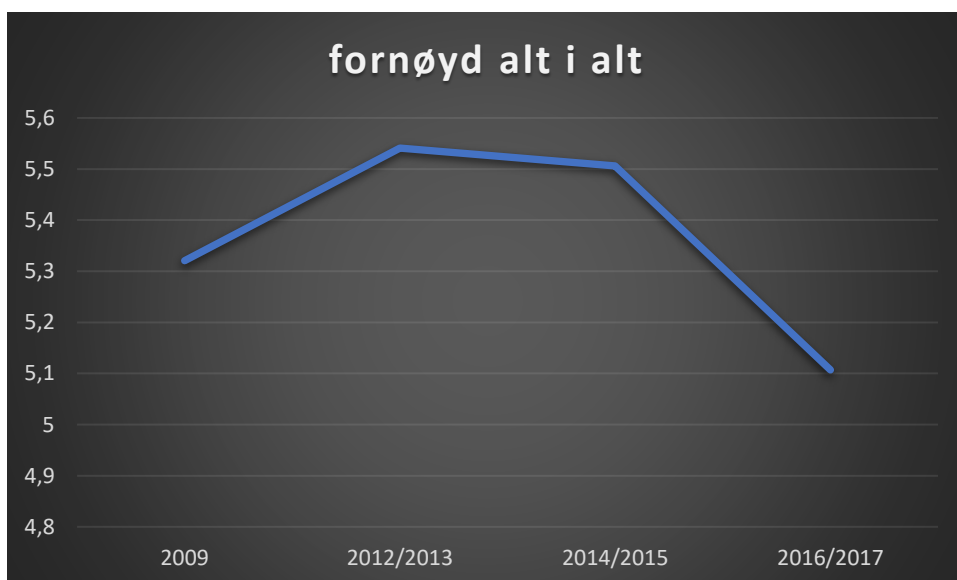
Den første kategorien jeg har valgt å undersøke, er brukernes tilfredshet med det sykehjemmet de oppholder seg på. Spørsmålet for denne kategorien, for alle de fire årene som ble brukt som grunnlag for å innhente data i denne oppgaven, var likelydende. Spørsmålet som ble stilt til brukerne var «tenk tilbake på de erfaringene du har med dette sykehjemmet. Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med dette sykehjemmet»? (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015(b), Difi, 2017(b)). Svarene fra undersøkelsen som hørte til under denne kategorien har jeg satt inn i tabell 2. Deretter har jeg, med bakgrunn i tallene fra tabellen, laget en tidsseriegraf (se tabell 3) som viser tendensene over tid fra 2009 til 2016/2017.

Når jeg har valgt å benytte meg av dette spørsmålet som ble besvart av brukerne i innbyggerundersøkelsen, så er det fordi jeg mener at spørsmålet dekker mange aspekter av det å være beboer på et sykehjem. Med andre ord vil det være nyttig for meg å vite den totale

vurderingen av brukernes opplevelse, og om denne opplevelsen kan ha endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen.

For 2009 viser gjennomsnittstallet 5,3. Dette forbedrer seg noe til neste måling foretatt i 2012/2013 hvor gjennomsnittstallet er på 5,4. Dette tallet holder seg relativt stabilt også på målingen foretatt i 2014/2015, noe som indikerer at det ikke var noen stor forskjell på disse to årene i hvor fornøyde gjennomsnittet var med sykehjemmet de bodde på. Tallet synker imidlertid en del når neste måling blir foretatt i 2016/2017. Gjennomsnittstallet er da på 5,1, og har altså gått ned med 0,3 poeng. Dette er en indikasjon på at det var færre fornøyde brukere i 2016/2017 enn det var for 2014/2015 og 2012/2013. Tallet for 2016/2017 er det laveste gjennomsnittstallet på alle fire målingene.

Tabell 3 fornøyd, alt i alt



4.5 Den medisinske behandlingen

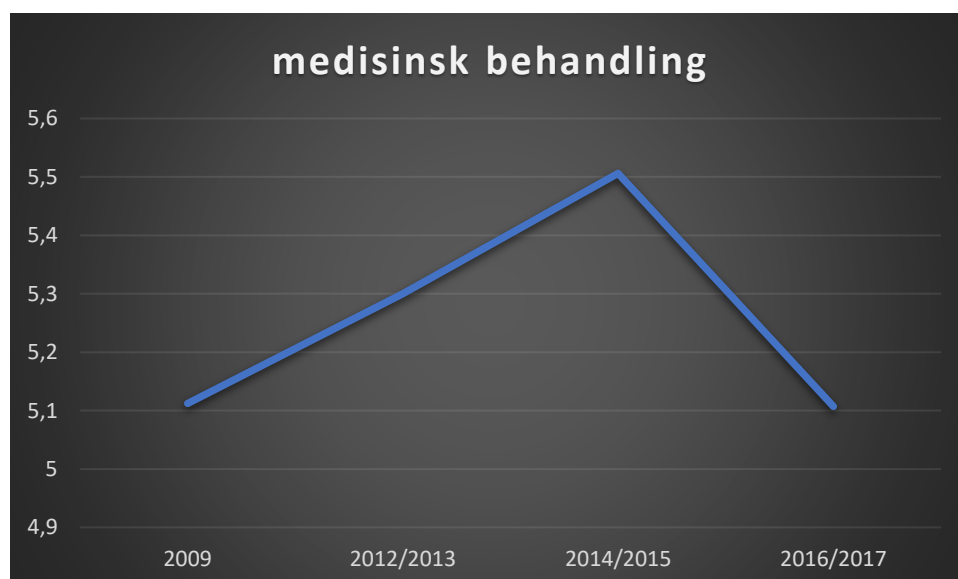
Den andre kategorien jeg undersøkte, gikk på brukernes mening om den medisinske behandlingen som ble gitt på sykehjemmet de bodde på. Spørsmålet som her ble stilt til respondentene gikk på tilpasning, og brukerne skulle gi score på «den medisinske behandlingen». (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015(b), Difi, 2017(b)). I tabell 4 er målingene

utført på fire forskjellige år. Målingen starter i 2009, hvor den ligger på 5,1. I 2012/2013 ligger målingen på 5,3, før den beveger seg opp til 5,4 i 2014/2015. På den siste målingen i grafen, som er gjort i 2016/2017 viser målingene 4,8 og har da falt en god del fra forrige måling.

Målingene viser meg, etter min fortolkning, at ved innføringen av samhandlingsreformen i 2012 var brukerne noe mer fornøyd med den medisinske oppfølgingen de fikk på sykehjem, enn hva tilfellet var på siste måling gjort i 2016/2017. Gjennomsnittsscore for 2016/2017 var 0,6 poeng lavere enn for 2014/2015. På en syvpunktsskala fra 1-7, utgjør dette en del. Men det er også verdt å merke seg at brukerne var noe mindre fornøyde to år før innføringen av samhandlingsreformen, enn hva tilfellet var det samme året som samhandlingsreformen ble innført, selv om forskjellen er liten. Gjennomsnittstallet for 2016/2017 for denne kategorien var det laveste tallet for alle de fire årene innbyggerundersøkelsene ble gjennomført.

Spørsmålet som brukerne her skulle svare på, har jeg valgt fordi jeg ønsker å finne ut om brukernes opplevelse av den medisinske behandlingen kan ha endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen. Som jeg skrev noe om i kapittel 2.7, så var jo samhandlingsreformens intensjon blant annet at oppgavene i større grad enn før, skulle løses ut fra lokale forhold, hvor nødvendig faglig kompetanse var nødvendig. Dette spørsmålet (og svaret) vil hjelpe meg å kaste lys over hvordan brukerne har opplevd kvaliteten, før og etter samhandlingsreformen.

Tabell 4 medisinsk behandling



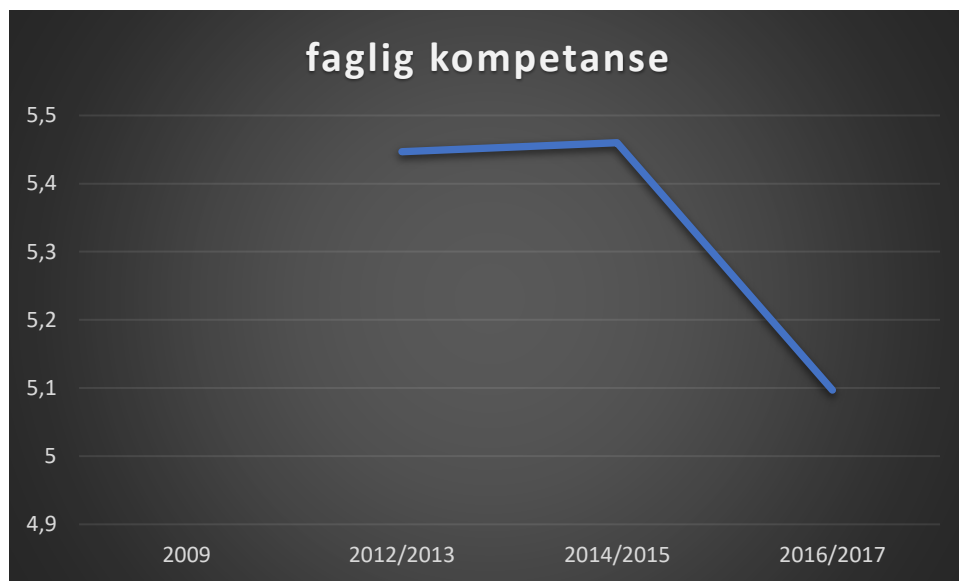
4.6 Den faglige kompetansen hos helsepersonell

Den neste kategorien (tabell 5) som jeg valgte å undersøke, var brukernes opplevelse av den faglige kompetansen hos de ansatte på sykehjemmet. Spørsmålet på spørreskjemaet lyder som følgende «tenk på den erfaringen du har med ansatte (helsepersonell) ved sykehjemmet. Hvor fornøyd er du med følgende forhold: de ansattes faglige kompetanse til å løse oppgavene». (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015(b), Difi, 2017(b)). Merk at det her ikke er tatt med tall for 2009/2010. Dette kommer av at spørsmålet ikke ble stilt til brukerne dette året. Når jeg allikevel har valgt å ta med kategorien, til tross for at det mangler svar for 2009/2010, så er det min vurdering at tendensene over tid allikevel er verdifulle å ta med inn i denne oppgaven. Som jeg har skrevet om tidligere i denne oppgaven, så ble ikke samhandlingsreformen satt ut i live før i 2012, og man kan tenke seg at det tok noe tid å få reformen implementert fordi reformen gradvis ble innført fra 2012.

. Målingen som er gjort i 2012/2013 viser et gjennomsnittstall på 5,4. Målingen for 2014/2015 viser også 5,4, og det er med andre ord ingen store endringer i brukernes opplevelser på disse to målingene. Den siste målingen foretatt i 2016/2017 har falt ned til 5,0. Målingene her viser meg at brukerne opplevde den faglige kompetansen hos helsepersonell som bedre i 2012/2013 og 2014/2015 hvor det var ganske jevnt på begge målingene, enn hva tilfellet var for 2016/2017 hvor gjennomsnittstallet har gått ned med 0,4 poeng. Målingen for 2016/2017 var det laveste tallet på alle de tre årene undersøkelsen ble gjennomført.

Svaret fra brukerne er ment å være til hjelp når jeg skal forsøke å finne svar på om kommunene har fått nødvendige ressursmessige forutsetninger for å løse nye oppgaver. Samhandlingsreformen la også til grunn at det måtte legges til rette for vekst i helsepersonellressurser i kommunene, slik jeg skrev i kapittel 2.7. Det var et tiltak som var ment å imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til pasient og en styrking av allmennt medisinske oppgaver

Tabell 5 faglig kompetanse



4.7 Oppfølging av bruker

Denne kategorien (tabell 6) går på brukernes erfaring om hvordan de blir fulgt opp på sykehjemmet de bor på. Spørsmålet er som følger: «tenk på den erfaringen du har med den ansatte (helsepersonell) ved sykehjemmet. Hvor fornøyd er du med følgende forhold: evne til å følge deg (beboer) opp» (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015(b), Difi, 2017(b)).

Også her mangler det målinger fra innbyggerundersøkelsen (brukerdel) fra 2019/2010. Jeg har også her vurdert det slik at dette ikke nødvendigvis er veldig viktig når jeg skal finne svar på problemstillingen min, nettopp fordi samhandlingsreformen tok noe tid å implementere.

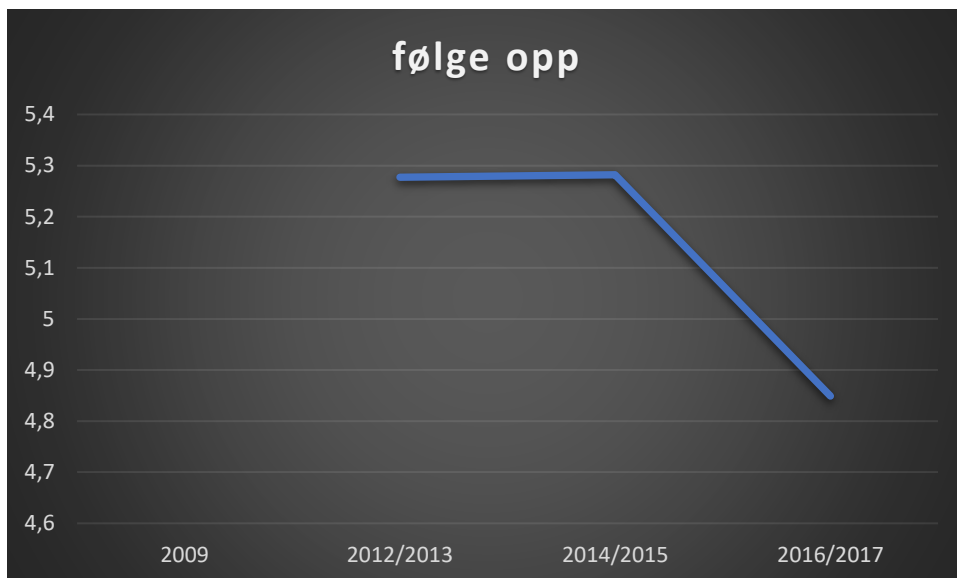
I tabell 6 er det også foretatt bare tre målinger for den perioden jeg undersøker. Spørsmålet ble ikke stilt til brukerne i 2009, og dette årstallet er derfor ikke representert i denne kategorien.

For 2012/2013 ser vi at gjennomsnittstallet for brukernes opplevelse av å bli fulgt opp ligger på 5,2. Tallet holder seg stabilt på 5,2 frem til neste måling foretatt i 2014/2015, noe som indikerer at gjennomsnittets opplevelse av å bli fulgt opp var uforandret på det tidspunktet disse målingene ble foretatt. I 2016/2017 faller imidlertid gjennomsnittstallet en del, og ligger

nå på 4,8. Dette utgjør en nedgang på 0,4 poeng. Den gjennomsnittlige opplevelsen av å bli fulgt opp hadde altså sin laveste måling i løpet av den perioden jeg undersøker.

Samhandlingsreformen la til grunn at det måtte legges til rette for vekst i legeressurser og sykepleierressurser i kommunene, slik jeg skrev i kapittel 2.7. Dette både for å imøtekomme økt behov og bidra til å sikre bedre tid til pasient og en styrking av allmennmedisinske oppgaver. Man kan tenke seg at dette også hadde overføringsverdi for andre grupper av helsepersonell i kommunene, for at man skulle møte intensjonene i samhandlingsreformen.

Tabell 6 følge opp



4.8 Tilpasset tilbud for bruker

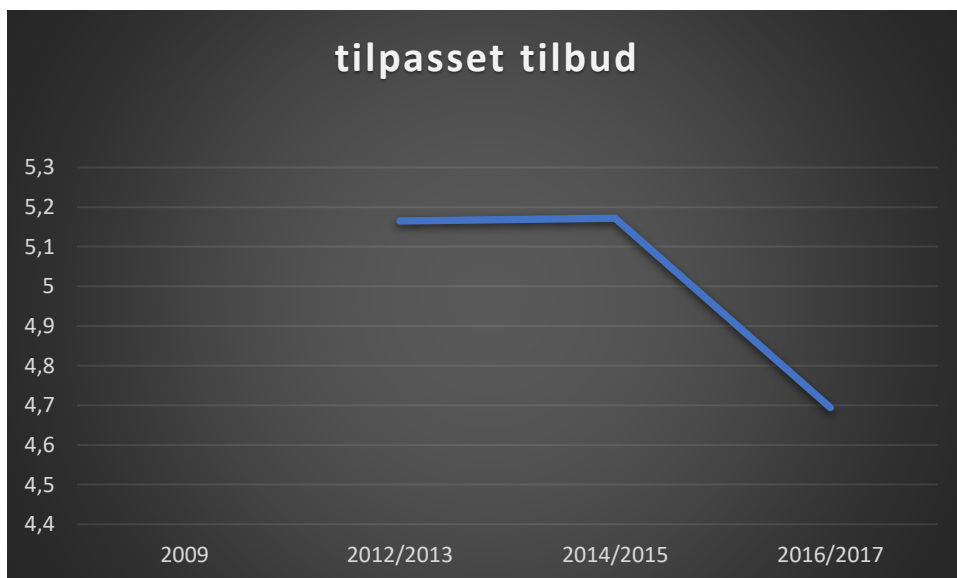
Den siste kategorien fra brukerdelen, sykehjem, fra innbyggerundersøkelsen som jeg har valgt å bruke i denne oppgaven, går på evnen til å tilpasse behovet for brukeren. Spørsmålet er formulert slik: ««tenk på den erfaringen du har med den ansatte (helsepersonell) ved sykehjemmet. Hvor fornøyd er du med følgende forhold: evne til å tilpasse tilbudet ut ifra dine (beboers)behov» (Difi, 2010, Difi, 2013, Difi, 2015(b), Difi, 2017(b)).

For denne kategorien gjelder det samme som for de to foregående, det er ikke foretatt noen måling i 2009/2010. Vurderingen min er også her den samme, at siden samhandlingsreformen ikke ble iverksatt før 2012, så tok det nødvendigvis noe tid før reformen ble implementert.

Tabell 7 viser at gjennomsnittstallet for det første året hvor spørsmålet ble stilt, i 2012/2013 var på 5,1. Også her holdt tallet seg stabilt også til neste foretatte måling i 2014/2015, hvor det fortsatt lå på 5,1. Det vil med andre ord si at brukerens gjennomsnittlige opplevelse var relativt uforandret på de tidspunktene de to målingene ble utført. Tallet faller så en del ved neste måling, og i 2016/2017 viser målingen at tallet er på 4,6. Gjennomsnittstallet har med andre ord falt 0,5 poeng, og målingen for 2016/2017 har den laveste score på alle de tre årene undersøkelsen ble gjennomført.

Denne kategorien fra innbyggerundersøkelsen har jeg valgt fordi jeg mener det er viktig at brukerne føler at de får et tilpasset tilbud. Intensjonen i samhandlingsformen var blant annet at hjelpen i større grad skulle gis der pasienten bodde, og at pasienten skulle få et mer koordinert og helhetlig tilbud tilpasset den enkelte bruker.

Tabell 7 tilpasset tilbud



4.9 Oppsummering

For de fem kategoriene jeg har valgt å benytte meg av fra innbyggerundersøkelsene, så er en fellesnevner at målinger utført i 2016/2017 hadde det laveste gjennomsnittstallet for alle fem kategorier. For noen av kategoriene jeg undersøkte, ble ikke alle spørsmål stilt i 2009. Jeg har derfor ikke noe tall å forholde meg til for dette året, på enkelte av kategoriene. Min vurdering er at selv om noen av kategoriene jeg undersøkte manglet svar fra innbyggerne for året 2009, så er tendensene målt over tid allikevel verdifulle for oppgaven. Samhandlingsreformen ble som nevnt, gradvis innført fra 2012, og man kan tenke seg at det tok noen år for å se effektene av samhandlingsreformen.

I det neste kapittelet vil jeg diskutere resultatene fra innbyggerundersøkelsene, og se om funnene mine fra innbyggerundersøkelsene er i samsvar med andre undersøkelser.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere hvordan samhandlingsformen kan ha påvirket kvaliteten på tjenestene i kommunene, og hvordan dette igjen kan ha påvirket brukerne på sykehjem. Som bakgrunnsteppe vil jeg bruke teorien jeg presenterte innledningsvis.

I oppsummeringen av kapitlet vil jeg oppsummere konklusjonene på hypotesene.

Jeg repeterer også min hovedproblemstilling:

Hvordan har samhandlingsreformen påvirket brukernes opplevelse av kvaliteten på kommunale tjenester?

5.1 Funnene sett i sammenheng

Som jeg viste til i teoridelen, å gi gode tjenester var et av målene i samhandlingsreformen. Veksten i bruken av sykehustjenester skulle dempes, og en større del av helsetjenesten skulle ytes av kommunehelsetjenesten. Dette målet skulle blant annet sikres ved at ansattes kompetanse skulle styrkes. De gruppene av pasienter som brukte helsetjenester over lengre tid, hadde også et behov for mer omfattende tjenester og mer oppfølging, som igjen førte til et behov for mer spesialiserte helse – og omsorgstjenester i kommunene. Det skulle også satses mer på sykehjem i kommunene (St.Meld.nr.47, 2008 –2009). Videre i diskusjonskapitlet, vil jeg se på mine hypoteser, se disse i en større sammenheng, og sammenligne mine funn fra innbyggerundersøkelsene med annen forskning på området. Jeg vil også, under hver hypotese, diskutere hvorvidt hypotesene blir bekreftet eller ikke. De fem hypotesene som jeg presenterte innledningsvis i denne oppgaven, er brukt som overskrift på delkapitlene som følger.

5.1.1 Brukerne er mindre tilfredse med sykehjem etter implementeringen av samhandlingsreformen

De utfordringene som lå til grunn for samhandlingsreformen, finnes i mange andre land, og fellestrekk for disse utfordringene var blant annet stigende antall pasienter, og da særlig eldre og kronisk syke. Også andre land har gjennomført reformer som har likhetstrekk med den norske samhandlingsreformen. Sverige, England og Nederland er land som har overført ansvar for helse- og omsorgsoppgaver til lokalt nivå (Forskningsrådet, 2016).

Samhandlingsreformen var altså basert på ideen om bedre samhandling i helse- og omsorgstjenestene, og at samhandlingen mellom de ulike tjenestenivåene måtte bli bedre for å gjøre tjenestene bedre (Debesay et al., 2016). I tillegg var samhandlingsreformen inspirert av andre lands reformer og hadde ifølge Grimsmo et al. (2015) også slektskap og likhetstrekk med helsereformer i naboland.

Organisasjoner som leverer helsetjenester til innbyggerne, har følge Lipsky (2010) en viktig rolle i innbyggernes liv for at innbyggerne skal kunne oppleve velvære. Pasientene som har behov for helse – og omsorgstjenester er avhengige av å ta imot hjelp. En rapport utarbeidet av Bratt et al. (2016) hadde 4945 respondenter (sykepleiere) som deltok ved å svare på spørsmål om ulike sider ved kvaliteten på tjenesten de jobbet i. Et stort flertall ga uttrykk for at kvaliteten på tjenestene som ytes på sykehjem var for dårlig. Dette er et av mange funn som jeg tenker kan brukes til å diskutere denne hypotesen, men det er sannsynligvis mange andre dimensjoner som også kan påvirke brukerne, når de blir bedt om å vurdere hvor tilfredse de er, alt i alt, med tjenesten på det sykehjemmet de bor på. Debesay et al. (2016) peker i sin studie på noen mulige dimensjoner som jeg anser som sannsynlig at vil påvirke brukernes vurdering. Dette er også dimensjoner som jeg finner igjen i teorien jeg presenterte innledningsvis i oppgaven. Debesay et al., (2016) nevner blant annet relevant kompetanse som en forutsetning for alle profesjoner som jobber nært mennesker, og utøvelsen av skjønn som er nært knyttet til profesjonell kompetanse. Videre nevnes det kvaliteten på profesjonsutøverens arbeid, og autonomi og ansvar hos profesjonsutøverne. Dette er noen av dimensjonene jeg også kommer til å ta for meg i de neste underkapitlene, når jeg skal finne svar på mine hypoteser.

Jeg har derfor lagt til grunn at mine funn i analysekapitlet, og diskusjonen på mine fire andre hypoteser, til sammen er nært knyttet til denne første hypotesen i tillegg til at de også er nært

knyttet til hverandre. Min første hypotese kan derfor ikke helt enkelt ses isolert fra de andre, men må ses i sammenheng med de andre hypotesene.

Spørsmålet som ble stilt til innbyggerne i innbyggerundersøkelsen som det refereres til i kapittel 4.4, og som var grunnlaget for gjennomsnittstallene i tabell 2 og i grafen i tabell 3, vurderer jeg som såpass generelt at det bør brukes i samsvar med funn for de andre hypotesene. Men svaret i seg selv er uansett svært viktig, fordi det viser at færre brukere var fornøyde med sykehjemmet de bodde på i 2016/2017 enn det var i årene 2012/2013 og 2014/2015. Samhandlingsreformen ble gradvis innført fra 2012 (Meld. St. 16, (2010 – 2011)). Det er derfor sannsynlig at effekten av samhandlingsreformen først ble merkbar først noen år etter 2012, noe som kan forklare hvorfor innbyggerne i gjennomsnitt var mer fornøyde i 2012/2013, før en gradvis nedgang på de to neste målingene.

Sett i sammenheng med funn fra innbyggerundersøkelsene, samt annen forskning og funn på de neste fire hypotesene mine, anser jeg hypotesen min om at brukerne av kommunale tjenester hadde mindre grad av tilfredshet med sykehjem etter implementeringen min, som bekreftet.

5.1.2 Brukerne var mindre fornøyde med den medisinske behandlingen de fikk på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført

For å nå målene i samhandlingsreformen fikk kommunene betalingsansvaret for utskrivningsklare pasienter. I praksis innebærer dette at kommunene må betale døgnpris for hver pasient som blir liggende på sykehuset etter at pasienten er utskrivningsklar. Tanken var at kommunene skulle sørge for billigere, men samtidig et tilstrekkelig godt helse- og omsorgstilbud, samtidig som kommunene kunne gjøre budsjettbesparelser. Ideen bygger på en forutsetning om at kommunen har ledig pleiekapasitet (Forskningsrådet, 2016:26). Samhandlingsreformen har ført til at det har blitt flere pasienter på sykehjem i Norge, og gjennomstrømningen av pasienter på sykehjem har også blitt større. Utviklingstrekk ved sykehjemmene i Norge viser at det har vært en nedgang i antall sykehjemsplasser, men antallet pasientopphold har økt som en følge av flere korttidsopphold og kortere levetid for brukerne som er på langtidsopphold. I tillegg har også antall dødsfall i sykehjem økt ifølge Ambugo et.al, (2019:30-36). Hvordan kan dette tenkes å ha påvirket den medisinske behandlingen hos brukerne på sykehjem?

Riksrevisjonen (2015 –2016) peker i sin undersøkelse på at det etter innføringen har vært en reduksjon i liggetiden på sykehuset, og spesielt gjelder dette for pasienter som skrives ut med behov for videre oppfølging i kommunene. Dette er en gruppe pasienter som er sårbare, og som ofte har komplekst sykdomsbilde. Siden liggetid på sykehus for de eldste har blitt kortere, vil dette i praksis bety en økning i antall pasienter som overflyttes videre til sykehjem fra sykehus. Denne økningen har i liten grad ført til flere sykehjemsplasser. For at kommunene skal kunne utføre en større del av pasientbehandlingen i forhold til tidligere, må de også kunne tilby behandling som de ikke har utført tidligere (Abrahamsen et. al, 2017).

Jeg antar at de nevnte utviklingstrekkene har bidratt til et økt behov for mer medisinsk rettet arbeid på sykehjem, noe som igjen har økt behovet for kvalifisert helsepersonell, både i forhold til flere hender men også i forhold til økt kompetanse. På sykehjem er det i hovedsak leger og sykepleier som er de sentrale aktørene og samarbeidspartnerne knyttet til det medisinskfaglige tilbudet. Sykepleierne arbeider tettere på pasientene enn legene, og sykepleierne er ofte de som først observerer endringer i pasientens medisinske tilstand. Det er også sykepleierne som oftest setter i verk, følger opp, samt rapporterer tilbake til legen resultater av legens medisinske forordninger. Når det gjelder karakteristika ved sykehjemslegene, kan man merke seg at antall leger i sykehjem øker over tid. Antall legeårsverk i sykehjem har økt betydelig fra 2009 til 2017. Det er nå 0,55 legetimer per beboer per uke, mot 0,34 i 2009. Det er om lag 70 pasienter per årsverk i 2017 sammenlignet mot 2009 hvor det var 109. Økningen på legeårsverk mellom 2010-2016 var på 31% (se tabell 8) (Ambugo et.al, 2019:43-45) (statistisk sentralbyrå).

Tabell 8: Legeårsverk og institusjonsplasser per legeårsverk (2009-2017) (kilde: statistisk sentralbyrå, Ambugo et.al.2019:37)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Antall årsverk leger	383	405	427	472	502	533	570	590	576
Antall plasser	41 071	41 297	41 280	41 732	41 441	41 310	40 708	40 494	40 401
Antall plasser per årsverk leger	108	102	97	88	82	77	71	69	70

Sykepleierdekning per sykehjems plass/sykehjemspasient er i likhet med legetettheten også et viktig mål for kvaliteten av det medisinskfaglige arbeidet på sykehjemmene. For perioden 2010-2016 viste antall sykepleierårsverk i institusjon i kommunene at denne hadde steget fra 13 347 i 2010 til 16 156 i 2016 (se tabell 8) (Ambugo et.al, 2019:44). Dette utgjør en økning på 17% i løpet av denne perioden.

Tabell 9: Sykepleierårsverk og institusjonsplasser per sykepleierårsverk (2010-2016) (Kilde: (kilde: statistisk sentralbyrå (b), Ambugo et.al.2019:43-45)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Antall årsverk sykepleiere	13 347	13 922	14 420	14 879	15 143	15 756	16 156
Antall plasser	41 297	41 280	41 732	41 441	41 310	40 708	40 494
Antall plasser per årsverk sykepleiere	3,09	2,97	2,80	2,79	2,73	2,58	2,51

Jeg finner ingen undersøkelser gjort i Norge som peker direkte på at det er for lite legerressurser på sykehjem. Det jeg har funnet, peker heller mot at god kvalitet på det medisinskfaglige tilbudt er avhengig av faktorer som legens tilgjengelighet for pasienten, pårørende og pleiepersonalet. God kontinuitet er også viktig, og at leger har riktig kompetanse og erfaring, og har tid til pasientene. At legene også tar seg tid til å bygge og utvikle relasjonene til hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere på avdelingene blir også trukket frem som en viktig faktor (Ambugo et.al, 2019). Den norske legeforening uttrykker i et policynotat i 2012 et behov for en nasjonal bemanningsnorm, for å unngå at de kommunale forskjellene blir for store (Den Norske Legeforening, 2012) men Ambugo et al. (2019) sier på sin side at det i dag fortsatt i stor grad er opp til kommunene hvordan de velger å organisere legetjenester i kommunene og på de kommunale institusjonene. Abelsen et al. (2014) viser imidlertid til at sykehjemsleger er usikre på om det faglige nivået blant helsepersonell er løftet nok slik at sykehjem er rustet til å håndtere mer komplekse og sykere pasienter.

Riksrevisjonen (2015 –2016:51) viser til at de i sin spørreundersøkelse til kommunene (det var rådmenn og kommunalsjefer som svarte på denne undersøkelsen), så svarer omtrent 40 prosent av kommunene at de er delvis enige i at kommunene har vært godt forberedt til å

utføre flere oppgaver som i dag utføres av spesialisthelsetjenesten, og at en tilsvarende andel vurderer at de er godt forberedt på å kunne ta imot en økning i antall eldre i fremtiden. Riksrevisjonen (2015 –2016:51) peker på sin side på at omtrent halvparten av alle helseforetak opplever at kommunene i liten grad har bygd opp helsetjenester som kan bidra til å avlaste spesialisthelsetjenesten i perioden etter innføringen av reformen. En annen studie av Debesay et al., (2016) viser til sykepleieres vurdering av egen hverdag på sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Deres opplevelse var at spesialisthelsetjenesten hadde for store forventninger til hva de greide å få til av medisinsk behandling på sykehjem i kommunene etter innføringen av samhandlingsreformen, og at de sykehjemmene de jobbet på ikke alltid hadde det medisinsktekniske utstyret og/eller den nødvendige kompetansen de behøvde for å kunne utføre alle de nye oppgavene (Debesay et al., 2016). Det kan tenkes at helsepersonell i en slik situasjon kjenner på et krysspress der de er nødt til å forholde seg til krav og behov som delvis kan være motstridende. På den ene siden skal kommunene ta imot pasienter som trenger medisinsk behandling som tidligere har blitt utført av spesialisthelsetjenesten og som helsepersonell i kommunene nå skal utføre. På den andre siden kan helsepersonell føle på en forventning om at de skal være lojale til den nye måten å organisere tjenesten på, selv om de ikke nødvendigvis selv føler at de er kompetente nok til å utføre alle de nye oppgavene de er satt til å utføre.

Haukelien et. al (2015:8-9) har utarbeidet en rapport hvor de har undersøkt konsekvensene av samhandlingsreformen, og gjennomførte fokusintervju av sykepleiere i 5 kommuner, samt en landsomfattende spørreundersøkelse av 2705 sykepleiere. Noen hovedfunn fra undersøkelsen viser blant annet at samhandlingsreformen har gitt økt arbeidsmengde for sykepleierne i de kommunale helse – og omsorgstjenestene. Dette skyldes flere og sykere pasienter, større gjennomstrømming av pasienter mellom ulike tilbud i kommunene og mellom kommuner og helseforetak, noe som igjen har medført økt administrering og dokumentasjon for helsepersonell. De beskriver også at oppgavene har blitt mer komplekse. Dette gjelder både mer kompliserte medisinske prosedyrer enn før, og større krav til koordinering og kvalitetssikring. Dette har medført økt sårbarhet og svikt i kvalitetssikringen. I tillegg oppgir flertallet av sykepleierne at de ofte opplever at pasientene som blir utskrevet fortsatt trenger sykehusbehandling, og at mangelfull informasjon fra sykehuset når pasienter blir skrevet ut fra sykehus til sykehjem er en utfordring og et gjentakende mønster. Sykepleierne i alle kommunene opplever at arbeidsmengden har økt uten at bemanningen er trappet opp tilsvarende, de må konsentrere seg om oppgaver som krever deres kompetanse på medisinske

prosedyrer, og får i mindre grad tid til helhetlige vurderinger. Det er også interessant at et stort flertall av sykepleierne, godt over 70%, allikevel synes at den sykepleiefaglige kvaliteten ivaretas på en god måte, selv om de påpeker store mangler når det kommer til kompetanse og kvalitet.

Hvis jeg videre skal tolke dette i lys av implementeringsteorien jeg presenterte tidligere i oppgaven (se også tabell 1), så er helsepersonell på sykehjem de som skal stå for, samt levere, den medisinske behandlingen til pasientene. Det vil også si at det er denne gruppen av helsepersonell som også skal levere og stå for den offentlige politikken til pasientene, og slik bidra til å nå målene i samhandlingsreformen. Leger og sykepleiere er en helt vesentlig del av helsetjenestene i kommunene, og de skal bidra med sin kompetanse og sin utøvelse av skjønn (basert på sin kunnskap og erfaring) for at brukerne på sykehjem skal føle seg ivaretatt og for at tjenestene de får er gode. Jeg skal se nærmere på brukernes opplevelse av faglig kompetanse hos helsepersonell i neste kapittel, men jeg synes det er verdt å nevne at faglig kompetanse hos helsepersonell henger nært sammen med medisinsk behandling på sykehjem og ikke helt enkelt kan ses hver for seg. Og selv om tabell 8 og tabell 9 viser at det har vært en økning av legerressurser og sykepleiere på sykehjem de siste årene, så er ikke det nødvendigvis en indikator på at disse innehar, eller har ervervet, den nødvendige kompetansen de trenger for at flere pasienter med komplekse tilstander får den medisinske behandlingen de behøver nærmere der de bor. Til tross for økningen av sykepleierressurser på sykehjem som vist i tabell 9, så fører ikke nødvendigvis en slik økning av ressurser til at sykepleierne selv opplever at de strekker til, slik også Haukelien et. al (2015) viste til i sin undersøkelse. En annen studie peker på at de nye utfordringene knyttet til samhandlingsreformen har medført større pasientgjennomstrømning som igjen kan ha konsekvenser for kompetansebehovet og bemanningsbehovet i sykehjem. Studien peker også på at hvis man skal greie å ivareta samhandlingsreformens målsetting om å gjøre slike tjenester mer bærekraftig, så bør bemanningen ved sykehjemmene bemannes ut ifra oppgaver og kompetansebehov (Abrahamsen et al.,2017).

En annen faktor som også kan spille inn for brukernes opplevelse av den medisinske behandlingen de mottar er hvorvidt brukerne opplever at helsepersonell på sykehjem har tid til pasientene. Typisk for arbeidsoppgavene til helsepersonell er at arbeidsoppgavene blir utført under omstendigheter hvor det er lite tid til rådighet. De har, som vi så i en studie referert til tidligere i dette kapittelet, også knapt med informasjon for pasienter som nettopp er utskrevet fra sykehuset, og det er typisk mangel på ressurser som kan oppfattes som

nødvendige for at helsepersonell på sykehjem skal kunne møte brukernes individuelle og komplekse behov. Som vi har sett beskriver mange av sykepleierne sin egen arbeidshverdag som preget av stort arbeidspress. De bruker mye tid på å koordinere, og de bruker mye tid på å dokumentere, mye mer enn før. De bruker også mer tid enn før på kompliserte, medisinske prosedyrer, og man kan tenke at dette igjen kan føre til en forskyvning av arbeidsoppgaver der noen andre enn sykepleiere kan ha tatt over en del av det som tidligere sorterte under sykepleieroppgaver, eller det som sykepleierne ikke rekker å gjøre i løpet av arbeidsdagen. Trolig kan dette bidra til å gi pasientene en opplevelse av at sykepleierne ikke har tid til å følge opp den enkelte pasient, eller at oppfølgingen i større grad enn før blir utført av annet helsepersonell eller ufaglærte, eller at helsepersonell blir nødt til å bortprioritere oppgaver som ikke haster mest.

Kvaliteten på relasjonen mellom pasienter og sykepleiere/leger vil sannsynligvis også være viktig for brukernes vurdering av kvaliteten på den medisinske behandlingen. Siden pasienter på sykehjem ofte bor der over en lengre periode, og fordi den mellommenneskelige relasjonen sannsynligvis vil være viktig for at pasientene skal føle seg trygge og ivaretatte, så vil trolig en opplevelse av at sykepleier har god tid til å bygge en god relasjon trolig være en viktig faktor for at pasientene skal være tilfredse. Leger og sykepleiere, på sin side, vil i egenskap av å være de som skal utøve helsehjelp og medisinske behandling sannsynligvis kjenne på forventning om at de implementerer de lovene og reguleringene som ligger til grunn i samhandlingsreformen. De har gjerne mange pasienter som forventer at de skal få tett oppfølging, og rekker kanskje ikke å bruke mye tid på alle pasientene. Dette peker også Mæhre (2017) på i sin studie om pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en sykehjemsavdeling etter samhandlingsreformen. Mæhre sier at gjennomgangstonen for flere av sykepleierne hun intervjuet i sin studie, bar preg av at de opplevde at de stadig fikk nye arbeidsoppgaver som de ikke hadde fått opplæring i, og at det tidvis kunne oppleves som uforsvarlig. Dette støttes også av Nordtvedt (2006) som sier at sykepleierne som utfører pleien og behandlingen, ønsker at denne skal være forsvarlig, og at arbeidet de utfører ikke må være slik at helsearbeideren til stadighet opplever å gå på akkord med yrkets sentrale verdier og kravene til forsvarlighet (Nordtvedt, 2006: 55). Som jeg viste til i implementeringsteorien så argumenterte jo også Harrison et al. (2002) for at de (helsepersonell) som jobber nært tjenestemottakerne (som i dette tilfellet er pasientene) som møter større krav enn hva de kan imøtekomme, vil rasjonere tjenestene. Rasjonering kan ta form i forsinkelse av tjenester og utvanning av kvaliteten eller kvantitet på tjenestene. Dette er

i samsvar med det Haukelien et al. (2015:8) også fant, når sykepleierne på sykehjemsavdeling fortalte om tilstander (hos pasientene) som ikke fikk den vurderingen og behandlingen som trengtes, fordi oppgavene ble delegert til ufaglærte eller helsefagarbeidere som ikke har like høy kompetanse på området. Enkelte tilstander fikk dermed utvikle seg ytterligere i negativ retning enn hva tilfellet ville vært om sykepleierne hadde hatt tid til å gjøre slike vurderinger selv. Haukelien et. al (2015:7) viser jo også i sin rapport til hovedfunn om at kvaliteten varierer mer enn før mellom ulike deler av de kommunale helse – og omsorgstjenestene og også mellom ulike kommuner.

Helsepersonell er uansett avhengige av å handle, de har arbeidsoppgaver de må utføre, og helsepersonell verdsetter ifølge Lipsky (2010) at pasientene er takknemlige for den hjelpen de får. Ved implementeringen av samhandlingsreformen kan det være tenkelig at helsepersonell har opplevd at normene de skal fylle kan ha vært vage, og at disse vage normene igjen har påvirket pasientens opplevelser av den medisinske behandlingen.

Helsedirektoratet (2019) publiserte i 2019 en kvalitetsindikator som viser kvalitet på ulike tjenester, og konklusjonene fra helsedirektør Bjørn Guldvog med bakgrunn fra denne rapporten var som følger:

«Tallene viser at man beveger seg i riktig retning, men det er altfor stor variasjon i kvaliteten på tjenestetilbudene i de kommunale sykehjemmene landet over. De som er innlagt i sykehjem er svake og sårbare grupper som vi har et særlig ansvar for å ta vare på, og det ansvaret må alle landets kommuner ta innover seg» (Helsedirektoratet, 2019).

Uttalelsen fra helsedirektøren sier, etter min fortolkning, en del om den kompleksiteten som man finner på sykehjem, og de utfordringene man møter på en sykehjemsavdeling etter innføringen av samhandlingsreformen. Ut ifra det brukerne har svart på innbyggerundersøkelsene, som jeg viste tidligere i denne oppgaven i tabell 4, samt de studiene jeg har funnet som beskriver hvordan helsepersonell opplever den nye oppgavefordelingen og hvordan de selv tenker at dette påvirker tjenestene de selv er ansvarlige for, så finner jeg at hypotesen om at brukerne er mindre fornøyde med den medisinske behandlingen de får på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført er bekreftet. Tabell 4 viser riktignok at brukerne var mer fornøyd med den medisinske behandlingen i 2014/2015 enn det de var i 2009 og i 2012/2013. En mulig forklaring på dette kan være at samhandlingsreformen skulle bli innført gradvis fra 2012, og at dette var

begynnelsen på en langsiktig omstilling (Meld.St. 16, (2010 – 2011)). Dermed så man kanskje ikke effekten av samhandlingsreformen de første årene.

Også Riksrevisjonens rapport (2016) viser til at det er utfordrende for kommunene å møte krav til tjenester fra alle gruppene som behøver bistand. Rapporten viser videre til at det på sykehjem innlegges pasienter som har behov for mer ressurser og en annen kompetanse enn hva sykehjem kan tilby. Ressursene er ifølge samme rapport også større på sykehusene enn hva de er på sykehjem, blant annet fordi det på sykehus er flere sykepleiere enn hva det er på et sykehjem. Dette vil også påvirke den samlede kompetansen, slik at en sykehusavdeling vil ha en større samlet kompetanse til å utføre mer komplekse oppgaver enn hva man vil finne på et sykehjem. Ifølge Grimen og Molander (2008) og Hasenfeld (2010) så er jo også profesjonell kompetanse og kvaliteten på arbeidet som utføres, og også utøvelsen av skjønnet ovenfor pasienter, nært knyttet til pasientenes opplevelse av tilfredshet.

5.1.3 Brukerne opplever ikke at den nødvendige faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn.

Samhandlingsreformen hadde som mål å gi en bærekraftig helsetjeneste med god kvalitet når bruken av sykehustjenester skulle dempes. For å nå dette målet, har Stortinget i flere sammenhenger presisert at det er viktig at kommunene har den nødvendige fagkompetansen, og at kompetanseutviklingen i den kommunale helse – og omsorgssektoren er av vesentlig betydning for at samhandlingsreformen skal lykkes (Riksrevisjonen, 2015 –2016:11). Relevant kompetanse er ifølge Hasenfeld (2010) grunnlaget for alle profesjoner og organisasjoner som yter tjenester direkte til tjenestemottakere. Orvik (2004) forklarer kompetanse som en kollektiv egenskap som står sterkt i et profesjonsfelleskap. Denne kompetansen binder helsepersonell og organisasjon sammen. Å være en flink profesjonsutøver og også ha organisatorisk kompetanse anses av Orvik (2004) å være viktig for å sikre en helsetjeneste som fungerer godt.

I en kvalitativ studie gjort på en korttidsavdeling på fire ulike sykehjem, ble det gjort intervju med sykepleiere hvor de ble bedt om å beskrive hvordan samhandlingsreformen påvirket

deres arbeidshverdag. Sykepleierne kjente i stor grad på et behov for å få økt kompetansen sin, og de savnet muligheten til å øke sin kompetanse gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne opplyste om at de kursdagene/fagdage som ble tilbudt av avdelingene ikke nødvendigvis var noe de kunne benytte seg av, og det ble også bemerket at grunnbemanningen enkelte steder var såpass svekket at man måtte prioritere daglig drift. Det ble også bemerket av noen av sykepleierne at det ikke var flere hender de trengte, men mer kompetanse, og de opplevde også at sykehusene ofte overvurderte kompetansen på sykehjemmene når de skulle sende pasientene tilbake til kommunene. Det var ofte ufaglærte som måtte ta hånd om resten av avdelingene når sykepleierne og helsefagarbeidere var opptatt med andre ting (Debesay et al., 2016).

Men er det (og har det vært) rom for faglig oppdatering? Riksrevisjonen (2015 –2016:12) viser til at to av tre kommuner bare i begrenset grad har styrket kompetansen ved etter- eller videreutdanning hos de som jobber på sykehjem og i hjemmetjenestene. Riksrevisjonen viser også til at Helseforetakene har tilbudt kommunene forskjellige typer kompetansehevede tiltak, men at bare få kommuner har benyttet seg av denne muligheten. Sykepleiere ser, ifølge en studie utført av Kyrkjebø et al. (2017), på seg selv om den røde tråden i det tjenestetilbudet pasienten får. Sykepleierne i studien til Kyrkjebø bestod av et utvalg av til sammen 14 sykepleiere. Studien skildrer at sykepleierne selv hadde et økt behov for å få utviklet sin kliniske kompetanse, slik at de tidlig kan oppdage endringer hos pasientene. Sykepleierne i studien var også usikre på om det faglige nivået var styrket tilstrekkelig for å håndtere variasjon i behov hos pasientene. Dette er jo også i tråd med det Hasenfeld (2010) og Orvik (2004) teoretiserte rundt, når de mente at kompetanse er selve grunnmuren i et profesjonsfellesskap.

Haukelien et. al (2015:10) viser i sin studie, som var en landsomfattende spørreundersøkelse og intervjuundersøkelse blant sykepleiere, at sykepleierne selv påpekte store mangler i kompetanse og kvalitet. 73% av sykepleierne i undersøkelsen er uenige i at det er avsatt tid til faglig ajourhold og veiledning i arbeidstiden, og kun 35% av de spurte var enige i at arbeidsgiver oppmuntret eller stimulerte sine ansatte til å ta formell videreutdanning/master. Et annet funn i undersøkelsen er at lederne av virksomhetene gjennomgående stilte seg mer positive til påstanden om tilrettelegging av kompetanseutvikling, sammenlignet med sykepleierne som ikke hadde lederstilling. Kan en mulig forklaring på denne forskjellen være at lederne er mer resultat- orienterte enn helsepersonell som ikke har lederansvar? Kan det

tenkes at lederne for det meste er opptatt av å vise til resultater som stemmer overens med målsettingen i samhandlingsreformen, mens helsepersonell som er satt til å utføre alle de nye oppgavene er mest opptatt av å utøve jobben på en måte som er i samsvar med deres ønske om å opprettholde autonomi, slik Lipsky (2010) teoretiserte om?

Hvis jeg skal tolke videre med bakgrunn i implementeringsteorien, så er profesjonsfellesskapet trolig også viktig for utførelsen av denne kompetansen, og ikke bare kompetansen i seg selv. Mæhre (2017:156) er inne på dette, hvor hun refererer i sin studie til en av sykepleierne på en sykehjemsavdeling. Sykepleieren fikk en oppgave som hun ikke hadde kompetanse på, og hun måtte lære seg å forstå hvordan pasienten opplevde situasjonen og bruke tid på å kommunisere med pasienten for at pasienten skulle få tillit til henne. Både samarbeidet med pasienten, som hun opplevde som fikk tillitt til henne etter hvert, og det at hun fikk være sammen med noen kollegaer på avdelingen som var flinke og hadde kunnskapen hun manglet, førte til at hun mestret denne situasjonen godt, selv om hun i utgangspunktet ikke vurderte sin egen kompetanse som god nok til å utføre oppgaven i utgangspunktet. Ut fra dette kan man kanskje tenke at tjenesten også skapes i samarbeid med tjenestemottakeren og de andre som hun jobber med i profesjonsmiljøet, og at dette også kan gi økt kompetanse for den enkelte helsearbeideren, men at kompetanse ikke bare kan tilegnes på denne måten alene.

Å jobbe med pasienter på et sykehjem når endringer i form av en ny samhandlingsreform har tredd i kraft, har ifølge Mæhre (2017) ført til et behov for mer medisinskteknisk kunnskap og kompetanse. Mange av sykepleierne i studien til Mæhre beskrev også at det var utrygt å oppdage at deres egen kompetanse var mangelfull. Sykepleierne visste at kunnskap og kompetanse var viktig for å forstå hva som stod på spill, og for at de kunne velge riktige handlinger. Jeg vil tro at pasientene i slike situasjoner sannsynligvis ikke har noe annet valg enn å ta imot den hjelpen de får, og dermed er helt avhengige av de som utøver helsehjelpen, og jeg vil anta at relasjonen mellom helsearbeider og pasient ikke er likeverdig, slik Winter og Nielsen (2008) teoretiserte rundt. Helsearbeidere på sin side, har kanskje ikke hatt mulighet til å tilegne seg den kunnskapen eller kompetansen hun eller han behøver for enhver situasjon, men vil trolig i lys av sin rolle som helsepersonell forsøke å sikre at hun eller han får den kompetansen de behøver for å utføre oppgaven de er satt til. Under forhold hvor helsepersonells arbeid er under stort press, både i forhold til tid men også i forhold til mange arbeidsoppgaver, så er det begrenset med tid til å tilegne seg ny kompetanse og kunnskap

fordi tjenestene som ytes gjerne finner sted i situasjonene der behovet oppstår. Helsepersonell må med andre ord ta avgjørelser i øyeblikket, det skal utøves skjønn, og selv om det er pasientens behov som er førende, så vil sannsynligvis relasjonen mellom pasient og helsearbeider være preget av helsearbeideres prioriteringer og preferanser (Winter og Nielsen, 2008).

I rapporten til Haukelien et. al (2015:25) ble også sykepleierne spurt om å vurdere områder i tjenesten hvor de mente det var behov for økt kompetanse for å kunne gi brukerne bedre behandling og oppfølging. Over 9 av 10 sykepleiere krysset av for at det var områder med behov for økt kompetanse. Også Riksrevisjonen (2015 –2016:8) peker i sin undersøkelse på at 95 % av kommunene opplever at pasientene typisk er sykere når de overføres til kommunene, sammenlignet med før reformen, og over 80% av fastlegene mener at pasientene ofte blir skrevet ut fra sykehuset til kommunene for tidlig. Mange av kommunene opplever også at pasienter blir skrevet ut til kommunene så tidlig at kommunene har vanskelig for å kunne tilby pasientene et godt tjenestetilbud. Riksrevisjonen (2015 –2016) konkluderer i sin rapport om at for tidlig utskrivning fra sykehuset, samt mangler ved det kommunale tjenestetilbud, er blant årsaker til at pasienter blir reinnlagt i sykehus innen 30 dager etter at de har blitt skrevet ut til kommunene. Dette stiller store krav til kompetanse hos helsepersonell på sykehjemsavdelinger.

Haukelien (2009) mener at en etablert sannhet er at utilstrekkelig kompetanse i helse – og omsorgstjenestene kan være problematisk for reformer. Det vil derfor være viktig med gode rutiner på kompetanseutvikling og kvalitet, noe som ifølge Haukelien (2009) virker å være tilfellet mer i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten.

Som jeg viste til i analysekapittelet, så var brukernes vurdering av den faglige kompetansen hos helsepersonell lavere for 2016/2017 enn den var årene før. Dette samsvarer også med rapporter og helsepersonells egne vurderinger fra andre undersøkelser og studier jeg har vist til her. Når tallene for 2012/2013 og 2014/2015 var høyere enn for 2016/2017 så går jeg ut ifra en antakelse om at det tok tid å se effekten av reformen, fordi den gradvis ble innført fra 2012 (Meld.St. 16, (2010 – 2011)).

Med bakgrunn i dette sett i sammenheng med organisasjonsteori og implementeringsteori jeg presenterte tidligere i denne oppgaven, er min tolkning at hypotesen om at brukerne ikke

opplever at den faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn, blitt bekreftet.

5.1.4 Brukerne opplever ikke at helsepersonell har fått mer tid og/eller flere ressurser til å følge opp brukerne, etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn

Kvaliteten på helsepersonells utøvelse av arbeidet er nært knyttet til pasientenes tilfredshet (Hasenfeld, 2010). Noe som ifølge Debesay (2012) kan påvirke kvaliteten på dette arbeidet som utføres, kan være tiden helsepersonell har til rådighet til å følge opp brukerne. Om helsepersonell får mindre tid til individuelt tilpasset pleie og omsorg, kan dette få konsekvenser for pasienten. Når sykepleierne må ta beslutninger for å prioritere hvem som trenger mest hjelp, og disse beslutningene skal tas med begrenset med tid, stiller dette store krav til helsepersonell. Helsepersonell må da yte hjelp til de som trenger det mest. Dette igjen kan føre til at de må utsette andre arbeidsoppgaver, noe de må ta igjen på et senere tidspunkt.

En av intervjudeltakerne i studien til Debesay al. (2016:8) forteller at tidspresset de opplevde på en korttidsavdeling på et sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen, hadde blitt større. Generelt hadde arbeidsbelastningen økt, og de opplevde travlere dager. Hverdagen ble endret med hensyn til tidspres, og de ansatte måtte løse problemene og gjøre prioriteringer som var nødvendige for at avdelingen skulle fungere. Dette skulle gjøres med de ressursene som var tilgjengelige. De som jobbet på avdelingen kunne fortelle om tøffe prioriteringer etter at pasientene ble skrevet ut fra sykehuset tidligere enn det som hadde vært vanlig før samhandlingsreformen. Lipsky (2010) argumenterte for at motstridende krav kan slå uheldig ut, og få uheldige konsekvenser, hvis helsepersonell må fire på kravene sine fordi nye organisatoriske krav krever dette. Helsepersonell er ansvarlige for den tjenesten de leverer, men når avstanden mellom arbeidet som skal gjøres, og mulighetene man har til å utføre arbeidet blir for store, kan helsepersonell oppleve ansvaret som så omfattende at de kjenner på utilstrekkelighet. Pasientene på et sykehjem blir ivaretatt at de som jobber nærmest med pasientene, og helsepersonell er ansvarlige for at kvalitet og menneskeverd skal ivaretas. Hvis helsepersonell ikke greier å innfri alle krav til enhver tid og heller ikke har tid til å følge opp pasientene, kan dette gå utover den opplevde kvaliteten på tjenestene som ytes til pasientene.

Når vi også ser for oss at sykepleiere er en vesentlig del av helse- og omsorgstjenestene i kommunene

Helsepersonell forsøker å ta individuelle, skjønnsbaserte beslutninger for pasientene sine, men samtidig kan de oppleve at normene for arbeidet blir bestemt og besluttet lengre opp i systemet. Dette er en situasjon som kan føre til en konflikt hvor helsepersonell opplever en innskrenkning av profesjonell autonomi. Det å ta beslutninger på bakgrunn av hvem som har det største behovet, stiller store krav til helsepersonell og fører til at de må ta vanskelige valg (Debesay et al., 2016). Slike valg kan tenkes å gå på bekostning av pasientens opplevelse av tilfredshet og oppleves av å få den oppfølgingen de behøver. Haukelien et al. (2015) påpeker at sykepleierne i deres studie som ble intervjuet om tjenestekvalitet, viste resultatet at sykepleierne klarte å ivareta pasientens primærbehov, slik som hygiene. Derimot var det under 40% av sykepleierne som deltok i studien, som mente at de hadde tilstrekkelig med tid til å ivareta pasientens behov for omsorg, fellesskap og sosial kontakt. Hva kan dette føre til i praksis? Funnene til Haukelien et al. (2015) er også i samsvar med Winter og Nielsen (2008) argumenter om at tjenesteyternes beslutninger og handlinger ville ha en konkret konsekvens for hver enkelt pasient. Det vil heller ikke være likegyldig for den som mottar tjenestene hvordan tjenesten blir gitt. Helsepersonell som er satt til å implementere samhandlingsreformen er derfor nødt til å stå til ansvar ovenfor pasientene, og også på måten tjenestene blir gitt. Dette, til tross, for at det ikke er tjenesteutøverne selv som har bestemt innholdet og premissene i samhandlingsreformen. Ifølge Lipsky (2010) vil også måten helsepersonell leverer tjenestene på, påvirke og begrense pasientens liv og pasientens muligheter. Når helsepersonell møter større krav enn de greier å imøtekomme, så kan en konsekvens være at tjenestene til pasientene blir forringet. Haukelien et al. (2015) er inne på dette, når de i sin studie stiller seg spørrende til om mer behandling på kommunalt nivå gir bedre tjenester for brukerne. Haukelien et al. (2015:70) argumenterer for at når kommunene opplever økt ansvarsmengde, så trues kapasiteten i kommunene. Konsekvensene av dette kan være at produktiviteten må økes, terskelen for å få tilgang til tjenestene må heves, eller så må kvaliteten på tjenestene reduseres.

Hvis jeg skal tolke dette videre med bakgrunn i implementeringsteorien, så kan man tenke at helsepersonell som skal gi tjenester til pasienter, så vil tjenestene gjerne være preget av tjenesteutøverens personlige verdier når tjenesten gis. Når det også skal utøves skjønn, fordi det ikke er mulig å detaljstyre alle aspekter ved å gi tjenester på sykehjem, så kan denne utøvelsen av skjønn kunne forandre utfallet for pasientene som tjenesteyteren samhandler

med. En pasients opplevelse av om helsepersonell har mulighet til å følge opp brukerne, vil trolig ha flere dimensjoner. Haukelien et al. (2015:70) peker på at skille mellom helsepersonells personlige, profesjonelle og institusjonelle ansvar kan bli utydelig, og at dette igjen er med på å farge tjenesteyterens vurderinger av hvorvidt de gjør så godt de kan eller ikke. Jeg tenker at dette også kan farge tjenestemottakernes vurderinger av hvordan de opplever at de blir fulgt opp.

En rapport av Bratt et al. (2016) hadde 4945 respondenter (sykepleiere) som deltok i en undersøkelse gjennomført i mars i 2016. Respondentene skulle ta stilling til spørsmål om ulike sider ved kvaliteten på tjenesten de jobbet i. Et stort flertall ga uttrykk for at pasienter ikke ble tilstrekkelig aktivisert, og at sykepleierne hadde for liten tid til å følge med på endringer i hver enkelt pasients helsetilstand. I overkant av åtte av ti respondenter var delvis eller helt enige i at de måtte utføre arbeidsoppgaver under et stort tidspress, og omtrent halvparten svarte at de daglig eller ukentlig opplevde situasjoner der kravene til forsvarlighet ikke kunne møtes på grunn av for lite tid til hver enkelt pasient. Flere av de som deltok på undersøkelsen svarte at de i sin arbeidshverdag jobbet under et så stort tidspress at de ikke hadde mulighet til å gi tjenester som de selv mente var etisk og faglig forsvarlige.

Som jeg var inne på i kapittel 5.1.2 og 5.1.2 så kan både faglig kompetanse og den medisinske behandlingen være viktig for hvordan tjenestemottakere opplever kvaliteten på sykehjem. Når brukeren skal vurdere hvordan han eller hun blir fulgt opp på sykehjem, så er det nærliggende å tenke at alle dimensjonene som jeg har tatt for meg i diskusjonskapitlet, vil være med å påvirke tjenestemottakerens opplevelse. Dimensjonene henger sammen, men det er også viktig å se på dimensjonene hver for seg for å kunne danne seg et bilde av utfordringene.

Funnene fra innbyggerundersøkelsene som jeg har satt opp i en tidsseriegraf tabell 6, samt andres forskning, tyder på at samhandlingsreformen ikke har ført til bedre muligheter for helsepersonell til å følge opp pasienter. Jeg går ut ifra en antagelse om at dette igjen har påvirket pasienter på sykehjem når de skulle vurdere om hvordan de blir fulgt opp på sykehjemmet. Jeg mener derfor at hypotesen om at brukerne ikke opplever at helsepersonell har fått mer tid og/eller flere ressurser til å følge opp brukerne etter samhandlingsreformen, som bekreftet.

5.1.5 Brukerne opplever ikke at de har fått et mer helhetlig og tilpasset tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen

Mange innbyggere er avhengige av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Sammen med spesialisthelsetjenesten fungerer dette som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. Samarbeid mellom disse er derfor avgjørende for at pasienter skal få den helsehjelpen de har behov for og krav på. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp der de bor. Et uttrykt mål for reformen var da også rett behandling- til rett tid- på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste tilpasset den enkelte bruker (Forskningsrådet, 2016:17).

Men har samhandlingsreformen gjort tjenestene mer sømløse? Abelsen et al. (2014) viser til at utskrivningsklare pasienter skrives ut fra sykehuset for raskt. Dette, i tillegg til at det foreligger en del ulikheter blant helsepersonell i kommunene og i spesialisthelsetjenestene i synet på hvilken pasientinformasjon som er viktig, bidrar ofte til at kvaliteten på den informasjonen som følger med pasienten fra sykehuset tilbake til kommunen ofte er av dårlig kvalitet. Abrahamsen et al. (2017) peker også i sin studie på at liggetiden på sykehus har blitt kortere, noe som igjen har ført til flere pasienter som overføres til sykehjem. Økningen har ikke ført til flere sykehjems plasser, og det er registrert flere korridorpasienter på sykehjem, og mer bruk av dobbeltrom. Når alvorlige syke og gamle pasienter skal overflyttes fra ett nivå til et annet, så er det viktig med samarbeid mellom tjenestenivåene for at alvorlig syke og døende skal få god oppfølging og behandling. Allikevel rapporterer kommunene ifølge Abrahamsen et al. (2017) at sykepleiere i kommunehelsetjenesten rapporterer om et svekket samarbeid mellom tjenestenivåene etter at samhandlingsreformen ble innført. Det er også ofte slik, at den medisinske kompetansen i kommunene som oftest ikke blir involvert i vurderinger og beslutninger når behandlingsansvaret blir overført fra sykehus til kommunehelsetjenester. Hvordan kan dette påvirke pasientene og pasientenes opplevelse av et tilpasset tilbud i helse- og omsorgstjenestene?

Forskningsrådet (2016:30-32) sin evaluering av samhandlingsreformens effekt av et helhetlig forløp, viser at for en del pasienter ser det ut til at forløpet for de pasientene som har kommune-sykehus-kommune som forløp, har blitt mer oppstykket etter samhandlingsreformen. Interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har bidratt til at noen pasienter får mellomopphold før og etter sykehusinnleggelse. Disse pasientene er ofte

eldre og skrøpelige, og de kan være sårbare for forflytning og transport. Oppholdene er korte, og dette kan føre til at pasientene mister noe av kontinuiteten i behandlingen (eventuell rehabiliteringen). Hver forflytning krever henvisinger og epikriser, og har bidratt til mer byråkrati. Et overveiende flertall av fastlegene er ifølge Riksrevisjonen (2015 –2016) enige i at utskrivningsklare pasienter mange ganger blir skrevet ut for tidlig fra sykehus til kommunene. Når pasienter skrives ut fra sykehus for tidlig, er det utfordrende for kommunene å gi et tilbud til pasientene som er godt nok. Ofte er informasjonen fra sykehuset mangelfull, noe som igjen vil føre til at kommunen ikke greier å legge til rette for god nok oppfølging og behandling. Også Danielsen et al. (2018) rapporterer i sin studie om mange sykepleiere i kommunene som opplever at den informasjonen de fikk fra sykehusene, ofte ikke var god nok for å få en fullstendig forståelse for behovet til pasienten. Dette funnet samsvarer også med Helsetilsynets (2016) rapport fra 2015, hvor det ble avdekket alvorlige mangler i informasjonsoverføringen mellom sykehus og kommune. Dette kunne blant annet bestå i manglende eller mangelfull helsetilstand hos pasientene, legemiddelbruk og vurdering av pasientenes funksjonsevne.

Når jeg skal tolke dette videre med bakgrunn i organisasjonsteorien og implementeringsteorien, så minner jeg om at en forutsetning for at samhandlingsreformen skulle nå sine mål, var en av intensjonene at pasienter skulle få tjenester som var koordinerte og som var helhetlige. Samhandlingsreformen hadde også som mål at helsetjenestene i større grad skulle ytes i kommunene. Forutsetningene for å lykkes med reformen var at kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene i kommunene skulle være av god kvalitet, uansett hvem i deltjenestene ansvaret lå til. Samhandlingsreformen ble presentert som et effektivt redskap for å møte de utfordringene som helse- og omsorgstjenestene stod i, og jeg antar at samhandlingsreformen derfor skapte forventinger om en endring til det bedre, både for pasienter, for de som skulle yte tjenestene og for organisasjonene.

Det kan ut ifra funnene jeg her har pekt på, virke som om det fortsatt ikke er etablert en felles forståelse for hva samhandling innebærer. Helsepersonell i kommunene er avhengige av å kunne samhandle med helsepersonell på sykehus, fordi dette sannsynligvis vil påvirke resultatet av jobben som gjøres og hvordan pasienten opplever at han eller hun får et tilpasset tilbud. Det kan også virke som om det er et gap mellom hva det er viktig å samhandle om, fordi helsepersonell på sykehus og i kommunene handler ut ifra ulike perspektiver. Dette gjenspeiler seg blant annet i Helsetilsynets (2016) rapport som påpekte alvorlige mangler i informasjonsflyten når pasienter skulle skrives ut fra sykehus til kommunene. Det kan også

være slik, at samhandling er viktig for at kunnskapsutvikling skal skje. Forskningsrådet (2016) viser også til at det ser ut til at det er ubalanse mellom utnyttelsen av kunnskap og kompetanse i spesialisthelsetjenesten, og den kunnskapen og kompetansen som eksisterer i kommunene.

Funnene jeg har beskrevet og referert til i dette delkapittelet, samt funn fra innbyggerundersøkelsen (tabell 7), kan tyde på at samhandlingsreformen ikke har ført til bedre samhandling mellom tjenestenivåene og et mer tilpasset og helhetlige tilbud til pasientene, slik samhandlingsreformen la til grunn. Forskningsrådet (2016) konkluderer også i sin rapport om at det ser ut til at en del pasienter har fått forløp som har vært mer oppstykkende, og at målene om mer helhetlig behandling for pasientene fortsatt ikke er nådd. Jeg mener derfor at hypotesen om at brukerne ikke opplever at de har fått et mer helhetlig og tilpasset tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen, er bekreftet.

5.2 Oppsummering av diskusjon

Hypotese 2. Min hypotese her var som følger: Brukerne er mindre fornøyde med den medisinske behandlingen de fikk på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført. Samhandlingsreformen har ført til flere pasienter, og en økt gjennomstrømning av pasienter på sykehjem. Kommunene må utføre en større del av pasientbehandlingen i forhold til tidligere, og de må også kunne tilby behandling som de ikke har utført tidligere. Utviklingstrekkene har ført til behov for mer medisinsk rettet arbeid på sykehjem, noe som igjen har økt behovet for flere hender og økt behovet for mer kompetanse. Det har vært en økning i både legeårsverk og sykepleierårsverk de siste årene, men funn kan tyde på at dette ikke har vært tilstrekkelig. Spesialisthelsetjenesten har hatt for store forventinger til kommunene, mens sykepleiere og leger i kommunene på sin side opplever at sykehjemmene ikke alltid har hatt det riktige medisinsktekniske utstyret, eller kompetansen som behøver for å kunne utføre alle de nye oppgavene. Sykepleierne rapporterer om at Arbeidsmengden har økt uten at bemanningen er økt tilsvarende, og at de får mindre tid til helhetlige vurderinger. Dette kan trolig ha bidratt til å gi pasientene en følelse av at de ikke alltid får den vurderingen og behandlingen som trengs i tide, og at enkelte tilstander derfor får utvikle seg i negativ retning. Funn viser at det på sykehjem innlegges pasienter som har behov for mer ressurser og

en annen kompetanse enn hva sykehjem kan tilby. På bakgrunn av dette finner jeg derfor at hypotesen er bekreftet.

Hypotese 3: Brukerne opplever ikke at den nødvendige faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn. Studier tyder på at helsepersonell selv erkjenner at de mangler nødvendig kompetanse, og at sykehusene overvurderte kompetansen i kommunene. Sykepleiere i en studie beskriver at det er vanskelig å tilegne seg ny kunnskap og kompetanse, fordi dette ofte må gå på bekostning av daglig drift av sykehjemmet. Kompetanse er viktig, fordi det er selve grunnmuren i et profesjonsfelleskap. Min fortolkning er at funnene fra innbyggerundersøkelsene samsvarer med andres undersøkelser, og jeg mener derfor at hypotesen er bekreftet

Hypotese 4: Brukerne opplever ikke at helsepersonell har fått mer tid og/eller flere ressurser til å følge opp brukerne, etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn. samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn. Forskning tyder på at tidspress på sykehjem har blitt større som en følge av samhandlingsreformen. Helsepersonell må løse nye problemer, gjøre prioriteringer og bruker mer tid på administrativt arbeid. Dette går utover tjenesteyternes tid til pasientene, og kan følgelig påvirke den opplevde kvaliteten på tjenestene som ytes til pasientene. Måten helsepersonell leverer tjenestene på, kan både begrense og påvirke pasientenes liv og muligheter. Jeg mener derfor at hypotesen er bekreftet.

Hypotese 5: Brukerne som mottar tjenester på sykehjem opplever ikke at de har fått et mer tilpasset og helhetlig tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen. Brukerne som mottar tjenester på sykehjem opplever ikke at de har fått et mer tilpasset og helhetlig tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen. Kommunene beskriver det som utfordrende når pasienter skal overflyttes fra sykehus til kommuner, fordi samarbeidet oppleves som svekket. I tillegg rapporteres det om at pasienter blir skrevet ut fra sykehusene for tidlig, informasjonen fra sykehusene er ofte mangelfull, og dette fører til at helsepersonell i kommunene ikke greier å legge godt nok til rette for individuell oppfølging og behandling. Min tolkning er derfor at hypotesen er bekreftet.

Hypotese 1: Brukerne er mindre tilfredse med sykehjem etter implementeringen av samhandlingsreformen. Organisasjoner som leverer helsetjenester til innbyggerne har ofte en stor og viktig rolle i innbyggernes liv. Funn viser at kvaliteten på tjenestene som ytes på sykehjem er for dårlig. Denne hypotesen var vanskelig å besvare uten å se den i

sammenheng med de andre hypotesene, fordi hypotesen er ganske generell. Sett i sammenheng med funn fra innbyggerundersøkelsene, samt funn og forskning på de andre hypotesene mine, anser jeg hypotesen som bekreftet.

	Hypotese	Bekreftet	Ikke bekreftet
<i>H1</i>	Brukerne er mindre tilfredse med sykehjem etter implementeringen av samhandlingsreformen	x	
<i>H2</i>	Brukerne er mindre fornøyde med den medisinske behandlingen de fikk på sykehjem etter at samhandlingsreformen ble innført.	x	
<i>H3</i>	Brukerne opplever ikke at den nødvendige faglige kompetansen hos helsepersonell har blitt styrket etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn	x	
<i>H4</i>	Brukerne opplever ikke at helsepersonell har fått mer tid og/eller flere ressurser til å følge opp brukerne, etter innføringen av samhandlingsreformen, slik samhandlingsreformen la til grunn	x	
<i>H5</i>	Brukerne som mottar tjenester på sykehjem opplever ikke at de har fått et mer tilpasset og helhetlig tilbud etter innføringen av samhandlingsreformen	x	

Tabell 10: Oppsummering av oppgavens hypoteser

6 Avslutning

Denne studien viser at samhandlingsreformen har endret arbeidshverdagen til helsepersonell som jobber på sykehjem. Med utgangspunkt i gjennomsnittstall fra innbyggerundersøkelsene, finner jeg også at brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder sykehjem, i mindre grad er fornøyd med kvaliteten på tjenestene noen år etter at samhandlingsreformen ble satt i verk.

Kommunene har, etter samhandlingsreformen, tatt over en større del av pasientbehandlingen i forhold til tidligere. Dette er et utviklingstrekk som har ført til at helsepersonell på sykehjem ikke alltid har den nødvendige kompetansen og det nødvendige utstyret de behøver, for å kunne utføre alle de nye oppgavene. Behovet for å styrke kompetanse og grunnbemanning på sykehjem, virker å være stort. I tillegg virker samhandlingen mellom sykehus og kommune å ikke være godt nok. Pasienter som skrives ut fra sykehus til kommuner blir ofte skrevet ut for tidlig, og det er i tillegg en utfordring at mangelfull informasjon fra sykehuset når pasienten skrives ut til kommunen, er et gjentakende mønster. Dette er utfordrende, da det kan føre til at pasienter ikke får den behandlingen de behøver, eller at behandlingen de får kommer for seint eller er mangelfull. I tillegg opplever sykepleierne på sykehjem at de har fått mye ansvar, men at de har begrenset mulighet til å påvirke det arbeidet de er satt til å gjøre.

Helsepersonell opplever også at de ikke har tid til å følge opp pasientene, fordi de lider under et tidspress som følge av nye arbeidsoppgaver. De bruker mer tid på byråkrati og koordinering etter innføringen av samhandlingsreformen, og må i større grad enn før prioritere arbeidsoppgaver. Profesjonell kompetanse og kvaliteten på arbeidet som utføres, er nært knyttet til pasientens opplevelse av tilfredshet. Jeg legger til grunn at det det er sannsynlig at det er en sammenheng mellom helsepersonells opplevelse av effektene av samhandlingsreformen, og de ulike kvalitetsdimensjonene som pasienter på sykehjem skulle vurdere i innbyggerundersøkelsene. Jeg vil også trekke frem at det er grunner til å tro at svarene fra respondentene i innbyggerundersøkelsen, gjenspeiler faktiske forhold og mangler på sykehjem. Jeg anser med bakgrunn i dette, alle fem hypotesene som bekreftet.

Mine funn står også i samsvar med annen forskning på området, men det er i liten grad forsket på pasientenes opplevelse. Det er i stor grad helsepersonell og ledelse, både i kommunene og på sykehusene, som forteller om sin nye arbeidshverdag etter samhandlingsreformen. I mindre grad får vi innblikk i hva pasientene selv tenker og forteller. Min vurdering er at pasientenes opplevelser, og muligheter til medvirkning i helsehjelpen som gis, burde blitt studert ytterligere. Dette er fordi de som berøres av en beslutning også må få mulighet til å påvirke i beslutningsprosessene, og få innflytelse på de tjenestene som tilbys. Det vil være en styrke med økt kunnskap fra brukergrupper. Det kan også være et viktig ledd i å forebygge sosiale helseforskjeller, og kan bidra til legitimitet i brukergruppene og blant innbyggerne for øvrig.

Ovennevnte avsnitt kan også være en svakhet ved oppgaven, fordi det i liten grad er forsket på hvordan pasientene på sykehjem opplever kvaliteten tjenestene ved sykehjem etter innføringen av samhandlingsreformen. Når jeg tok utgangspunkt i innbyggerundersøkelsen, måtte jeg derfor i stor grad støtte meg på forskning som forteller meg hva helsepersonell selv rapporterer, og legge til grunn at helsepersonells opplevelser samsvarer med det brukerne har svart på innbyggerundersøkelsene. Allikevel mener jeg at denne undersøkelsen bidrar til å kaste lys over utfordringene i en kompleks virkelighet, men oppgaven viser også at selv om intensjonene i samhandlingsreformen var gode, så har vi ikke fortsatt ikke nådd målene i samhandlingsreformen.

Referanser

Abelsen, Birgit, Gaski, Margrete, Nødland, Svein Inge og Anna Stephansen (2014): Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. *Rapport IRIS – 2014/382*. Tilgjengelig fra: <https://pensjonistforbundet.no/nyhet/download/1432-fa56c31975f51425b01f1ee35890994d.pdf> (hentet 02.05.2020).

Abrahamsen, Jenny, F., Bruvik, Frøydis og Jorunn Drageset (2017): Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning 2017; 12*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/fra-sykehus-til-sykehjem> (hentet 14.05.2020).

Ambugo, Eliva, Førland, Oddvar, Melby, Line og Gudmund Ågotnes (2019): Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. *Senter for omsorgsforskning rapportserie Nr. 3/2019*. Tilgjengelig fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2596428/Rapport%2003_19_web-Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y (hentet 14.05.2020)

Bratt, Christopher, Gautun, Heidi, Øien og Henning Øien (2016): Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. *NOVA Rapport 6/16*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3031861/cache=1471416675000/Web-utgave-NOVA-Rapport-6-16.pdf#page10> (hentet 10.05.2020).

Brunson, Nils (2009): *Reform as routine. Organizational change and Stability in the Modern World*. New York: Oxford University Press

Busch, Tor, Erik Johansen, Kurt Klaudi Klausen og Jan Ole Vanebo (2015): *modernisering av offentlig sektor. Treender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget

Christensen, Tom. & Lægreid, Per. (2019): *Coordinating quality in central government – the cas of Norway*. *Public Organization Review*, first online. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11115-018-00434-0>

Christensen, Tom, Mortene Egeberg, Per Lægreid, Paul G. Roness & Kjell Arne Røvik (2015) *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget

Christensen, Tom og Lægred, Per (2002): *Reformer og lederskap*. Omstilling i den utøvende makt. Oslo: Universitetsforlaget

Danielsen, Kjersti, Nilsen, Elin og Terje Emil Fredwall (2018): En oppsummering av kunnskap. Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom. *Omsorgsbiblioteket*. Tilgjengelig fra: https://eur03.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fomsorgsforsking.brage.unit.no%2Fomsorgsforsking-xmllui%2Fbitstream%2Fhandle%2F11250%2F2449882%2Fpasientforl%25C3%25B8p%2520for%2520eldre%2520med%2520kronisk%2520sykdom_ID2018.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&data=02%7C01%7C%7Cdf1864d0b64a417b370708d7fe7201d3%7C84df9e7fe9f640afb435aaaaaaaaaaaa%7C1%7C0%7C637257637911556476&sdata=hWEutDDUgfwNkzvSN1qdhDXmznYEQTYI%2Be2IGIfq6Cg%3D&reserved=0 (hentet 11.05.2020).

Davies, P.G., D. Perkins, J. McDonald og A. Williams (2009): Intergrated Primary Health care in Australia. *International Journal of Integrated Care*, 9: e95

Debesay, Jonas og Paul A. Kilie (2016): Sykepleieres erfaring med samhandlingsreformen ved korttidsavdelinger på sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning nr. 2-2016*, 2. årgang. Tilgjengelig fra: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/download/4052/3817/> (hentet 12.05.2020)

Debesay, Jonas (2012): *Omsorgens grenser: en studie av hjemmesykepleieres rammebetingelser i pleie av og omsorg for etniske monoritetspasienter*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus

Den Norske Legeforening (2012): Flere leger i sykehjemmene. *Policynotat nr. 8/2012*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6330f7464ab747f8aeae3b8f41d1f519/flere-leger-i-sykehjemmene.pdf> (hentet 17.04.2020).

Difi (2010): *Innbyggerundersøkelsen 2010*. Tilgjengelig fra: <https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport-2010-14-innbyggerundersokelsen-del-2.pdf> (hentet 03.04.2020).

Difi (2013): *Innbyggerundersøkelsen 2013*. Tilgjengelig fra: <https://www.difi.no/sites/difino/files/difi-rapport-2013-7-innbyggerundersokelsen-hva-mener-brukerne.pdf> (hentet 03.04.2020).

Difi (2015): *Innbyggerundersøkelsen 2015*. Tilgjengelig fra: <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015>(hentet 03.04.2020).

Difi (2017): *Innbyggerundersøkelsen 2017*. Tilgjengelig fra <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/om-undersokelsen>(hentet 03.04.2020).

Difi (2015(b)): *Sykehjem*
https://www.difi.no/sites/difino/files/innbyggerundersokelsen_2017 Brukerdel sykehjem.pdf (hentet 03.03.2020)

Difi (2017(b)): *Sykehjem*
https://www.difi.no/sites/difino/files/innbyggerundersokelsen_2017 Brukerdel sykehjem.pdf (hentet 03.04.2020).

DiMaggio, Paul J. og Powell, Walter w. (1983): The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48 (2): 147-160

Durkheim, Emile (1982): *The rule of sociological method and selected texts on sociology and its methods*. London: Macmillan

Fallan, Lars og Pettersen, Inger Johanne (2010): Mål og mening? – om styringsdilemmaer i offentlig sektor. *Praktisk økonomi og finans* 01/2010 (volum 26)

Forskningsrådet (2016): *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf> (hentet 06.05.2020).

Gjevjon, Edith Ruth, Heggebø, Kristian, Ugreninov, Elisabeth og Janikke Solstad Velder (2017): Konsekvenser av sykepleiermangel i kommunene fra et pasient – og pårørendeperspektiv. *Nova-rapport nr. 7/17*. Tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/Content/3545405/cache=20171809144820/NOVA-Rapport-7-17-Konsekvenser-av-sykepleiermangel-i-kommunene-web.pdf> (hentet 21.05.2020).

Grimen, H. og Molander, A. (2008): Profesjon og skjønn. I *profesjonsstudier*, red.A. Molander og L.I. Tennum. Oslo: Universitetsforlaget.

Grimsmo, Anders, Kirkhoff, Ralf og Turid Aeseth (2015): Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*. Volum 17:3-12. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/liggedager-og-reinnleggelser-for-utskrivningsklare-pasienter-2012-17/2018-5%20Liggedager%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202012-2017.pdf/_attachment/inline/effde34f-fd1f-40a4-9714-6821c983cdbe:126080ba620f8f9f255e504942d6ecff2fdb5d07/2018-5%20Liggedager%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202012-2017.pdf (hentet 10.05.2020).

Hasenfeld, Yeheskel (1992): *Human services as complex organizations*. Newbury Park, California: Sage Publications Ltd.

Haukelien, Heidi, Vike, Halvard, og Bakken, Runar (2009): *kompetanse og faglig infrastruktur i helse – og omsorgstjenestene. Evaluering av prosjektet Etter – og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Tilgjengelig fra: <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2439293/1643.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (hentet 21.05.2020).

Haukelien, Heidi, Vike, Halvard og Ingvild Vardheim (2015): *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse – og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer*. Tf – rapport nr. 362. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/2621976/Samhandlingsreformens%20konsekvenser%2017%2008.pdf> (hentet 16.05.2020)

Hasenfeld, Yeheskel (2010): *Human services as complex organizations*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.

Harrison, D.A., Price K.H., Gavin J.H og Florey A.T (2002): *time, teams and task performance: Changing effects of surface- and deep-level diversity on group functioning*. *Academy of Management Journal*, 45 (5).

Helsedirektoratet (2018): *Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2012-2017*. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/liggedager-og-reinnleggelser-for-utskrivningsklare-pasienter-2012-17/2018-5%20Liggedager%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202012-2017.pdf/_attachment/inline/effde34f-fd1f-40a4-9714-6821c983cdbe:126080ba620f8f9f255e504942d6ecff2fdb5d07/2018-5%20Liggedager%20og%20reinnleggelser%20for%20utskrivningsklare%20pasienter%202012-2017.pdf (hentet 09.05.2020).

Helsedirektoratet (2019): *Stor variasjon på kommunale helse – og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/stor-variasjon-i-kvalitet-pa->

[kommunale-helse-og-omsorgstjenester#stor-variasjon-paa-sykehjem](#) (hentet 17.05.2020).

Helsetilsynet (2016): Informasjonen var ofte mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. *Rapport fra helsetilsynet 1/2016*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/informasjonen-var-mangelfull-og-kom-ofte-for-sent-oppsummering-av-landsomfattande-tilsyn-i-2015/> (hentet 02.04.2020).

Hoffmann, Fredrik (2002): 30 års sykehusreformer – mer helse og bedre styring? *Nytt Norsk Tidsskrift* 01/2002 (volum 19)

Hume, David (1983): *An Inquiry Concerning Human Understanding*. Indianapolis: Bobbs-Merrill

Hupe, Peter og Hill, Michael (2014): *Implementing Public Policy*. London: Sage Publications Ltd.

Hupe, Peter, Hill, Michael og Buffat, Aurelien (2015): *Understanding Street-Level Bureaucracy*. Bristol: Policy Press

Hume, David (1983): *an inquiry Concerning Human Understanding*. Indianapolis: Bobbs-Merrill

Jacobsen, Dag Ingvar (2015): *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Keiser, L.R, Wilkins, V., Meier, K. And Holand, C. (2002): Lipstick and logarithms: gender, identity, and representative bureaucracy, *American Political Science Review*, vol 96, no 3.

Kyrkjebø, Dagrund, Råholm, Maj-Britt og Bente Egge Søvde (2017): Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien Forskning 2017:12*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiarkompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-fagleg-oppdatering> (hentet 17.05.2020).

Lipsky, M. (1980): *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York, NY: Russell Sage Foundation

Lipsky, M. (2010): *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. (30th anniversary expanded edn)*. New York, NY:Russell Sage Foundation

May, Peter J. (2012): Policy Design and Implementation. In *the SAGE handbook of public administration*. London: Sage Publications Ltd, online. DOI:
<http://dx.doi.org/10.4135/9781446200506.n18>

Mazmanian, D.A. & Sabatier, P.A (1981): *Effective Policy Implementation*. Lexington, KY: Lexington Books

Meld.St. 16, (2010 – 2011): *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 –2015)*. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
(hentet 12.03.2020).

Meyers, Marcia K. & Nielsen, Vibeke Lehman (2012) Street-level Bureaucrats and the implementation and Public Policy in The SAGE handbook of Public administrations. London: SAGE Publications Ltd, online. DOI:
<http://dx.doi.org/10.4135/9781446200506.n20>

Mintzberg, H. (1979): *The structuring of organisations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Moses, Jonathon W., og Knutsen, Torbjørn L. (2012): *Ways of knowing. Competing Methodologies in Social and Political Research*.England: Palgrave Macmillan

Mæhre, Kjersti Sunde (2017): *Pasienter, pårørende og sykepleiere sine erfaringer fra en forsterket sykehjemsavdeling etter samhandlingsreformen*. Ph.d. i studier av profesjonspraksis//nr.17-2017 tilgjengelig fra: <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2488549/Mahre.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (hentet 17.05.2020)

NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste*. – Helsetilsynets høringsuttalelse. Hentet 09.03.2020 fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/?ch=1>

Nortvedt, P. (2006): Etisk teoridebatt – forholdet mellom lojalitet og rettferdighet i helsefag. I: Slettebø, Å og Nortvedt, P. *Etikk for helsefagene*.Oslo: Gyldendal Akademiske

Nyeng, Frode (2004): *vitenskapsteori for økonomer*. Trondheim: Abstrakt forlag

Nyeng, Frode og Wennes, Grete (2006): *Tall, tolkning og tvil*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag

Nødland, Svein Inge og Rommetvedt, Hilmar (2019): Samhandlingsreformen i helsevesenet: statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 02/2019 (Volum 60)

O'Toole, Laurence J. (2012): interorganizational Relations and Public Implementation In *The SAGE handbook of public administration*. London: Sage Publications Ltd, online. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446200506.n19>

Oliver, Richard L (2010): *Satisfaction. A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: Routledge

Orvik, Arne (2004): *Organisatorisk kompetanse: i sykepleiefag og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag

Parsson, Talcott og Smelser, Neil (1984): *Economy and society. A study in the intergration of Economic and Social Theory*. London: Routledge.

Popper, Kart R. (1989): *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. London: Routledge

Riksrevisjonen (2015-2016): *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen*. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2015-2016/samhandlingsreformen.pdf> (hentet 12.04.2020).

Ringdal, Kristen (2014): *Nærhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3. utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rolland, Asle (2005): *Brukertilfredshet som offentlig styringsverktøy*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå

Rommetvedt, H. (2017): *Politikkens allmenngjøring. Stortinget, forvaltningen og de organiserte interessene i et nypluralistisk demokrati*. Bergen: bokforlaget

Romøren, Tor Inge (2011): Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på helsereform. *Tidsskrift for Nordisk Sygepleieforskning* 01/2011 (volum 1)

St.Meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen – Rett behandling -på rett sted – til rett tid*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1> (hentet 20.08.2019).

Statistisk Sentralbyrå: *legeårsverk I kommunale helse - og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/list/helsetjko/> (hentet 15.05.2020)

Statistisk Sentralbyrå (b): *Sjukeheimar, heimetenestar og andre omsorgstenester*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/12293/> (hentet 15.05.2020).

Winter, Søren C. og Nielsen, Vibeke Lehmann (2008): *implementering af politik*. Aarhus: Hans Reitzels forlag

Winter, Søren C. (2012): *Implementation Perspectives: Status and Reconsideration: The SAGE handbook of public administration*. London: Sage Publications Ltd, online. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446200506.n17>

