

Prosjektintern rapport – Uni Rokkansenterets bidrag til prosjektet «Slagbehandlingskjeden Bergen»

Kari Ludvigsen • Simon Neby



uni Rokkansenteret

Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier

**Notat
9- 2012**

Uni Rokkansenteret, Stein Rokkan senter for flerfaglige samfunnsstudier, har en todelt publikasjonsserie. Publikasjonsserien redigeres av et redaksjonsråd bestående av forskningsdirektør og forskningsledere.

I rapportserien publiseres ferdige vitenskapelige arbeider, for eksempel sluttrapporter fra forskningsprosjekter. Manuskriptene er vurdert av redaksjonsrådet eller en fagfelle oppnevnt av redaksjonsrådet.

Det som utgis som notater er arbeidsnotater, foredrag og seminarinnlegg. Disse godkjennes av prosjektleder før publisering.

ISSN 1503-0946

Uni Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 Bergen
Tlf. 55 58 97 10
Fax 55 58 97 11
E-post: rokkansenteret@uni.no
<http://rokkan.uni.no/>

Prosjektintern rapport – Uni Rokkansenterets bidrag til prosjektet «Slagbehandlingskjeden Bergen»

KARI LUDVIGSEN

SIMON NEBY

STEIN ROKKAN SENTER FOR FLERFAGLIGE SAMFUNNSSTUDIER

UNI RESEARCH AS, BERGEN

OKTOBER 2012

Notat 9 – 2012

Innhold

ABSTRACT	3
SAMMENDRAG	4
PROSJEKTINTERN RAPPORT – UNI ROKKANSENTERETS BIDRAG TIL PROSJEKTET «SLAGBEHANDLINGSKJEDEN BERGEN»	5
Metodisk tilnærming.....	6
Mer om slagbehandlingsskjeden i Bergen	7
ETABLERINGEN AV SLAGBEHANDLINGSPROSJEKTET: DELTAGERNES ERFARINGER.....	9
Initieringsfasen	9
Prosjektets oppstart.....	11
ORGANISATORISKE ERFARINGER OG UTFORDRINGER	13
Prosjektets sammensatte målsetning.....	13
Kompleksiteten i prosjektets organisering	14
Team som arbeidsform	16
Forholdet til pasientene	18
Prosjektet og omgivelsene	18
Prosjektets framtid.....	19
SLAGBEHANDLINGSKJEDEN SOM SAMHANDLINGSTILTAK	21
Pasienten som organisatorisk prinsipp.....	22
Rollefordelingen mellom stat og kommune.....	24
Informasjon og kommunikasjon, helhet og fragmenter.....	26
AVSLUTNING	27
LITTERATUR	29
Kildemateriale	30

Abstract

This report is written as the authors' formal contribution to a larger project on a new form of treatment and rehabilitation for stroke patients in Bergen. Our contribution investigates the organizational aspects of the Helse Bergen project labeled «The Bergen stroke treatment chain». The Helse Bergen project investigates the potential medical benefits of reorganizing the relationship between specialized services and municipal services, as several levels of healthcare are involved in the «stroke treatment chain». The core idea of the project is that discharging patients from hospital at an early stage and returning them to home or intermediate care may benefit the patients more than keeping them hospitalized: The hypothesis being that the sooner patients start rehabilitation and return to a more normal situation, the better the prospects for full recovery. This approach entails quite a few organizational challenges, however, as there still is a need for rehabilitation and care services. One particular aspect of these reorganizations of patient flow is the use of different teams to follow up on patients. This report investigates and discusses two organizational aspects of the project: Firstly, the organization and development of the actual project, where research ideas guided the organizational principles in use, and, secondly, the role of the introduced organizational measures seen towards a backdrop of coordination for better services in a more general setting. We find that the project as such seems to have been quite successful (in organizational terms, not considering the actual research results), and that the measures chosen accentuate some of the more central dimensions of cooperation between formal organizational levels in health care – not least as patient movement is set at the core of such reorganization efforts. One of the more interesting aspects is the opening for defining patient needs as input to organizational change; making the organization adapt to the patients, instead of adapting the treatment of a patient to the organizations at hand.

Sammendrag

Dette notatet er forfatterens bidrag til et større prosjekt om nye måter å behandle og rehabilitere slagpasienter i Bergen. Helse Bergens prosjekt om slagbehandlingsskjeden undersøker den medisinske nytten av å reorganisere forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten med hensyn til behandling av slagpasienter, der flere nivåer i helsetjenesten er inkludert i behandlingsskjeden. Den sentrale ideen er at utskriving av pasienter fra sykehus på et tidligere tidspunkt, hurtig oppstart av rehabilitering og etablering av en mer «normal» situasjon er til større fordel for pasientene enn et utvidet sykehusopphold. Hypotesen er at jo tidligere pasienten starter rehabilitering og returnerer til en normal livssituasjon, jo større er sannsynligheten for at pasienten blir helt frisk. Denne tilnærmingen innebærer konkrete organisatoriske tiltak, ettersom det uansett er et behov for rehabilitering og behandling. Et sentral aspekt ved disse organisatoriske tiltakene rettet mot pasientbevegelser, er bruken av ulike former for teamorganisering når pasienten skal følges opp. Notatet undersøker og diskuterer i hovedsak to sider ved dette: For det første tar vi for oss organiseringen og utviklingen av selve prosjektet, der det medisinske forskningsdesignet hadde direkte konsekvenser for organiseringen av slagbehandlingen. For det andre diskuterer vi de konkrete organisatoriske valgene mot et mer generelt bakteppe knyttet til samhandlingsproblematikk. Vi finner at selve slagbehandlingsskjeden har vært godt organisert og forankret, selv om det fantes en del praktiske og prinsipielle utfordringer underveis. De organisatoriske valgene reflekterer i høy grad generelle spenningsforhold i samhandling mellom helsetjenestenes nivåer – ikke minst når pasientbevegelser settes i fokus for de involverte organisasjonenes arbeid. Et av de mer interessante momentene i denne diskusjonen er hvordan pasientenes behov kan ses som input til beslutninger om organisatorisk endring – når organisasjonene skal tilpasses pasientene, i stedet for at behandlingen av pasientene er avhengig av eksisterende organisatoriske løsninger.

Prosjektintern rapport – Uni Rokkansenterets bidrag til prosjektet «Slagbehandlingskjeden Bergen»

Denne rapporten er basert på et kvalitativt orientert delprosjekt som Uni Rokkansenteret har utført i tilknytning til Helse Bergens NFR-finansierte prosjekt «Slagbehandlingskjeden – Bergen. Et samarbeidsprosjekt mellom 1. og 2. linjetjenesten. En prospektiv randomisert kontrollert studie». Delprosjektet har hatt et omfang på to månedersverk. Prosjektet er i hovedsak et medisinsk orientert forskningsprosjekt, men omfatter organisatoriske tiltak og problemstillinger som har en mer samfunnsvitenskapelig forankring, så som ulike prinsipper og modeller for organisering av arbeid, forhold mellom ulike forvaltningsnivå i helsetjenesten, og ikke minst spørsmålet om samhandling.

Uni Rokkansenterets rolle i slagbehandlingsprosjektet har vært å bidra til å konkretisere erfaringene fra prosjektet når det gjelder de organisasjonsmessige sidene ved tjenestene som ble etablert. Det var et uttalt ønske om et tilfang til de konkrete organisatoriske endringene hentet fra et statsvitenskapelig/organisasjonsteoretisk ståsted. I denne rapporten vil vi forsøke å «føre tilbake» kunnskap til prosjektets eiere og deltakere. Rapporten er ment som et innspill til prosjektgruppen, og bærer preg av dette. I hovedsak er den disponert rundt to tema, der det første angår selve prosjektet og det andre er knyttet til en bredere diskusjon om samhandling ut fra erfaringene med slagehandlingsprosjektet.

I slagbehandlingsprosjektet undersøkes den medisinske nytten av konkrete samhandlingstiltak, der tiltakene er basert på et sett antakelser om hvordan ulike organisatoriske grep fundert i tankegang om medisinsk intervensjon får utslag for kvaliteten i behandlingen og resultatene av denne. I behandlingen av slagpasienter går det et skille mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste som er av både organisatorisk og medisinsk betydning, fordi det medisinske ansvaret for slagpasienter er delt mellom disse to organisatoriske nivåene – avhengig av hvor i behandlingsprosessen pasienten befinner seg. Det betyr at det i en del sammenhenger er glidende overganger mellom det som er «prosjekt», det som er «samhandling» og det som er «behandling». For Uni Rokkansenteret er det slik at det er de organisatoriske valgene som har stått i fokus, med hensyn til både de prosjektspesifikke delene av oppdraget og de mer generelle samhandlingsorienterte spørsmålene.

Et av de mer interessante aspektene ved nettopp dette prosjektet er hvordan det favner om flere ulike sider ved samhandling og pasientbehandling: Prosjektet omfatter et forskningsprosjekt i form av en randomisert kontrollert studie der effektene av gitt intervensjon overfor en bestemt pasientgruppe måles opp mot kontrollgrupper. Intervensjonen innebærer samtidig bruk av organisatoriske virkemidler, og disse virkemidlene synliggjør betydningen av organisering både for effekten av pasientbehandling og for helsetjenestenes ansatte. Slagbehandlingskjeden, slik den

defineres i dette prosjektet, er dermed et medisinsk virkemiddel med organisatorisk basis. I praksis knyttes et medisinsk vitenskapelig forskningsprosjekt sammen med organisatoriske utviklingsprosesser i spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste.

Slagbehandlingsskjeden i Bergen er et sammensatt prosjekt, både med hensyn til målsettinger, deltakere, finansieringskilder og samarbeidspartnere. Prosjektet har slik en unik og kompleks karakter, noe som gjør det relevant å studere erfaringene knyttet til initiering og etablering av prosjektet så vel som erfaringer med å organisere tjenestetilbud på tvers av nivåer, enheter og faggrupper for å styrke behandlingen av en pasientgruppe. Prosjektet representerer et tiltak for å styrke samhandling i helsetjenesten og har dermed en viktig komponent knyttet til organisasjonsutvikling. Samtidig bygger det på en forskningskomponent i form av et randomisert, kontrollert forsøk. I rapporten vil også utfordringer knyttet til nettopp denne karakteren ved prosjektet også bli vurdert.

Et poeng som bør understrekes allerede innledningsvis, er at en del av de utfordringene, spenningene eller problemene som vi i det følgende vil beskrive, ikke trenger å innebære store vanskeligheter verken for selve prosjektet eller for samhandling mer generelt. Selv om vi har identifisert en del slike problemstillinger, er mange av dem håndterbare både i daglig virke og mer prinsipielt. Ingen av disse problemstillingene ser ut til å være avgjørende for prosjektets suksess, men de kan likevel fungere som pekere til tema og faktorer som er av relevans i evalueringssammenheng, for framtidige prosjekter, for utarbeidelse av mer permanente samhandlingstiltak og lignende. Videre fungerer de som nyttige illustrasjoner av forhold som er relevante for samhandlingstematikk i helsetjenestene: Det er like mye å lære av relativt vellykkede tiltak som av de mer problematiske.

De overordnede tilnærmingene til de empiriske undersøkelsene som er foretatt i dette prosjektet, har vært knyttet til a) en kartlegging av hvilke organisatorisk relevante tiltak som faktisk har vært inkludert i prosjektet, b) en tentativ identifisering av relevante spenningsforhold, utfordringer, problemer på den ene siden, og c) koblinger til samhandlingsproblematikk generelt på den andre.

Metodisk tilnærming

Undersøkelsene som denne interne rapporten bygger på er i hovedsak semistrukturerte intervjuer med prosjektdeltakere og prosjektansvarlige. Intervjuene tok utgangspunkt i en felles intervjuguide. Det ble i intervjusituasjonen vektlagt å finne en balanse mellom å 1) forsøke å finne sammenlignbar informasjon, og 2) la informantene selv vektlegge de aspektene som de opplevde som sentrale. Til sammen er ti personer intervjuet. To av disse ble intervjuet enkeltvis, de øvrige i grupper på to eller tre informanter. Blant informantene er prosjektledelse, medlemmer av prosjektets styringsgruppe, ansvarlige for prosjektet i kommunen og spesialisthelsetjenesten samt deltakere i innsatsteam og ambulant team. Intervjuene hadde alle en varighet på om lag en til halvannen time.

Innledningsvis ble det spurt om bakgrunnsinformasjon, slik som stilling, arbeidsområde, hvor lenge informantene hadde vært tilknyttet prosjektet, rollefordeling og lignende. Tema i intervjuguiden var knyttet til to hovedområder; prosjektets initiering og erfaringer med gjennomføringen. Begge disse områdene har vært viktige for Uni

Rokkansenterets todelte målsetting om å formidle informasjon tilbake til prosjektets deltakere og om å undersøke slagbehandlingsprosjektet som en mer caseorientert studie av samhandling.

I tillegg har vi benyttet en del dokumentasjon og bakgrunnsmateriale knyttet til prosjektet og samhandlingsproblematikk i sin øvrighet; dette omfatter notater fra møter, prosjektbeskrivelser, offentlige kilder fra kommune, helseforetak eller politiske beslutningstakere. Rapportutkast er forelagt sentrale informanter for kvalitetssikring, blant annet for å sikre at formelle opplysninger stemmer. I rapportens andre del har vi tillegg trukket veksler på sekundærlitteratur om samhandling, organisering av helsetjenester, offentlig sektor og endringsprosesser. I denne andre delen var ambisjonen å knytte erfaringene fra slagbehandlingsprosjektet an til mer generelle tema knyttet til samhandling.

Innfallsvinkelen til datainnsamlingen var grunnleggende utforskende, i den forstand at det var viktigere å få fram informasjon som var relevant for slagbehandlingsprosjektet enn, eksempelvis, å undersøke hypoteser eller gitte teoretiske sammenhenger. Denne tilnærming preger også dette notatet, der den mer empiriske beskrivelsen følges av en utforskende diskusjon av tema som kan være relevant for samhandlingsorienterte tiltak.

Mer om slagbehandlingskjeden i Bergen

Slagbehandlingskjeden i Bergen tar sikte på å styrke pasientforløpet i slagbehandlingen, gjennom utvikling av nye samarbeids – og organisasjonsformer. Det er et sammensatt prosjekt som har røtter i langvarige prosesser både i helseforetak og kommunal sektor.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen HF, Bergen kommune og Universitet i Bergen (Institutt for samfunnsmedisinske fag (ISF), forskningsgruppen for fysioterapi).

Overordnet målsetning er å etablere en sammenhengende rehabiliteringskjede fra spesialisthelsetjenesten til sykehjem, dagtilbud og tiltak i eget hjem, særlig for slagpasienter (Prosjektskisse Helse Bergen HF). Kort kan man beskrive prosjektet som bestående av to komponenter: Den ene er et forsknings- og utviklingsprosjekt med utgangspunkt i slagenheten og nevrologisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus, og den andre er et utviklingsprosjekt forankret i Bergen kommune. De to delene av prosjektet forutsetter hverandre og er til dels nært sammenflettet gjennom formelle avtaler og utvikling av modeller for samarbeid.

Den forskningsmessige delen av prosjektet omfatter forsøk med en sammenhengende behandlingkjede, der man systematisk analyserer effektene for den enkelte pasient i en randomisert, kontrollert studie. Forskningsprosjektet bærer navnet «Slagbehandlingskjeden – Bergen. Et samarbeidsprosjekt mellom 1. og 2. linjetjenesten. En prospektiv randomisert kontrollert studie». I Helse Bergen HF er de kliniske avdelingene Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) og nevrologisk avdeling involvert i prosjektet sammen med tre avdelinger knyttet til Medisinsk servicedivisjon: Fysioterapiavdelingen, Ergoterapiavdelingen og Logopedtjenesten. Forskningsdelen av prosjektet Slagbehandlingskjeden i Bergen ledes fra AFMR i samarbeid med nevrologisk avdeling i Helse Bergen HF, og prosjektleder er dr.med. Jan Sture Skouen, som er seksjonsoverlege ved AFMR, forsker ved Regionalt

kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, og professor ved UiB. Skouen er også hovedveileder for stipendiat i prosjektet, overlege og spesialist i nevrologi Håkon Hofstad. Medveileder er overlege dr.med. Halvor Næss ved Nevrologisk avdeling.

Utviklingsarbeidet omfatter utprøving av en organisasjonsmodell der et ambulant team knyttet til Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Haukeland Universitetssykehus fungerer som brobygger mellom 1. og 2. linjetjenesten. Utviklingsprosjektet på kommunalt nivå har som mål å skaffe erfaring med dagrehabilitering og oppsøkende rehabilitering i hjemmet ved hjelp av et kommunalt innsatsteam i samarbeid med ordinære tjenester. I tillegg ønsker man å utvikle et mer komplett behandlingstilbud i kommunen. Kommunen arbeid har fra initieringen vært forankret i en ressursgruppe som både hadde ansvar for planlegging og en støtte- og evalueringsfunksjon underveis i prosjektet. Gruppen består av en overlege, to ledere av Ergo- og fysioterapitjenestene, samt en rådgiver fra Byrådsavdeling for helse- og omsorg.

Prosjektet har en sammensatt finansiering. Det mottar midler via en rekke ulike kilder, blant annet Norges Forskningsråd, Helsedirektoratet og Helse Vest. Stipendet er finansiert fra NFR, andre offentlige midler omfatter kr 750 000 fra Helsedirektoratet og kr. 300 000 fra Helse Vest. Prosjektet har også mottatt kr. 500 000 i støtte fra Stiftelsen Sofies Minde.

Prosjektet ble initiert i løpet av 2006, og er delvis basert på en tankegang fra et lignende prosjekt i Trondheim, der forsøk med tidligst mulig utskrivning og en mer strukturert oppfølging ga lovende resultat i behandlingen av slagpasienter. Forskningsprosjektet tar sikte på å studere resultatene ved tidlig utskrivning med tett oppfølging etter slag, såkalt Early Supported Discharge (ESD), og sammenlikner resultatene av rehabilitering etter ulike modeller. Selve studien gjennomføres som en randomisert, kontrollert studie, der det inkluderes tre ulike pasientforløp; to intervensjonsforløp og et kontrollforløp. Pasientene i intervensjonsforløpene skal i utgangspunktet skrives tidlig ut fra sykehus og gis god støtte – de følges tett av et ambulant team den første tiden etter innleggelse og utskrivning, før et kommunalt innsatsteam overtar ansvaret for mer intensiv rehabilitering. De to intervensjonsforløpene er ulike i den forstand at den ene gruppen pasienter får behandling med utgangspunkt i hjemmet, mens den andre tar utgangspunkt i daginstitusjon. Begge gruppene følges opp av ambulant team i 5 uker etter utskrivning fra sykehus. I tillegg gis det systematisk tverrfaglig poliklinisk oppfølging ved 3 og 6 måneder etter inklusjon. Kontrollgruppen får det samme tilbudet som slagpasienter normalt får i norsk helsetjeneste, uten at det settes inn spesielle tiltak. Pasientene evalueres systematisk på ulike tidspunkt med en rekke definerte måleinstrumenter. I tillegg innhentes data fra eksterne kilder for å få informasjon om hvordan det går med de inkluderte pasientene (Prosjektbeskrivelse, NFR 2009). Alle slagpasienter som innlegges i Nevrologisk avdeling ved Haukeland Universitetssykehus vurderes for inklusjon i studien etter fastlagte kriterier. Inkluderingen startet i desember 2008 og varte ut året 2011.

Arbeidsdelingen og de organisatoriske løsningene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er et av de springende punktene i prosjektet. Tidlig utskrivning fra sykehus til rehabilitering forutsetter koordinering av tjenester mellom sykehus og

kommunale tjenester, og krever en ny form for oppfølging av pasientene i kommunenes «ende» av behandlingsskjeden. Slik blir kommunal innsats en forutsetning for gjennomføringen av behandling og rehabilitering av slagpasienter, og spesialisthelsetjenestens og kommunehelsetjenestens arbeid framstår mer integrert. Prosjektet omfatter flere organisatoriske grep for å oppnå dette, og det er erfaringene knyttet til slike organisatoriske aspekter ved prosjektet denne delrapporten skal se nærmere på.

Etableringen av slagbehandlingprosjektet:

Deltagernes erfaringer

En av bestillingene til Uni Rokkansenterets del av prosjektet var en kartlegging av de ulike fasene prosjektet har gått gjennom. Vi har antatt at bakgrunnen for prosjektet, målsettingen og rammene det ble satt i verk innenfor kan prege prosjektets utvikling, organisering og virkemåte, og innvirke på forhold ved gjennomføringen, eksempelvis ulike deltakeres involvering, arbeidsdeling, kommunikasjon og organisatorisk forankring i de enhetene som skal samarbeide om tiltakene. Spørsmål om erfaringer med initieringsprosessen ble stilt til alle informantene i delstudien, men ikke alle som ble intervjuet hadde vært involvert i denne fasen. Primært er informasjon til dette avsnittet av rapporten hentet fra prosjektdokumenter, intervju med prosjektleder og stipendiat i forskningsprosjektet, samt ansvarlig i kommunen.

Initieringsfasen

Ifølge informantene hadde den delen av prosjektet som omfatter Helse Bergen utgangspunkt i et lederutviklingsprogram, der planer om administrativ og forskningsmessig videreutvikling av avdelingene ved Haukeland Universitetssykehus ble utarbeidet. Prosjektleder Dr. med. Skouen hadde som medlem av ledergruppen ved AFMR særskilt ansvar for å styrke forskningsinnsatsen i avdelingen. Han tok initiativ til flere prosjekt, deriblant et større prosjekt som skulle omfatte slagbehandling. Slagpasienter utgjør en stor pasientgruppe i sengepostene på nevrologisk avdeling og AFMR, og prosjektet skulle forholde seg til problemstillinger som var viktige for sykehuset, men også til den varslete samhandlingsreformen i helsetjenestene (Informant 2, prosjektleder foretak). Man ønsket å få i gang et prosjekt som kunne omfatte hele behandlingsskjeden fra akuttbehandling i sykehus til oppfølging i kommunen, og prosjektet innebar derfor at organisasjonsutvikling ble en del av intervensjonen i forskningsprosjektet. Ideen var at man ved å samarbeide på tvers av linjene kunne sikre en bedre prioritering av pasienter, og oppnå bedre kontroll med hvilke pasienter som ville ha mest utbytte av fortsatt behandling i 2. linjetjenesten, og hvem som egnet seg for rask tilbakeføring til kommunehelsetjenesten.

I løpet av 2006 ble studiens design utarbeidet og en stipendiat knyttet til prosessen. Det ble innhentet erfaring fra liknende tiltak. Særlig relevant var de lovende erfaringene fra en slagbehandlingsskjede i Trondheim på slutten av 1990-tallet (se for eksempel Indredavik et al. 2000). Sentrale trekk ved prosjektet ble utformet i tråd med dette

prosjektet, men det ble gjort endringer i forhold til forskningsdesign og rent organisatoriske tiltak. For det første ble det etablert et eget innsatsteam i kommunen, øremerket for gruppen; for det andre ble antall pasientgrupper økt fra 2 til 3 (en kontrollgruppe og to innsatsgrupper); for det tredje skulle pasientene følges opp med fysiske tester i tillegg til spørreskjema.

Informanter fra helseforetaket og kommunal helsetjeneste understreker parallelliteten i planleggingsprosessene på kommunalt nivå og sykehusnivå. Initiativtakerne fra Helse Bergen opprettet kontakt med Bergen kommune tidlig i prosessen. Samarbeid med Bergen kommune ble prioritert fordi den var den største kommunen i regionen. Mange av pasientene ville komme herfra og Bergen kommune ville nødvendigvis være en viktig aktør i behandlingsskjeden. To andre omegnskommuner til Bergen ble også foreslått inkludert i søknaden til Norges Forskningsråd. Det var imidlertid ikke mulig å skaffe tilstrekkelig finansiering for å inkludere disse i studien (Informant 1, Bergen kommune).

Det første møtet med kommunen fant sted i 2006, da søknader om finansiering til forskningsprosjektet ble forberedt. Når initiativet fra Haukeland Universitetssykehus (HUS) kom, var grunnen beredt i Bergen kommune fordi man på samme tidspunkt, i 2006–07, var i ferd med å utarbeide en rehabiliteringsplan som også omfattet slagpasienter. Kommunens innsats var rettet mot å få mer systematikk og bedre sammenheng i tjenestene, både for hjernerhabilitering og andre rehabiliteringstjenester.

Dette med prosjektet ville kanskje forbedre rehabiliteringen, tenkte vi, så det passet godt (...). Det var stor interesse med en gang og tydelige felles interesser (...). For å få dette til la vi inn et ønske om å få til en rehabiliteringskjede innad i kommunen og i sykehusene – spesielt da å jobbe med slag. Og så kom dere ... (HUS). (Informant 1, Bergen kommune).

Informantene påpekte også betydningen av at ansvarlige både i andrelinjen og i kommunen var informerte og interesserte i å styrke samhandling både internt og mellom de to enhetene. Tanken om å prøve ut en slik behandlingsskjede var noe som hadde modnet på alle kanter, ifølge prosjektleder.

Prosjektet var altså fra oppstart godt forankret i ledelsen ved de to samarbeidende instansene. Dets målsetting og innhold passet godt inn i forhold til sentrale målsettinger i kommunens rehabiliteringsarbeid, sykehusets forskningssatsing og helsepolitiske føringer om samarbeid. Prosjektet var i tillegg en videreutvikling av en utprøvd modell med lovende resultat. Velvillighet fra ledelse og lovende erfaringer var nødvendig for å starte opp prosjektet, fordi prosjektet krevde at både kommunen og helseforetaket måtte strekke seg en del før finansiering var helt på plass. Helse Bergens tilpasning omfattet eksempelvis midler til ambulant team. Etableringen av dette var alt påtenkt og prosjektet ble et initiativ som bidro til å få dette på plass. Dette sikret også støtte fra sykehusledelsen. Kommunen var også, ifølge informanten, velvillige til å finne penger for å etablere prosjektet.

På spørsmål om hva som var det mest utfordrende ved initieringsfasen svarte kommunens representant:

Det økonomiske strevde vi mest med – å finne penger. Og dette med hvordan dette skulle skje i praksis og hvordan skulle en rehabiliteringsperiode organiseres, hva skulle den inneholde og logistikken mellom de ulike tjenestene (Informant 1 Bergen kommune)

Finansiering ble sett på som den største utfordringen i initieringsfasen av flere sentrale informanter. Arbeid med finansiering og organisering av prosjektet preget derfor oppstartsperioden, sammen med informasjonsarbeid til involverte og berørte avdelinger og personale. De første søknadene om finansiering ble sendt til Norges Forskningsråd og Helse Vest i 2007. Prosjektøkonomien har gradvis blitt trygget via flere kilder. Søknaden til NFR ble innvilget, slik at forskningsprosjektet ble etablert og stipendiat ble ansatt fra 2008. Senere har også Helsedirektoratet bidratt til prosjektet med en engangs utbetaling på kr. 750 000, og Sofies Minde stiftelse bevilget et beløp. Helse Vest har også gitt en større bevilgning til prosjektet: 1,275 mill. i året i to år, til sammen kr. 2,55 mill. Dette var særlig på bakgrunn av en søknad om midler til drifting for Bergen kommune, samt støtte til gjennomføring av studiens tester, ifølge prosjektleder (Informant 2). I tillegg er prosjektet også tildelt samhandlingsmidler fra Helse vest fra 2011, kr. 211 000 i tre år.

Prosjektets oppstart

Ifølge de involverte var mye av strukturen i prosjektet allerede på plass da søknader om finansiering ble sendt i 2007, og lite ble forandret i forhold til studiens design. Tallet på pasienter som skulle inkluderes i studien har imidlertid blitt redusert. Ifølge prosjektleder var det noen innkjøringsproblemer i forhold til inkludering av pasienter, men samtidig viste det seg at det var gjort for stort overslag når det gjaldt pasienttilfang. Insidensen av slagtilfeller har gått ned det siste tiåret, og det viste seg derfor at rekrutteringsgrunnlaget var noe mer begrenset enn anslagene man opererte med i initieringsfasen. Inkluderingsstallet for studien regnes ved avsluttet inkludering i desember 2011 å være akseptabelt.

Det var ulike utfordringer knyttet til kommunens og sykehusets innsats i prosjektet, og i oppstartfasen jobbet aktørene på hver sin kant med de ulike utfordringene. Fra kommunens side var det å beregne personellbehov et stort arbeid, ved siden av finansiering og arbeidet med å finne egnete lokaler. Sentrale deltakere i denne fasen var en overlege og en ledende fysioterapeut i en av bydelene. I 2007 ble det ansatt en ny rådgiver knyttet til fagseksjonen i byrådsavdeling for helse og inkludering med ansvar for fysioterapi, habilitering og rehabilitering. Vedkommendes ansvarsområde er særlig oppfølging av kommunens rehabiliteringsplan og hun ble sentral i oppstarten av prosjektet i kommunen. Rådgivers rolle har vært å legge de faglige premissene i kommunens utviklingsprosjekt og bidra til å bygge struktur og system, men også å kommunisere med universitetet og helseforetaket. Kommunens plan innebar etablering av en ressursgruppe på fire personer som skulle ha en støttefunksjon i forhold til innsatsteamet.

En sentral oppgave i oppstartfasen var å informere involverte og berørte om prosjektet, både i kommunen og i sykehuset. I sykehuset gikk det ifølge prosjektleder mye tid med til å motivere personalet på avdelingen. Det var en del motstand og skepsis knyttet til nødvendigheten av prosjektet, ressursituasjonen og belastningen på ansatte. Særlig var det en avventende holdning i pleiegruppen og blant seksjonsledere. Det hadde vært liten forskningsaktivitet knyttet til rehabilitering i sykehuset tidligere. Prosjektet ble etablert samtidig med omstillingsprosesser der et tidligere bo – og rehabiliteringssenter

ble omformet til en avdeling i helseforetaket, og fokuset på forskning ble styrket. I forhold til slagbehandlingskjeden ble det lagt vekt på å få de ansatte med i prosjektprosessen, ikke minst fordi mye av den praktiske kjerneaktiviteten i prosjektet ville ligge hos de ansatte: Store deler av pasientbehandlingen og rehabiliteringen ville foregå *utenfor* spesialisthelsetjenesten. Legegruppen og avdelingsledelsen var positive i utgangspunktet, det var forståelse for forskningsprosjektet blant disse, også fordi det var del av lederutviklingsprogrammet.

Det var ikke kultur på avdelingen for å drive forskning, så det var mye forarbeid: møter, osv, så folk kunne forstå at dette er viktig. At man kan gjøre andre ting enn det man alltid har gjort (Informant 2, helseforetak).

Det krevde også et motiveringsarbeid for å få ansatte i sykehusavdelingen til å akseptere at det for noen pasienter kan være like god behandling å bli utskrevet til rehabilitering i hjemmet som å tilby dem døgnbasert rehabilitering.

Det er en tanke som sitter, at det å rehabiliteres på en spesialavdeling er det beste, men det er det antagelig ikke. Det søkes pasienter til avdelinger som burde bli sendt hjem (Informant 3, helseforetak).

Nevrologisk avdelings innsats i forhold til oppfølging av og forskning på slagpasienter ble viktig å trekke veksler på, men det krevde også innsats å få mobilisert interesse:

Nå har det plutselig blitt veldig stas for de ser det er et viktig prosjekt. Fagmiljøet blir større og har bygget på seg. (...) Hele miljøet rundt slagbehandling på Haukeland har blitt større. Så det har bygget broer. Det tok litt tid å motivere dem. (Informant 2, helseforetak).

Tilsvarende var tenkningen i kommunal rehabilitering at opphold på fire uker ble innvilget uavhengig av pasientens behov.

I kommunen var det støtte i ledelsen og i ergo- og fysioterapigruppen blant de ansatte. Andre tjenester var ikke så involvert i starten. Samtidig var det en viss bekymring for at prosjektet skulle generere merarbeid og legge beslag på ressurser. Det var skepsis på systemnivå, og vansker med å etablere et prosjekt på tvers av etablerte rutiner. Likevel kom prosjektet raskt i gang:

Det var ganske enkelt å si dette går vi for og kommunen var ganske kjapp til å få det i gang (...)... her var bordet klart når jeg begynte, alle var innstilt på å få det til (Informant nr. 4, Bergen kommune).

Rask igangsetting innebar at ikke alt var klart ved oppstart. Prosjektet har hatt en uformell karakter, der driften var i gang en god stund før formelle samarbeidsavtaler var på plass. ifølge en av informantene fra kommunen har dette fungert fordi de ansvarlige på de ulike tjenestenivåene kjenner hverandre, personene og tillitsforholdene har gjort at det har gått.

Det nevnes også blant informantene at det var viktig med ansvarlige i kommunen som kjente og forsto det medisinske språket og forskningsspråket og kunne omsette forskningsprosjektets krav til behovene i kommunale tjenester. Dermed ble det ikke en relasjon der sykehuset dikterte behandlingsskjeden fullt ut. Dette var en forutsetning for oppslutning på kommunalt nivå.

Organisatoriske erfaringer og utfordringer

Når det gjelder organisatoriske erfaringer og utfordringer, er det mye å hente fra intervjumaterialet. I det følgende fører vi en diskusjon av mer empirisk orienterte elementer etter tema som målsettinger, kompleksitet, teamorganisering, forholdet til pasientene og til omgivelsene. Hvilke erfaringer har ulike aktører i forhold til gjennomføringen av prosjektet? Hva oppleves som de viktigste utfordringene når det gjelder organiseringen, forholdet mellom de ulike involverte instansene, relasjonene til pasienter og omgivelser?

Prosjektets sammensatte målsetning

Allerede innledningsvis poengterte vi at prosjektet er sammensatt og komplekst. Dette framgår både av prosjektplaner, dokumenter og i intervju med ulike aktører. Ulike prosjektdeltakere vektlegger til dels ulike sider ved prosjektets karakter, målsetting og innhold. Vi kan spore noe ulike perspektiv hos deltakere hjemmehørende i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder oppfatninger av slagbehandlingsprosjektets karakter: Der en del av deltakerne fra spesialisthelsetjenesten understreket den forskningsmessige tilnærmingen i prosjektet, var en del av de kommunale deltakerne i større grad opptatt av å se slagbehandlingsprosjektet som et utviklingsprosjekt.

Et viktig moment i denne forbindelse er at prosjektets deltakere skal fylle ulike roller i gjennomføringen av prosjektet, og at det med disse rollene også følger ulike mandat, forskjellige typer ansvar, og varierende engasjement i prosjektets helhet. En ting er at man kan trekke et skille mellom helseforetakets og kommunens rolle i overordnet forstand, men også innad i disse nivåene er det en varierende distribusjon av oppgaver, mandater, ansvar og funksjoner – både overfor pasientene og overfor prosjektet. Den ulike karakter som delprosjektene, rollene og funksjonene har i forhold til det overordnede prosjektet behøver imidlertid ikke være problemfylte i praksis, og vi har ikke indikasjoner på at dette har skapt store vansker for den generelle gjennomføringen av prosjektet. På samme måte som forskningsinnsats og utviklingsarbeid kan være forbundet med og til dels forutsette hverandre, ser det også ut til at distribusjonen av roller og funksjoner representerer et mangfold som nok kan være krevende – men som likevel er en nødvendig del av arbeidet.

Man kan likevel anta at det kan oppstå spenninger knyttet til ulike målsettinger, ulike normer for gjennomføring og rapportering, der en både skal oppnå forskningsresultater innenfor vitenskapelige normer og bidra til å bedre tjenesteyting og organisering av arbeidet overfor en brukergruppe. Eksempelvis vil rapporteringen fra slagbehandlingsprosjektet – sett som forskningsprosjekt – være knyttet til alminnelige normer for forskningsformidling med vitenskapelige publikasjoner som hovedelement, mens rapportering og formidling fra et utviklingsprosjekt naturlig vil være tettere forbundet med administrativ rapportering til styrende organer (langs parametre som effekt for pasientene, potensial for kvalitetsforbedring, økonomi, måloppnåelse og lignende). Likeens kan man se for seg at det er knyttet forskjellig «logikk» til forsknings- og utviklingsprosjekter, der forskningstilnærmingen baserer seg på grunnleggende

vitenskapelighetskriterier, mens utviklingstilnærmingen er mer orientert mot hensiktsmessig tjenesteproduksjon og kvalitetsforbedring. Intervjumaterialet gir ikke grunnlag for å påpeke sterke spenninger mellom den kommunale delen av prosjektet, der deltakerne i større grad ser prosjektet som utviklingsarbeid, og foretaksdelen, der forskningsprosjektet har sitt tyngdepunkt.

Dette kan ha sammenheng med flere forhold: For det første understrekes det fra kommunens ansvarlige at man der har god kjennskap til forskningspråket og vitenskapelige kriterier. Det er også en klar forståelse blant de ansvarlige for kommunens innsats at forskningsprosjektets kriterier for tjenesteutforming og innsats overfor pasientene må legges til grunn for arbeidet. På dette punktet ser vi likevel at det har vært en liten utfordring i kommunal tjenesteyting å forholde seg til forskningsprosjektets krav til standardisert behandling. Det kan oppstå uenighet ute i tjenestene i forhold til hva pasienten trenger, og kravene til standardisert behandling kan oppfattes som strenge og på tvers av faglig skjønn.

Det er den ene premissen Haukeland har fått igjennom som jeg ikke liker, mange av disse hadde trengt tre måneder (informant 4 Bergen kommune).

For det andre er det klart at både forsknings- og utviklingsaspektet angår begge parter. Forskningsprosjektet ble utviklet som del av et lederutviklingsprogram i helseforetaket, og selve intervusjonen i forskningsprosjektet dreier seg om et organisatorisk tiltak. Det er derfor vanskelig å skille disse to i praksis, selv om deltakerne har ulike roller i forhold til de to aspektene ved prosjektet.

De har jo og et utviklingsprosjekt. De skal ha pasientene ut tidlig og de skal ha en bedre kommunikasjon mellom slagenheten og FMR – avdelingen. De har en nesten like tung utviklingsbit som vi (Informant nr 4 Bergen kommune).

Til dels synes det å være et skille mellom ulike typer prosjektdeltakere angående dette. Skillet er knyttet til deltakernes institusjonelle tilhørighet – spesialisthelsetjeneste versus kommunehelsetjeneste. Selv om forskningshensynet ser ut til å stå sterkt blant alle involverte i dette prosjektet, er altså kommunens deltakere i sterkere grad opptatt av utviklingsaspektet ved prosjektet.

Kompleksiteten i prosjektets organisering

Slagbehandlingsskjeden er et samarbeidsprosjekt med en rekke ulike finansieringskilder, med flere komponenter som har ulike delmål, og deltakere fra mange faggrupper. Prosjektdeltakerne har ulike roller i forhold til pasienter, pårørende og omgivelser. Denne kompleksiteten kommer tydelig fram i den kvalitative delundersøkelsen, og informantene vektlegger ulike utfordringer knyttet til dette.

Noen av informantene pekte på at det av og til kunne være litt problematisk å «holde følge» med selve prosjektet, nettopp fordi det er mange ulike deltakere med ulike roller i prosjektet. Noen opplever et usikkerhetsmoment ved at den enkelte ikke alltid kan ha oversikt over prosjektaktiviteten. Her er det en viss forskjell blant deltakerne, der det ser ut som om de som har vært involvert i prosjektet fra de tidlige fasene har en mer helhetlig og oversiktlig oppfatning av prosjektet enn de som har kommet til på senere tidspunkt. I dette ligger det også en utfordring i forhold til å håndtere

informasjonskompleksitet. Dette kan handle om å skille mellom ulike typer informasjon relatert til utførelsen av selve arbeidet og informasjon som er relatert til forskningsprosjektet som sådan.

Deltakere i prosjektet kan synes å oppleve en spenning mellom å utføre bestemte oppgaver som fagperson og ansatt i helsetjenestene samtidig som man er deltakere i et forskningsprosjekt. Det handler om å håndtere nye arbeidsformer som teamorganiseringen bringer med seg, og å håndtere relasjonen til teamets omgivelser.

En del utfordringer varierer med hvilken rolle informantene har i prosjektet. Rekruttering av pasienter har vist seg å være vanskeligere en antatt. Prosjektansvarlige og stipendiat i foretaket har forskningsmessige avveininger å ta hensyn til når det gjelder å håndtere rekruttering av pasienter til de tre ulike pasientgruppene som prosjektet baserer seg på.

På kommunalt nivå er det en utfordring å få plass til logistikk for pasienter som allerede er inkludert i prosjektet, for eksempel i tilfeller der økonomi er et hensyn for pasientens reise til og fra behandlingssted. Slike tilfeller kan til dels illustrere hvordan tilsynelatende perifere hensyn har betydning for selve forskningsprosjektet, og ikke bare for tjenesten som tilbys pasientene: I en et forskningsprosjekt som dette ligger det metodiske føringer i hva slags tjeneste og tilbud den enkelte pasient tar del i, inkludert forholdet mellom rehabilitering i institusjon eller i hjemmet, belastninger ved reise og lignende. Selve forskningstilnærmingen innebærer dels en strammere oppfølging av denne typen beslutninger enn det ellers ville vært behov for.

Prosjektet er også faglig komplekst, i den forstand at det innebærer samarbeid mellom en rekke faggrupper, både i sykehus og i kommunen. Dette skiller for så vidt ikke prosjektet fra den ordinære behandling og rehabilitering av slagpasienter. Det som kan være en særlig utfordring er at forskningsprosjektets randomiserte design innebærer svært standardiserte behandlingsløp, som alle deltakere må være lojale mot. For noen av dem som må forholde seg til prosjektet kan dette komme i konflikt med den vante utøvelsen av faglig skjønn. Prosjektdeltakerne må slutte opp om prinsippene som prosjektet bygger på, dette sikres gjennom informasjon, møtevirksomhet, etablering og gjennomgang av rutiner. Utfordringen virker også å være mer knyttet til hvordan prosjektet møtes av samarbeidspartnere enn av de som er direkte involvert.

Faglige og etiske hensyn i forhold til pasienter og pårørende – gjerne forbundet med andre aktører i helsevesenet – er en utfordring, blant annet der pasienter og pårørende er skeptiske til rask utskriving av pasienten fra sykehus, noe som er en forutsetning for en del av pasientene som inkluderes i prosjektet.

Det har vært en organisatorisk nøtt å knekke med noen gamle rutiner vi har holdt på å jobbe med. (...) med å gi beskjed til pasienter om at vi har søkt for deg og så: «Nei, du er i en av de gruppene som skal rett hjem etterpå». Så da har vi en løsning på gang. (Informant 2, prosjektleder)

Enkelte ga uttrykk for at det kan være vanskelig å «vise» pasienter og pårørende at den det gjelder uansett vil få god hjelp og behandling; at det kan være krevende å argumentere for hvorfor en pasient plasseres i det ene eller andre behandlingsløpet. Det er et faglig og etisk dilemma knyttet til den randomiserte fordelingen av pasienter mellom behandlingsforløpene. Pasienter som er rekrutterte til prosjektet fordeles til et

av de tre mulige behandlingsforløpene etter loddtrekning. Dette kan oppleves å være i strid med faglige vurderinger, særlig hos samarbeidspartnere. Det har vært uenighet om hva en pasient trenger, der samarbeidspartnere i kommunale tjenester har andre oppfatninger enn det som ligger i prosjektet. Dette kan også berøre et av de viktige temaene i prosjektets kjerneidé: Når er folk i stand til å klare seg selv hjemme?

De som jobber med omsorgsfaglig ståsted er til stede og har sitt synspunkt, mens de som har rehabiliteringsståsted har et annet blikk for når folk klarer ting selv (...) så det er en rent faglig diskusjon. Sånn må det være (informant 4 Bergen kommune).

Informantene understreker at dette ikke har vært utbredte diskusjoner, men har forekommet i noen tilfelle. Innsatsteamet håndterer dette i forhold til samarbeidspartnere på bakgrunn av sin gode kompetanse. Utfordringen kan også ligge på forvaltningsnivå i bydelene, der det kan oppstå faglig diskusjon om hva som er det beste tilbudet til pasienten.

Dette demonstrerer også et visst spenningsforhold mellom behandlingsetikk og forskningsetikk, som er med på å konkretisere hvor vanskelig en del av de praktiske valgene i slagbehandlingsprosjektet faktisk er. Liknende utfordringer har det også vært i foretaket, der ambulanseteam hele tiden måtte se til at de ikke ødela for prosjektet.

Det er noen etiske dilemma i forhold til pasientbehandling, hva vi kan unnlate å gjøre osv. Vi har gått noen runder på de samme spørsmålene (informant 5 ambulanseteam).

Til tross for slike utfordringer knyttet til kompleksitet, rapporteres det gjennomgående i intervjuene om en tilfredshet med å føle et visst «eierskap» til prosjektet – informantene setter pris på å være en del av prosjektet: Det oppfattes som faglig spennende og som en god mulighet, mer enn det oppfattes som problematisk eller begrensende. De ansvarlige understreker også innsatsviljen til deltakerne i teamene, og den felles innsatsen som driver prosjektet framover.

Det at vi får det til å samkjøres er den fascinerende biten. Fagfolkene på gulvet er drivende både for teamet inne på Haukeland og innsatsteamet i Bergen kommune. De gjør mye lurt i forhold til hvordan de kommuniserer med fagenheten og hvordan de kommuniserer med aktører i kommunen (..) dette prosjektet er smekkefullt av folk som er kompetente og gjør sin jobb (Informant 4 Bergen kommune).

Team som arbeidsform

Bruken av team er en av de viktige organisatoriske komponentene i slagbehandlingsprosjektet. Ordningen med et innsatsteam og et ambulanseteam er basert på en arbeidsdeling overfor pasientene, der innsatsteamet er basert i kommunen og det ambulante teamet er basert i helseforetaket. Det virker som om det i prosjektperioden har vært relativt omfattende diskusjoner rundt rutiner, arbeidsmåter og arbeidsdeling i forhold til de to teamene. Noen av utfordringene har vært løst gjennom skriftliggjøring av rutiner og metoder, mens andre utfordringer har fått «gå seg til».

En relativt konkret utfordring for teamene ser ut til å være overføringen av pasienten mellom dem, det vil si fra det ambulante teamet i sykehuset og videre til innsatsteamet i kommunehelsetjenesten. Flere av informantene rapporterer om at det kan oppleves vanskelig når de inkluderte slagpasientene knytter seg til personer i det ambulante teamet, for så å måtte forholde seg til et nytt sett av personer i innsatsteamet. Selv om dette til dels handler om pasientenes opplevelser, har det også tilknytning til teamenes evne til å kommunisere seg imellom og konkrete utfordringer knyttet til en del slagpasienters sykdomstilstand. De to teamene har faste møter hver andre uke, som skal bidra til å lette samarbeidet mellom teamene.

En del av informantene peker på at skillet mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste dels også er reflektert i teamene, blant annet peker noen av informantene fra kommunen på at de oppfatter Helse Bergen som noe mindre fleksible enn kommunen – med den konsekvens av at problemløsning i forhold til helseforetaket i stor grad er avhengig av enkeltpersoner. Dette synes ikke å være et stort problem, men en del trekker fram «grenseflaten» mellom de to nivåene som et sentralt område for forbedring. På den annen side indikerer en del at dette vel så mye kan handle om det kanskje finnes spenninger mellom ulike faglige spesialiteter og fordeling av oppgaver og ansvar mellom personer med tilhørighet i ulike fag.

En konkret problemstilling som spesielt ble trukket fram i et intervju, er utfordringen med å skape «arbeidsro», spesielt med hensyn til aktivitet, skifter og endringer i omgivelsene. Dette har dels et organisatorisk aspekt: Organisatorisk handler det om skjerming fra prosesser som for de involverte framstår som forstyrrende, for eksempel interne omorganiseringer eller retningslinjer som i liten grad tar hensyn til at de ansatte er involvert i et konkret prosjektarbeid. Faglig sett kan det være en viss spenning mellom et behov for å imøtekomme pasienter som har ulik grad av hjelpebehov, og det standardiserte tilbudet prosjektet krever. For kommunens ansvarlige og temamedarbeidere er det særlig den avgrensede tidsperioden for kontakt med pasientene som kan oppleves problematisk.

Det ser ut som om de fleste informantene oppfatter det å jobbe i team som en god arbeidsform. Dette kan dels ha sammenheng med at stillingene i teamene ble utlyst – ingen ble beordret inn i den prosjektspesifikke ordningen med innsatsteam og ambulant team, slik de enkeltes motivasjon for å jobbe på denne måten må antas å være relativt høy.

Flere pekte på at deltakelse i prosjektet i praksis gir en arbeidshverdag som byr på etterlengtede utfordringer, der de får brukt egne evner og kunnskaper på en annen måte enn de er vant til. For noen deltakere er det et valg å bruke noen år av sin arbeidstid på et slikt prosjekt. Det medfører imidlertid at man velger hva slags kompetanse man utvikler og anvender.

Vi er ikke rehabiliterer for tiden, vi er koordinatører. Men vi kommer fra klinikken og har fått tatt i pasienten (informant 5 ambulant team).

Et moment som behandles i noe av forskningen om team som samhandlingsform, er knyttet til motsetningsforholdene mellom ulike profesjoner og de potensielle utfordringene som er knyttet til ulik faglig bakgrunn, tilhørighet og kunnskap (se f.eks. Kvarnström 2008). Dette var et tema som ikke framstod som spesielt relevant i

slagbehandlingsprosjektet. Uten at vi gikk spesielt inn på denne problematikken i intervjuene, kan det se ut som om utfordringer knyttet til institusjonell tilhørighet er større enn utfordringer knyttet til ulik faglighet. En hypotese i forbindelse med dette kan være at den overordnede tilnærmingen i prosjektet – så vel som den konkrete oppfølgingen av slagpasienter – krever en tverrfaglighet som prosjektdeltakerne direkte ser behovet for. Slagpasienter har sammensatte og varierende helsefaglige behov, og teamenes deltakere ser ut til å ta dette som en forutsetning for arbeidet heller enn som en komplikasjon. Samtidig understrekes betydningen av denne tverrfagligheten og bruken av team i selve prosjektets tilnærming, og bidrar muligens til å redusere et eventuelt potensial for faglige konflikter. Her skal det også sies at den forskningsmessige tilnærmingen stilte konkrete krav til hvordan pasientene i de tre ulike gruppene skulle følges opp, slik at det sannsynligvis er mindre rom for variasjon i den tverrfaglige tilnærmingen enn tilfellet er i en del andre teambaserte samhandlingsformer.

Forholdet til pasientene

Det er i hovedtrekk tre momenter som framstår som viktige når det gjelder prosjektmedarbeidernes forhold til pasientene. To momenter er allerede nevnt, for det første det som er knyttet til selve rekrutteringsprosessen og hvilke forløp den enkelte pasient plasseres i. Prinsipielt kan man se for seg at dette dels handler om en praktisk avveining mellom behandlingsetikk og forskningsetikk. Det andre er knyttet til overleveringen av pasienter mellom det ambulante teamet og innsatstemaet, mer spesifikt utfordringene med å gjøre dette så sømløst og pasientvennlig som mulig i situasjoner der en del pasienter opplever usikkerhet ved å måtte forholde seg til nye personer.

Et tredje moment er knyttet til faglige vurderinger og de medisinske forskjellene mellom pasientene – noen er «friskere» enn andre, noen er «sykere». Særlig informanter fra kommunen påpeker dette som en reell utfordring, ikke minst tatt i betraktning at det finnes et behov for etterrettelig informasjon i selve forskningsprosjektet.

Det understrekes også at pasientene i seg selv kan være et «kompleksitetsproblem»: Noen ganger står det motoriske i sentrum, og det er lett å glemme at pasientene også kan ha psykiske eller nevrologiske tilstander som er vanskeligere å oppdage men som må ivaretas. Det er likevel slik at informantene påpeker at prosjektet bidrar til å sette et tydeligere fokus på nettopp slike aspekter, og at dette er en problematikk man uansett ville møtt. Et annet moment som er direkte knyttet til dette er pasienter som har flere diagnoser som det skal tas hensyn til, i tillegg skadene forårsaket av selve slaget. Den pasientsentrerte tilnærmingen som prosjektet orienterer seg langs, innebærer imidlertid at pasientene gjennom behandlingsløpet møter en tverrfaglig tilnærming som i seg selv er orientert rundt å fange opp nettopp en del av denne problematikken.

Prosjektet og omgivelsene

En av utfordringene nevnt i tilknytningen til oppstartfasen var knyttet til kommunikasjon om prosjektet i forhold til omgivelsene. Dette blir også nevnt av enkelte som en vedvarende utfordring i selve prosjektgjennomføringen. Det gjelder

særlig kommunikasjon overfor aktører som ikke selv er involvert i selve prosjektet men som likevel er viktige i den daglige virksomheten. For noen handler dette om informasjon og kommunikasjon rent generelt, men det kan også dreie seg mer konkrete problemstillinger – for eksempel knyttet til det å håndtere ulike journalsystemer eller forholdet til pasienters fastleger. I forholdet til omgivelsene speiles også den nevnte todelte tolkningen av prosjektet, som forskning eller som utvikling: Hva som kommuniseres til omgivelsene og hvordan avhenger dels av hvilke omgivelser det er snakk om, dels av om man befinner seg i «kommune- eller foretaksenden» av deltakerlisten, og dels av rollen man har i prosjektet. Kommunens informanter påpekte organisasjonsmessige utfordringer knyttet til prosjektets gjennomføring innenfor en kompleks organisasjonsstruktur i en storbykommune.

(...) det har noe med skepsis på systemnivået og flere ting. Forvaltningsenhetene ute, 8 stykker med hver sin leder. De har jobbet mye med å standardisere deres måte å jobbe på, og deres språk er rutiner og å følge rutiner. Og så kommer vi med et prosjekt som sier at disse pasientene skal ha spesialbehandling. Så vi ødelegger jo jobben deres. (Informant 4, Bergen kommune)

Utfordringene dreier seg blant annet om å få oppslutning fra samarbeidende etater, fordi prosjektet krever spesielle tiltak for en pasientgruppe som kan gå på tvers av rutinene etablert i ulike deler av helse- og rehabiliteringstjenestene. Når disse tjenestene er organisert i ulike geografiske områder blir også antallet relasjoner som skal avklares svært stort. Kommunens ressursgruppe ble etablert blant annet med det for øye å støtte innsatsteamet og etablere systematikk og struktur i arbeidet, og fagrådgiveren har hatt en viktig rolle i forhold til å klare opp i slike situasjoner. Det har vært frustrasjon, men det er flinke folk, og mye ordner seg bare man snakker med dem, ifølge rådgiveren.

De fleste opplever prosjektet som veldrevet, godt planlagt og solid forankret. Likevel forteller enkelte informanter om en opplevelse av at de noen ganger «jobber litt på siden» av andre deler av helsetjenestene, der situasjonen beskrives som «annerledes» fra den situasjonen som «de andre» befinner seg i. Det er mulig at dette handler om prosjektets forankring i helsetjenestene i Bergensområdet generelt. Med det mener vi at selv om mange aktører i de umiddelbare omgivelsene har kjennskap til prosjektet, er det kanskje færre som har nok kunnskap til å tilrettelegge spesielt for dette prosjektet – eller at en del av de tilliggende aktørene ikke har mulighet til å foreta spesielle tilpasninger til slagbehandlingsprosjektet (i den grad det finnes slike behov).

En relatert utfordring som enkelte pekte på, er at det kan være vanskelig å forklare prosjektets innretning og virksomhet til eksterne aktører fordi alle «sitter på hver sin lille bit av prosjektet» – som en informant sa. Utfordringen er usikkerhet knyttet til om man får formidlet godt nok skillet mellom det forskningsmessige og det behandlingsmessige, og om man får formidlet alle relevante sider ved prosjektet.

Prosjektets framtid

De ansvarlige for slagbehandlingskjeden har vært opptatt av hvordan erfaringene kan videreføres dersom prosjektet viser seg vellykket. Spørsmålet om hvordan man har arbeidet for å sikre overgang fra prosjekt til permanens har opptatt deltakerne, og var

også tema i intervjuene. Disse erfaringene kan også ha relevans i forhold til andre prosjekter som innebærer nye former for samarbeid og koordinering.

Informantene var opptatt av hvordan man skal kunne sikre videreføringen organisatorisk og finansielt. Da den kvalitative delundersøkelsen ble gjennomført skapte den tidsavgrensede prosjektbaserte finansieringen en viss usikkerhet knyttet til realismen for å etablere permanente løsninger. Samtidig bidro flere institusjonelle aktører med ressurser i form av arbeidstid, personell og lignende, slik at situasjonen er sammensatt. Både i kommunen og helseforetaket ble det imidlertid arbeidet målrettet for å sikre videreføring av arbeidsmåtene i slagbehandlingsskjeden.

Videreføringen syntes i 2011 noe mer avklart i sykehuset enn i kommunen. Det ble avklart at det ambulante teamet som er involvert i prosjektet skulle videreføres som del av avdelingens generelle tilbud. Informantene påpekte imidlertid at videreføring må forankres i foretakets organisasjon og i de involverte avdelingene. Videreføring vil også være avhengig både av forskningsresultatene og det som skjer på kommunalt nivå.

Det ble lagt noe større vekt på usikkerhet om videreføring fra kommunale informanter. Dette var knyttet både til finansiering og organisering. Særlig ble det påpekt utfordringer i forhold til kommunale omstillingsprosesser som også ville berøre enheter og ansatte involverte i slagbehandlingsskjeden. Arbeidsmåten i slagbehandlingsskjeden er sårbar, og forholdet mellom personer og strukturer er særlig viktig, understreket informantene fra kommunen. Det behøves arbeidsro i en periode framover for at systemet skal sette seg, mente de ansvarlige i kommunen. Dette var vanskelig å oppnå i en fase med omorganisering av de involverte kommunale tjenestene.

Samtidig gjorde representanter for prosjektet en innsats for å sikre permanente tiltak. og Rådgiveren ved fagseksjonen var ansvarlig for dette planarbeidet og to personer i kommunen arbeidet i 2011 med videreføring av prosjekterfaringene i 2011, med særlig fokus på å fortsette og utvide tilbudet om dagrehabilitering og oppsøkende rehabilitering via teamarbeid Underveis i prosjektperioden ble arbeidet dokumentert, og teammedarbeidernes erfaringer med hensyn til hva som er det gode pasientløpet for ulike kategorier slagpasienter ble systematisert. Det ble også utformet metodebøker som kunne danne grunnlag for videre arbeid på området. I desember 2011 vedtok kommunen å gjøre innsatsteamet permanent, og utvide virksomheten til å omfatte flere pasientgrupper.

Spørsmålet om overgang til et permanent tiltak vil måtte handle om hvilke sider ved prosjektet som skal videreføres. Funnene fra forskningsprosjektet vil foreligge mot slutten av 2012. Vedtak om forlengelse/permanente tiltak må sikres før de vitenskapelige resultatene er klare. Vurderinger av videreføring vil derfor legge til grunn bredere vurderinger, basert på pasientnære erfaringer gjort gjennom teamenes arbeid og organisatoriske løsninger som er prøvd ut gjennom prosjektperioden. I prosjektperioden har inklusjon av pasienter vært begrenset gjennom klare kriterier. Ved videreføring må man ta stilling til hvem varige tiltak skal omfatte. Her kan man tenke seg at dersom kommunen og helseforetaket har ulike vurderinger av hvilke pasientgrupper som har størst behov for innsats. Samarbeidsrutiner kan tenkes å måtte gås opp på nytt. Det grundige dokumentasjonsarbeidet underveis i prosjektperioden kan imidlertid lette dette, ved at erfaringer kan overbringes. Dette skaper også muligheter for kontinuitet dersom det skjer personalmessige eller organisatoriske endringer omkring prosjektet.

Prosjektet startet opp på et heldig tidspunkt i forhold til at man var oppmerksom på den aktuelle pasientgruppen i både primærhelsetjenesten og i sykehusavdelingen. Videre var det et begynnende fokus på samhandlingstiltak mellom nivåene i helsetjenestene, særlig i forhold til kronisk syke pasienter. Dette ser ut til å ha skapt velvilje for prosjektet og god forankring organisatorisk og strategisk. En videreføring kan på samme måte tjene på det styrkede samhandlingsfokuset som nå er til stede i alle deler av helsetjenestene. Både i primærhelsetjenesten og i foretakene er man opptatt av å komme fram til nye tiltak og nye måter å organisere tjenestene på. Teamorganiserte tjenester er også i framvekst, og erfaringene med denne arbeidsformen spres. Samtidig er det viktig å sikre at teamenes innsats får en god organisatorisk forankring som sikrer stabilitet og god kommunikasjon med samarbeidspartnerne også i fortsettelsen.

Prosjektet var preget av grundig informasjonsarbeid til deltakere, samarbeidspartnere og omgivelser. En videreføring vil bety at arbeidsmåter og metoder er kjent for mange. Samtidig kan omstilling i kommunale tjenester bety nye omgivelser og samarbeidspartnere for disse tjenestene. Fortsatt fokus på å sikre informasjon og kommunikasjon i forhold til samarbeidende tjenester vil derfor ha stor betydning. Dette også dersom teambaserte tjenester utvides til nye pasientgrupper.

Slagbehandlingsskjeden som samhandlingstiltak

Flere av temaene som allerede er omtalt reflekteres i mer samhandlingsspesifikke tema. Man kan si at erfaringene fra slagbehandlingsskjeden speiler en del av de mer overordnede organisatoriske problemstillinger som er viktige for samhandling i helsetjenestene. Formålet med den påfølgende diskusjonen er å synliggjøre at organisatoriske forhold på ulike måter er viktig for samhandling både generelt og i forbindelse med dette prosjektet spesielt. En del av problemstillingene som reises er ikke direkte knyttet til data fra slagbehandlingsskjeden, men vi anser dem likevel som relevante for denne typen samhandlingstiltak. I hovedsak vil vi forsøke å løfte samhandlingsdiskusjonen fra noe empirinært og spesifikt, til noe mer allment og teoretisk.

Samhandling handler for det første, og mest konkret, om det arbeidet som gjøres for å koordinere helsetjenestene som tilbys den samme enkeltpasienten eller gruppen av pasienter på en god måte (Axelsson og Ahgren 2007) – det vil si at man når etablerte målsettinger om behandling, kvalitet, økonomi og lignende – og særlig slik i tilfeller der det kreves innsats fra flere enheter og nivåer i helsetjenestene. For det andre handler samhandling mer prinsipielt om å gjøre helsetjenestene mer effektive. En viktig oppfatning blant politiske beslutningstakere er at økt innsats innen samhandling setter helsetjeneste i bedre stand til å takle en stadig mer utfordrende hverdag på systemnivå, både kostnads- og resultatmessig (St. meld nr. 47 [2008–2009]). Det innebærer altså en normativitet, der samhandling i seg selv oppfattes som noe godt. I en svensk publikasjon heter det illustrerende nok at man bør velge koordinasjonsformer som «möjliggör samverkan mellan professioner, funktioner och vårdgivare som normalt inte samverkar men som borde göra det om man såg till patienternas och personalens bästa» (Ekman-Philips 2002:3). For det tredje kan man legge et reformperspektiv på

samhandlingstiltak, der den kommende samhandlingsreformen er selve symbolet på en ny – eller i det minste en presumptivt forbedret – tilnærming til organisering og styring av helsetjenestene i et helhetlig perspektiv. En implikasjon av et slikt reformperspektiv er at konsekvenser en reform må ses i sammenheng med andre reformer gjennomført i samme sektor, siden disse skaper styringsmessige og organisatoriske rammer for hverandres funksjonalitet (Byrkjeflot og Neby 2008).

Til tross for samhandlingsreformens intensjoner, er det ikke slik at begrepene samhandling, koordinering eller samordning viser til noe nytt i norsk sammenheng (Willumsen 2009). I 1986 kom utredningen «Samordning i helse- og sosialsektoren» (NOU 1986:4), og en rekke lover og regler inneholder bestemmelser om samarbeid (Kjellevold 2005). Det betyr imidlertid ikke at samhandling er avklart og håndtert som problematikk en gang for alle: Ideer om samhandling berører stadig organisasjonsteoretiske felt og eksisterer til enhver tid i avveiningen mellom ulike hensyn. Samhandlingsreformens kjerne – i alle fall på det retoriske planet – er orientert rundt pasienten og hennes behov, derfor starter vi også der.

Pasienten som organisatorisk prinsipp

I prosjekter som dette står behandlingsskjeder sentralt, hvilket innebærer en gitt orientering mot den faktiske organiseringen av arbeidet som utføres. Man kan se for seg at pasienten passerer gjennom et system, der de ulike delene av systemet som pasienten møter har ulike oppgaver og ulike ansvarsområder. Disse utgjør så en helhet, som skal komme pasienten til gode. Det er imidlertid ikke gitt *hva* som er de viktigste elementene i det å organisere et godt pasientforløp, og heller ikke *hvordan* slike ulike elementer kan kombineres på en god måte.

En av de markante aspektene med pasientforløp er hvordan pasientene kan krysse helsetjenestenes ulike nivåer, sett fra ulike ståsted: system, undersystem, organisatorisk enhet, avdeling eller til og med enkeltprosess (Hall et al. 2006). Sagt med andre ord, i norsk sammenheng: Hvordan kan man sikre at helseforetak, kommunehelsetjeneste, fastlege og andre aktører sammen opptrer på en slik måte at pasienten opplever hensiktsmessig helhet i sitt møte med helsevesenet?

I slagbehandlingsprosjektet krysser pasientene flere nivåer, og grenseflaten mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste er en av de sentrale organisatoriske elementene i organiseringen av prosjektet. På den ene siden er ideen om tidlig utskriving av slagpasientene fra foretaket betinget av at det finnes et godt apparat i kommunen, hvilket er tett knyttet til de medisinske betingelsene for selve forskningsprosjektet. På den andre siden er dette en konkret utfordring i organisatorisk sammenheng der en ikke bare skal løse et konkret praktisk problem med arbeidsorganisering, men også håndtere aspekter som er knyttet til institusjonaliserte omgivelser med stor tyngde – som for eksempel helseforetak og kommune.

I slagbehandlingsprosjektet har løsningen vært å kombinere to team med ulike oppgaver og ansvarsområder. Disse to teamene skal så «følge pasienten» i hver sin ende av behandlingsforløpet. Dette følgearbeidet er nødvendigvis tydelig kontrollert, hvilket er nødvendig for forskningsinnsatsen og for mulighetene til å måle den medisinske nytten av tiltakene. Det interessante med denne kontrollerte måten å forholde seg til

pasientene på, er knyttet til at man i stedet for store organisatoriske enheter benytter mindre grupper – hvilket i stor grad øker fleksibiliteten overfor pasientene. Det vi ikke har informasjon om – men som likevel er et vesentlig aspekt ved denne typen samhandling – er hvorvidt teamorganiseringen byr på utfordringer for andre aktører i helsetjenesten. Eksempelvis kan man spørre om dette organisasjonsvalget fører med seg spesielle krav til fastlegene, når disse skal følge opp sine pasienter på sikt. Er et system med faste strukturer og klart avgrensede ansvarsområder lettere å orientere seg i enn et mer dynamisk system som i større grad følger den enkelte pasient?

Generelt er pasientflyt og behandlingslinjer en tilnærming til organisering som er orientert rundt pasientens lokalitet i systemet. Det vil si at det er pasientens til enhver tid gjeldende behov som avgjør hvor denne befinner seg i systemet, og at det i utgangspunktet skal være en hensiktsmessig avpassing mellom nettopp pasientens behov, de tjenestene som produseres eller ytes i systemets ulike deler, og de systemiske vurderinger som følger parametre som prioritering, økonomi, effektiv behandling, bemanning, faglige behov og strategiske valg gjort av helsetjenestene. Alt dette er videre en funksjon som avhenger av et gitt tidsperspektiv, der det antas at pasientens behov og de tjenester som ytes er knyttet til hvorvidt pasientens tilstand forbedres eller forverres over tid. Grenseflatene mellom de ulike delene av helsesystemet bestemmes altså av pasientens tilstand, holdt opp mot behandlingsregimet som pasienten er underlagt. Dette gjelder selvfølgelig den konkrete tilnærmingen til pasientene; man kan se for seg en rekke kontaktpunkter og berøringsflater mellom helsetjenestenes nivåer på andre måter – eksempelvis henvisninger, bruk av praksiskoordinatorer, møter og korrespondanse, administrative funksjoner, og mye annet. Ahgren og Axelsson (2007:152–154) peker på tre sentrale suksessfaktorer for samhandlingsprosjekter som er orientert rundt ideene om behandlingsskjeder – nevnelig at de involverte profesjonelle aktørene har en ektefølt dedikasjon til denne måten å jobbe på, at de organisatoriske tiltakene nyter godt av en grunnleggende legitimitet både internt og eksternt, og at man faktisk har tro på at de valgte løsningene vil fungere. Blant informantene som ble intervjuet i forbindelse med slagbehandlingssprosjektet er det også tydelig at disse faktorene har vært viktig: Flere understreker viktigheten av «forankring av prosjektet». Samtidig handler pasientflyt om å løse konkrete, praktiske problemer.

Møller og Flermoen (2010:45) sammenfatter pasientflytproblematikken mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i konkrete termer. De mener det handler om at a) det er for stor tilflyt av pasienter fra kommune til sykehus, b) sykehusene skriver ut pasienter for tidlig, og b) pasientene blir liggende for lenge på sykehus fordi kommune ikke har et adekvat tilbud. Dette er likevel ikke momenter som uten videre lar seg avklare, på grunn av ulike usikkerhetsfaktorer – for eksempel varierende kompetanse blant medarbeidere som møter pasienter, kapasitetsutfordringer, usikkerhet knyttet til pasientens situasjon, uklarhet om hva som menes med at en pasient er utskrivingsklar, manglende hjelpemidler; det finnes en rekke mulige hindre for en fornuftig løsning av de generelle problemene som her er pekt på. I slagbehandlingssprosjektet er imidlertid situasjonen den at de fleste av denne typen usikkerheter er avklart på forhånd: Pasienten er på forhånd plassert i et gitt «løp», og til det enkelte løp hører bestemte prosedyrer, ressurser, sammensetning av personale, planer for oppfølging, og lignende. På den måten ser en også at den konkrete prosjektorganiseringen har avhjulpet en del av de

problemene som påpekes i litteraturen om nettopp utfordringene med pasientflyt og samhandling.

Om vi tar utgangspunkt i at erfaringene fra slagbehandlingsprosjektet har en viss overførbarhet også til andre situasjoner der samhandling står sentralt, kan vi også videre peke på en del sentrale momenter, for eksempel angår samhandling forholdet mellom stat og kommune. Et valg kan være å trekke veksler på samhandlingsreformens fokusområder, hvilket kan bidra til å vise den konkrete relevansen for den generelle politiske tankegangen om samhandling – kombinert med en organisasjonsteoretisk eller statsvitenskapelig tilnærming.

Rollefordelingen mellom stat og kommune

I samhandlingsreformen er forholdet mellom den statlige og den kommunale delen av helsetjenestene et av de helt sentrale temaene. Det å håndtere grenseflaten mellom ulike forvaltningsnivå er ingen ukomplisert affære: I konkret forstand kan det handle om pasientens fysiske oppholdssted eller overføring av informasjon mellom ulike journalsystemer, i mer systemisk forstand kan det handle om organisatoriske valg for forholdet mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste – eller om forholdet mellom ulike deler av helsetjenestene som befinner seg på samme forvaltningsmessige nivå. På overordnet plan handler det, ganske annerledes, om folkehelse og samfunnsøkonomi; bærekraft og velferdsstat. I direkte sammenheng med forrige avsnitt om et organiserende prinsipp som er knyttet til pasienten, kan man også tenke seg en organisering av forholdet mellom spesialist-, primær- og intermediære nivåer som er knyttet til den som bruker tjenestene. I så måte fordrer det en tankegang som er ganske annerledes enn den klassiske tanken om ansvarsdeling mellom statlige og kommunale aktører, der ansvarsdelingen også følger grenser som er definert ut fra hierarkiske styringsmessige behov, finansielle parametre eller ganske enkelt geografi. Siden 1990-tallet har den såkalte New Public Management-tradisjonen spilt en relativt stor rolle for utviklingen av det norske helsesystemet (Neby 2009). Blant annet har ideen om at finansieringen av helsetjenestene kan følge pasienten – gjennom aktivitetsbasert finansiering – vært sentral for utviklingen av norsk spesialisthelsetjeneste, fordi det etablerer en insentivorientert finansiell styreform.

I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen finnes antydninger av denne typen tankegang, for eksempel i ideene om en ny kommunerolle. Her heter det at det skal skapes insentiver for kommunene til å håndtere pasientstrømmen til sykehusene på en annen måte: Et sentralt element i denne tankegangen er blant annet kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene. En rimelig tolkning av dette ut fra de foreliggende dokumentene om samhandlingsreformen er at kommunene til en viss grad vil råde over en del av de pengene som «følger pasienten» i systemet. Fordi det er betraktelig mer kostbart å ha en pasient innlagt på sykehus enn å la den samme pasienten få behandling/oppholde seg i kommunale tjenester, ønsker man å skape et økonomisk insentiv for å begrense bruken av spesialisthelsetjenester. På den måten er det også mulig å se for seg at en del av «den nye kommunerollen» også delvis defineres av pasienten som et fokus for organisatoriske valg. Et uavklart spørsmål er imidlertid hvilke konsekvenser denne insentivbaserte tankegangen dersom finansene skal krysse

grensen mellom de av de grunnleggende søylene i norsk offentlig sektor: Skillet mellom stat og kommune.

Samtidig signaliseres det også tydeligere bruk av sentrale redskap for prioritering. Det betyr i praksis at man forsøker å opprette beslutningsregler for de ulike aktørene som treffer kostnadsdrivende beslutninger i helsevesenet, der en del av kjernen vil ligge i definisjoner knyttet til pasientens behov. Har hun rett til nødvendig helsehjelp? Hvor raskt? Til hvilken kostnad? I neste omgang blir dette også en beslutning om hvor i systemet pasienten skal befinne seg, slik at det oppstår en spenning mellom, på den ene siden, å bruke pasienten som ledestjerne i organisatoriske valg, og på den andre siden det å treffe beslutninger ut fra gjeldende regler og rutiner – som i så måte kommer forut for den konkrete pasientvurderingen.

En annen konkret problematikk som springer ut fra denne mer overordnede tematikken, er fastlegenes rolle i et system som skal være «sømløst» bygget rundt pasienten og der pasienten skal hjelpes etter BEON-prinsippene. Langt de fleste fastleger er i realiteten selvstendig næringsdrivende som driver sin praksis ut fra en avtale med kommunen. En utfordring med insentivtankegangen som skal begrense bruken av kostbar spesialisthelsetjeneste, er at fastlegene og kommunene opererer som selvstendige aktører: Kommunenes økonomiske agenda vil være knyttet til kostnadskontroll og -reduksjon, mens den privatpraktiserende fastlegens agenda vil være langt lettere knyttet til den enkeltes autonomi i driften av egen praksis.

I den typen samhandlingstiltak som slagbehandlingprosjektet er, kan man se for seg at en del av disse spenningene eller problemene vil framstå som relevante. Helt konkret krever for eksempel behandlingen av slagpasientene i prosjektet økonomiske ressurser fra ulike offentlige aktører; noe går over helseforetakets budsjetter, noe over kommunens helsebudsjetter, og noe dekkes av helt andre instanser. Dette gjelder likeens innsatsfaktorer som bemanning og administrative tjenester, slik at det oppstår et «nettverk» rundt pasienten. I dette nettverket forutsettes det så at alle relevante problemer av økonomisk-administrativ og faglig art avklares. I slagbehandlingprosjektet ser ikke dette ut til å være et direkte problem, men om denne typen tiltak blir mer omfattende, vil det også kreve en koordineringsinnsats som strekker seg ut over rene faglige, medisinske vurderinger av hvor pasienten bør befinne seg. I praksis betyr det at samhandlingsreformens slagord om «rett behandling, på rett sted, til rett tid» er en krevende øvelse, som bare delvis er en øvelse knyttet til medisinskfaglige beslutninger. Denne «øvelsen» synliggjør på mange måter spennet mellom de ulike nivåene det tas beslutninger på, innenfor både kommunale og statlige beslutningsstrukturer.

I forholdet mellom de kommunale og de statlige delene av helsesystemet ligger det også politiske forutsetninger som kan være med å påvirke de beslutninger som tas knyttet til samhandling rundt den enkelte pasient. En tenkt situasjon kan eksempelvis være knyttet til kommunens råderett over egne ressurser, som i praksis kan tenkes å stå i kontrast til helseforetakenes noe mer ensartede fokus på produksjon av helsetjenester. Politiske skifter i kommunene kan tenkes å ha ganske direkte konsekvenser for utviklingsprosjekter i helse- og omsorgstjenestene, der finansiering av helseforetakenes «ende» av en ordning har andre kilder og ikke er gjenstand for den samme usikkerheten. I enkelte av intervjuene antydet enkelte av informantene at nettopp en viss

uforutsigbarhet i kommunale økonomiske disposisjoner kanskje var tettere knyttet til kommunehelsetjenestene enn helseforetaket, og dette kan være et eksempel på at selv forholdsvis vellykkede prosjekter vil kunne møte hindringer på veien mot mer permanente ordninger.

Informasjon og kommunikasjon, helhet og fragmenter

I systemer som forutsetter at samhandling orienteres rundt pasienten, finnes også et vesentlig behov for god koordinering av informasjon og informasjonssystemer. Dette gjelder alt fra journalsystemer og avklaring av praktiske forhold, til rom for faglig diskusjon og konsultasjon mellom aktører som har med pasienten å gjøre – for eksempel i valg av behandling eller vurderinger i forhold til økonomi eller prioritering. Det brukes relativt store ressurser på informasjons- og kommunikasjonsteknologiske løsninger i norsk helsevesen, og det er ikke uten grunn. Samtidig rapporteres det om en del konkrete utfordringer, eksempelvis i slagbehandlingsprosjektet: Forskjellen mellom helseforetakets og kommunehelsetjenestens journalsystem har vært en konkret utfordring. Den kommende samhandlingsreformen fokuserer til en viss grad på informasjons- og kommunikasjonsutfordringer. Tilnærmingen er dels teknologisk orientert, dels orientert mot menneskelige rutiner og holdninger.

I diskusjonen om kommunikasjon og informasjon ligger det også forbindelser til kompleksitet i forholdet mellom de forskjellige helseprofesjonene og dere faglige tilnærming til både den enkelte pasient og til samhandling generelt. En sentral tanke i arbeid med å bedre informasjons- og kommunikasjonssystemer er å forebygge og bote på problemer knyttet til fragmentering (Bower 2005). Det understreker i praksis at ulike aktører i systemet har ulike spesialiteter, enten disse manifesteres som ulike faglige tilnærminger, eller som avveininger mellom medisinske, økonomiske og administrative hensyn. På mange måter er kommunikasjons- og informasjonsutfordringene helt sentrale i tankegangen om samhandling, ikke minst om de organisatoriske idealene knyttes til pasienten som selve navet i organiseringen av helsetjenestene.

En av problemdefinisjonene som har preget samhandlingsdiskusjonen, er hvorvidt samhandlingsproblemer oppstår på grunn av skiller mellom profesjoner (Nilsen 2010). Dermed finner vi igjen tanken om motsetninger mellom profesjonelle reflekteres i manglende kommunikasjon og informasjonsflyt mellom ulike profesjonsutøvere. Nilsen (Ibid.) mener imidlertid at dette til dels er en skjev framstilling; at selv om samhandlingsutfordringer i stor grad handler om fagutøvelse, er mange av profesjonsmotsetningene overkommuniserte i debatten om samhandling. I den forstand kan forskjellene mellom profesjonenes ferdigheter og kunnskap ses som komplementære ressurser, som i neste omgang kan utløse synergieffekter i form av utvidet problemforståelse, prosessilnærming eller nyskaping.

Et interessant aspekt ved slagbehandlingsprosjektet er at det, til tross for å være avgrenset i omfang – geografisk, medisinsk, organisatorisk – synliggjør en del av utfordringene med balansegangen mellom helhetlige, overordnede hensyn på den ene siden, og der mer spesifikke og pasientnære på den andre. En del av vurderingene i den forskningsorienterte delen av prosjektet handler om å finne den beste måten å håndtere

slagpasienter på. Den ubestridte nytten av dette forhindret likevel ikke at forankring av prosjektet i kommunen og helseforetaket var et sentralt hensyn i initieringsfasen, der teamorganisering, forholdet mellom forskning og utvikling, finansiering, håndtering av bemanningsressurser og lignende ble synliggjort i stor grad. Ble prosjektet etablert som ledd i en helhetlig tenkning på tvers av eksisterende systemer, holdninger og praksis; som et supplement og et forbedringsverktøy; eller som et spesifikt rettet forskningstiltak av partikulær karakter? Kanskje er alle disse alternativene riktige beskrivelser på hver sin måte, og kanskje beskriver nettopp det utfordringene med samhandling generelt og dette prosjektet spesielt på en god måte.

Avslutning

Slagbehandlingsprosjektet framstår på mange måter som et godt eksempel på hva samhandling dreier seg om. I realiteten er det like mye tale om et samhandlingsprosjekt, som et forskningsprosjekt. Dermed er læringspotensialet fra prosjektet – som på mange måter framstår som vellykket – ikke bare knyttet til forskningsresultater og distribusjon av kunnskap basert på forskningsinnsatsen. Slagbehandlingsprosjektet er også et konkret eksempel på hvordan samhandling kan foregå, og hvordan avveininger mellom små og store utfordringer kan avklares i praksis – mellom spesialiteter, mellom institusjoner, mellom ulike team og mellom ulike forvaltningsnivå. Prosjektet gir god anledning til å diskutere utviklingen på «samhandlingsfronten», rett og slett fordi prosjektet inkluderer en serie tiltak på dette området. Flere av slagbehandlingsprosjektets tilnærminger er gjenkjennelige i tankegangen bak samhandlingsreformen, til tross for den svært spesifikke innretningen mot slagpasienter.

Innledningsvis skisserte vi tre målsetninger for dette notatet. For det første ønsket vi å få oversikt over hvilke organisatorisk relevante tiltak som faktisk har vært inkludert i prosjektet; for det andre ville vi søke å identifisere relevante spenningsforhold, utfordringer og problemer som var av betydning for slagbehandlingsprosjektets samhandlingserfaringer; til sist ønsket vi å koble dette til en mer generell samhandlingsproblematikk som springer ut fra litteratur om organisatoriske problemstillinger i helsetjenestene og selve samhandlingsreformen.

Når det gjelder de *organisatoriske løsningene* som slagbehandlingsprosjektet bygger på, er det to aspekter som framstår som særlig sentrale: For det første gjelder dette et svært tydelig fokus på pasientflyt og behandlingsforløp. Et viktig poeng er ut til å være at i slagbehandlingsprosjektet var selve behandlingsforløpene og organiseringen av pasientenes bevegelser i helsesystemet tett integrert med de medisinske siktemålene med forskningsprosjektet. Det var gjennom å endre rutiner – i forhold til det mer tradisjonelle pasientforløpet ved slagbehandling – at man gjorde den medisinske intervensjonen. Ved å korte ned liggetid på sykehus og raskere overføre pasientene til rehabilitering, skulle man undersøke effektene på pasientenes helse over tid. Det betydde i praksis at rutinene for oppfølging av pasienten, forflytningen av dem mellom helsetjenestenes nivåer (inkludert overføring av ansvar for pasientene) ble endret for en del av pasientene, men ikke for andre. Det medisinske forsøket var med andre ord også et organisatorisk forsøk knyttet til bestemte oppfatninger om hvordan en kunne påvirke

faktorer som liggetid på sykehus, oppstart av rehabilitering, og oppfølging av pasientene over tid. Justeringen av denne typen parametere innebar også en justering av forholdet mellom to ulike organisatoriske nivåer; den statlige spesialisthelsetjenesten på den ene siden, og kommunehelsetjenesten på den andre. I realiteten skapte prosjektet en nivåoverskridende praksis som påvirket tjenesteproduksjonen i grenseflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten like mye som det påvirket det konkrete behandlingsregimet som pasientene var underlagt.

For det andre er bruken av team som en måte å organisere arbeidet på sentral for slagbehandlingsprosjektet. Innsatsteamet og det ambulante teamet jobber på en annen måte enn andre mer standardiserte enheter i helsevesenet, noe som er knyttet til det sterke fokuset på behandlingslinjer og pasientbevegelser i systemet. Samtidig har nok teamorganiseringen vært sett som nyttig i forbindelse med at slagbehandlingen her har hatt en prosjektorientert form, der det å kommunisere med involverte aktører og å kontrollere oppfølgingen av pasientene har vært sentrale hensyn for forskningen som er gjennomført. Teamene har fylt bestemte roller i prosjektet, der nettopp den tydelige definisjonen av disse rollene var en forutsetning for gjennomføringen av forskningen. Samtidig har teamorganiseringen til en viss grad vært fagoverskridende, hvilket ser ut til å ha gitt gode muligheter til å påvirke og styre innholdet både i behandlingen av pasientene og i rapporteringen tilbake til prosjektledelsen. Et spørsmål som er reist av flere i den forbindelse, er hvorvidt teamorganiseringen først og fremst er knyttet til det å gjennomføre et prosjekt – og mindre til en mer langsiktig organisering av forholdet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. En årsak til at dette spørsmålet reises, kan være en oppfatning av at man vil operere med ulike målsettinger og ta andre hensyn i et tidsavgrenset prosjekt enn i et mer permanent organisatorisk opplegg.

Når det gjelder mulige *spenningsforhold* som kan identifiseres – eller i det minste belyses – gjennom slagbehandlingsprosjektet, er det fire aspekter som bør nevnes avslutningsvis. For det første framhever slagbehandlingsprosjektets innretning et helt essensielt skille i norsk helsevesen: Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette skillet er igjen relevant i to ulike henseende: På den ene siden er dette et skille som representerer en gitt distribusjon av oppgaver i helsevesenet, der sykehusene skal gjøre enkelte ting, mens kommunehelsetjenesten skal gjøre noe annet. Det finnes slik en funksjonell begrunnelse for dette skillet, som er basert på ulike medisinske oppgaver. På den andre siden er dette også et skille mellom to ulike nivåer både i forvaltningsmessig og politisk forstand. Spesialisthelsetjenesten, helseforetakene, sykehusene tilhører det statlige domenet, mens kommunehelsetjenesten er tilknyttet lokalt styre og forvaltning. Dermed møtes også et sett politiske og administrative hensyn i produksjonen av tjenester som krysser disse to nivåene.

For det andre påpekte flere av informantene at det kunne være en utfordring – eller i det minste et identifiserbart skille – mellom to ulike typer hensyn i både den strukturelle og den funksjonelle organiseringen av prosjektet. Fra kommunens side oppfattet en del aktører sin innsats i forbindelse med slagbehandlingsprosjektet som utviklingsarbeid, mens forskningsarbeidet stod mer sentralt for en del av aktørene med tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Det innebærer ikke nødvendigvis at de involverte partene opplevde å ha konflikterende hensyn å ivareta, men heller at ulike deler av arbeidet med slagbehandlingsprosjektet tok forskjellige former og var orientert på noe ulike måter.

Eksempelvis vil det i et forskningsprosjekt være nødvendig å definere et slutt punkt for datainnsamling, analyser og ulike former for informasjonsbearbeiding, mens man i forbindelse med utviklingsarbeid mer direkte kan tenkes å jobbe i retning av kontinuerlig kvalitetsforbedring og håndtering av pasientstrømmer over lengre tid.

Forskjellen mellom prosjektorganisering og permanent løsning er et tredje tema som kom fram i undersøkelsene. I forbindelse med slagbehandlingsprosjektet virker det som om dette spenningsforholdet bunner i at en del av de involverte aktørene jobber ut fra dels ulike hensyn, der det omtalte skillet mellom forskning og utvikling er et aspekt. Et annet aspekt er imidlertid bruken av prosjekter som virkemidler knyttet til det å forbedre samhandling generelt. I så måte er slagbehandlingsprosjektet et eksempel på at ulike hensyn kan kombineres; her prøvde en ut organisatoriske løsninger og undersøkte en annen tilnærming til behandling av slagpasienter på en og samme tid. I sentrale policydokumenter, for eksempel om samhandlingsreformen, påpekes nettopp prosjekter som et virkemiddel til å skape bedre samhandling, men spørsmålet om hvordan en kan gå fra tidsavgrensede prosjekter til permanente løsninger vies mindre plass.

Dermed er vi over på de mer generelle betraktningene av *samhandlingsproblematikk*. I stor grad sammenfaller våre betraktninger på dette punktet med den tematikken vi allerede har nevnt. Imidlertid er rammene rundt en generell samhandlingsdiskusjon noe annerledes enn referansepunktene for slagbehandlingsprosjektet i seg selv. I den generelle samhandlingsdiskusjonen, ligger det en referanse til *hva man ønsker å få ut av systemet, hvordan dette skal skje, og til hvilken kostnad*. Det betyr at begrep som output, effektivitet og prioritering blir sentrale, på samme måte som styrbarhet, endringsmotstand og kompleksitet blir det. Eksempelvis er diskusjonen om rollefordelingen mellom statlige og kommunale oppgaver en viktig del av dette, for eksempel i diskusjonene om BEON-prinsippet (Beste Effektive Omsorgs Nivå – hvor er det best for pasienten og mest effektivt for samfunnet at behandling finner sted?) eller i diskusjonen om hvordan en kan balansere helhetlige politiske hensyn med spesifikk og mer fragmentert spesialisering knyttet til konkret behandling eller særlige pasientgrupper. Håndteringen av kompleksiteten i helsesystemet knytter seg til dette, og et av spørsmålene som er relevant i denne sammenheng er om det å organisere helsetjenestene rundt pasienten kan være en tilnærming. Hvilke konsekvenser har det om man ser pasienten som en reell organisatorisk størrelse, og ser pasientenes behov som input til en diskusjon om organisatoriske valg? Her er det også naturlig å se for seg at en kan møte problematikk som er knyttet til skiller mellom profesjoner og ulike typer faglighet og kompetanse, for eksempel i tilfeller der pasienter har behov for sammensatte tiltak på flere områder og med ulik behov for spesialisering (som for en del eldre pasienter og en del kronikere). Debatten om samhandling er imidlertid en politisk diskusjon like mye som den er en diskusjon om organisatorisk eller medisinsk begrunnede valg.

Litteratur

Ahgren, B. og R. Axelsson (2007) «Determinants of integrated health care development: Chains of care in Sweden». *International Journal of Health Planning and Management*, 22/2, pp. 145–157.

- Bower, A.G. (2005) *The diffusion and value of healthcare information technology*. Boston, RAND Corp.
- Byrkjeflot, H. og S. Neby (2008) «The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors». *Journal of Health Organization and Management*, 22/4, pp. 331–349.
- Hall, R.W., D. Belson, P. Murali og M. Dessouky (2006) «Modeling patient flows through the healthcare system». I R.W. Hall (red.): *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery*. New York, Springer.
- Ekman-Philips, M. (2002) *Dialog över etablerade gränser: Om organisationsutveckling i sjukvården*. Arbetsliv i omvandling 2002:9. Stockholm. Arbetslivsinstitutet.
- Indredavik, B., H. Fjærtøft, G. Ekeberg, A.D. Løge og B. Mørch (2000) «Benefit of an Extended Stroke Service Unit With Early Supported Discharge. A Randomized, Controlled Trial». *Stroke*, 31, pp. 2989–2994.
- Kjellehold, A. (2005) *Retten til individuell plan*. Bergen, Fagbokforlaget.
- Møller, G. og S. Flermoen (2010) «Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark». Telemarksforskning, Rapport nr 266.
- Neby, S. (2009) *Institutional Reform and Governance in the Scandinavian Hospital Fields. The dynamics of and between change and control*. Avhandling for Ph.d-graden. Bergen, Universitetet i Bergen.
- Nilsen, R. (2010) «Er tverrprofesjonell samhandling noe annet enn utøvelse av fag?» *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 6/1, pp. 93–100.
- NOU 1986:4 «Samordning i helse- og sosialtjenesten»
- St. meld. nr. 47 2008–2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. *Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juni 2009, godkjent i statsråd samme dag*.
- Willumsen, E. (2009) «Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren». I E. Willumsen (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis*. Oslo, Universitetsforlaget.

Kildemateriale

- Extended stroke unit service in Bergen: Framdriftsrapport til Norges Forskningsråd 30.09. 2010
- Slagbehandlingskjeden – Bergen. Prosjektbeskrivelse til NFR, 2009.
- Slagbehandlingskjeden – Bergen. Statusrapport til helsedirektoratet 01.04. 2009
- Intervju med rådgiver i Bergen kommune 10.03.2010 (Informant 4)
- Intervju med stipendiat i prosjektet 30.4.2010 (Informant 3)
- Intervju med prosjektledelse 21.4.2010 (Informant 1 og 2)
- Intervju med innsatsteam 14.12.2010 (Informant 8, 9 og 10)
- Intervju med ambulant team 13.12.2010 (Informant 5, 6 og 7)