

Hilmar A. Hagen og Kari Hynne Skjærpe

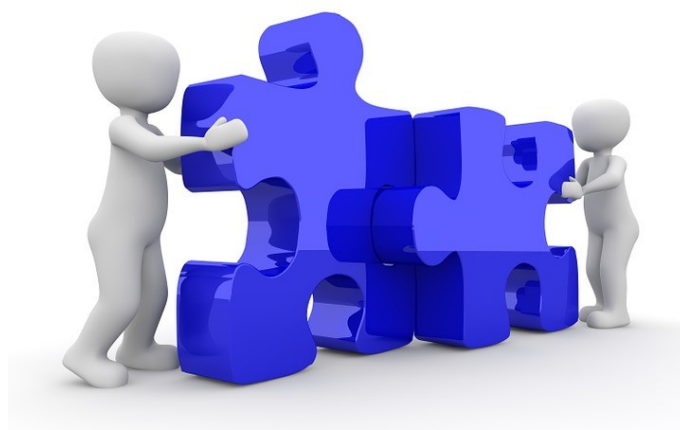
"...fra parter til partnere..."

En studie av hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt - i kommuner og sykehus

Masteroppgave i Master of Public Administration (MPA)

Veileder: Geir Hyrve

April 2019



Hilmar A. Hagen og Kari Hynne Skjærpe

"...fra parter til partnere..."

En studie av hvordan samhandlingsreformen
forstås lokalt - i kommuner og sykehus

Masteroppgave i Master of Public Administration (MPA)
Veileder: Geir Hyrve
April 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen

Forord

Denne masteravhandlingen markerer slutten på vårt studie i Master of Public Administration. Studiet har vært en spennende reise der det hele tiden har vært nye oppdagelser og rom for læring hele veien. Det hele startet med matpakken og en kopp kaffe der vi sammen reflekterte over mulighetene for å kunne tilegne oss ny kunnskap innen offentlig ledelse. Og slik ble det, veien gikk til NTNU der vi fant det studiet som tilfredsstilte det vi søkte etter.

Tidlig i studiet oppdaget vi at samhandling var noe vi stadig kom tilbake til. Det ble etterhvert klart for oss at det var i samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten at utfordringene og gevinstene lå. Når problemstillingen til masteravhandlingen skulle utarbeides og innleveres, ble vi raskt enige om at samhandlingsreformen og endringsledelse ble sentralt. Etter noen diskusjonsrunder og litt veiledning kom vi fram til problemstillingen og arbeidet med avhandlingen kunne starte.

En stor takk til våre informanter som tok seg tid og stilte opp i fokusgruppeintervju. Deres bidrag har gitt oss et godt grunnlag for vår avhandling. En takk til veileder Geir Hyrve som har inspirert oss, og gitt oss god veiledning under hele skrivearbeidet. Vi vil også takke vår samboer, ektemann og barn for tålmodighet dere har vist oss, takk for all tid vi har fått bruke på dette studiet.

Den største takken går til deg Kari, og til deg Hilmar for et fantastisk godt samarbeid i 2 år og 6 måneder. Vi har blitt et godt team, et team som har tilbragt utallige timer sammen og som har diskutert store og små utfordringer i offentlig sektor. Sammen har vi fullført dette studiet.

Levanger 7. april 2019

Kari Hynne Skjærpe

Hilmar A. Hagen

Sammendrag

Helseminister Bent Høye (2019) sier i sin sykehustale av 15. januar 2019 at mye er gjort siden samhandlingsreformen ble innført i 2009, men at fokuset i stor grad har vært knyttet til juridiske og økonomiske aspekter. Han mener tiden er moden for å se på hvordan vi i den offentlige helsetjenesten kan gå fra å være parter til å bli partnere.

Gjennom vår masteravhandling har vi undersøkt hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt i kommune og sykehus. Vi har intervjuet 17 ledere fra to sykehus og en kommune nord i Trøndelag. Lederne er fordelt i tre fokusgruppeintervjuer. Dette er ledere av begge kjønn som alle jobber pasientnært og som har erfaringer med samhandlingsreformen. Fokusområder i vår undersøkelse er hvordan bakgrunn, mål og ansvar som ligger i samhandlingsreformen er oppfattet, hvordan drivkrefter internt i virksomhetene har påvirket implementeringen og gjennom dette forståelsen av reformens mål og hensikt og hvordan ledelse av endring internt i virksomhetene kan ha påvirket forståelsen av reformen lokalt.

Vår undersøkelse viser at det er ulik forståelse for samhandlingsreformen i kommune og sykehus. Lederne fra sykehusene utviser en større og bredere forståelse for bakgrunn og mål med reformen. Dette har blant annet sin bakgrunn i at sykehuslederne opplevde et stort behov for endring i helsetjenestene på det tidspunkt samhandlingsreformen kom. Reformen kom imidlertid brått på i kommunene, og lederne opplevde ikke nødvendigvis sterkt behov for endring av tjenestene til pasientene. Det beskrives manglende forberedelser når reformen skulle innføres og det er tydelig at en ikke har samhandlet tilstrekkelig når det gjelder å skape en felles forståelse av mål og hensikt med reformen i kommune og sykehus.

Lederne i både kommune og sykehus viser stor forståelse for hvilket ansvar som ligger til det enkelte nivå i helsetjenesten knyttet til samhandlingsreformen. Det felles ansvar for samhandlingen omkring pasientene kommer imidlertid lite tydelig fram. Dette tydeliggjør at en fortsatt arbeider sammen som parter i pasientforløpet mer enn som partnere for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasientene.

Kommunene opplever å ha fått tilført flere og mer kompliserte oppgaver etter samhandlingsreformen. Det har skapt stor frustrasjon at en ikke samtidig opplever å ha fått tilført tilstrekkelig ressurser til å kunne utføre alle oppgavene. Imidlertid har en endret

kommunikasjons- og dokumentasjonspraksis gitt store gevinster, og dermed bidratt til en positiv holdning til endringer som følge av reformen. Den lokale forståelsen for samhandlingsreformen er i tillegg preget både av hvordan reformen er kommunisert av myndighetene, hvordan den er diskutert i samhandlingsrommet og hvordan den er oversatt i den enkelte virksomhet.

Lederne vi har intervjuet ønsker seg helt tydelig mer samstyring for å skape helhetlige helsetjenester til pasientene. De beskriver mangelfulle prosesser knyttet til å bygge bro mellom virksomhetene og knyttet til felles beslutninger som har betydning for pasientforløpene. Samtidig gir de også eksempler på tjenester som en kan se for seg løst i samskapelse mellom offentlige tjenester, private aktører og frivillige organisasjoner. Dette er hva Bent Høie (2019) beskriver som partnere i leveranse av helsetjenester.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
2.0 Kontekst	9
2.1 St.meld.nr 47 (2008-2009) samhandlingsreformen.....	9
2.2 Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen.....	10
2.3 Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.....	11
2.4 Perspektivmeldingen 2017.....	12
2.5 Sykehustalen 2019.....	12
2.6 Kontekstens betydning.....	13
3.0 Ledelse av offentlige helsetjenester	13
3.1 Styling i offentlig sektor.....	13
3.1.1 New Public Management.....	13
3.1.2 Ledelsesrommet i offentlig sektor etter NPM.....	14
3.1.3 New Public Governance.....	15
3.1.4 Samstyring, partnerskap og samskapelse.....	16
3.2 Implementering av politikk.....	19
3.3 Endringsledelse.....	21
3.3.1 Endring – oppslutning og motstand.....	22
3.3.2 Ledelse av endringsprosesser.....	24
3.4 Fra nasjonal føring, via implementering av politikk til utførelse i virksomhet.....	29
4.0 Metode	30
4.1 Forskningsdesign.....	32
4.2 Åpne intervju – fokusgruppeintervju.....	34
4.3 Dataanalyse.....	36
4.4 Refleksjon knyttet til metode.....	38
5.0 Hvordan forstås samhandlingsreformen lokalt?	40
5.1 Bakgrunn og mål for samhandlingsreformen.....	41
5.1.1 Resultater: Bakgrunn og mål.....	41
5.1.2 Forståelse for bakgrunn og mål i et styringsperspektiv.....	43
5.1.3 Forståelse for bakgrunn og mål i et implementeringsperspektiv.....	45
5.1.4 Forståelse for bakgrunn og mål i et ledelsesperspektiv.....	47
5.2 Ansvar i sykehus og kommuner.....	50
5.2.1 Resultater: Ansvar.....	50
5.2.2 Forståelse for ansvaret i et styringsperspektiv.....	52
5.2.3 Forståelse for ansvaret i et implementeringsperspektiv.....	55
5.2.4 Forståelse for ansvaret i et ledelsesperspektiv.....	56
5.3 Drivkrefter i endringsarbeidet.....	57
5.3.1 Resultater: Drivere for endring.....	58
5.3.2 Resultater: Hemmere for endring.....	60
5.3.3 Drivere og oppslutning eller hemmere og motstand.....	64
5.4 Forståelse for endring.....	74
5.4.1 Resultater: behov for endring, evaluering av endring og varig endring.....	75
5.4.2 Behov for endring, evaluering av endring og varig endring.....	78
6.0 Avslutning	87
7.0 Vegne videre	92
Litteratur	94
Vedlegg 1: Godkjenning av forskningsprosjekt, DAC HNT	97
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	100
Vedlegg 3: Intervjuguide	101

1.0 Innledning

«For en tid tilbake var jeg på besøk i Vågå. Der møtte jeg Kari på snart 100 år. Hun hadde aldri i hele sitt liv vært lengre sør, nord, øst eller vest – enn det fjellene satte grenser for. Men for to år siden brakk hun lårhalsen, og ble fraktet 15 mil av gårde til sykehus på Lillehammer. Hun fikk utmerket helsehjelp, og ble etter hvert frisk og gangfør igjen. Vel hjemme i Vågå ble hun en dag spurt om hun noen gang hadde vært i Oslo og sett Karl Johans gate, Slottet og Stortinget. Kari hadde svar på rede hånd: «Å nei du, så sjuk ha e nå all`der vorre.»»

(St.meld.nr.47, 2008-2009, Forord)

Dette sier daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen i forordet til Stortingsmelding nr.47 (2008-2009), Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Han ønsker at en naturlig formulering innen framtidens helsetjeneste skal være «pasienten er midlertidig utskrevet til spesialisthelsetjenesten».

Det har over lengre tid blitt beskrevet utfordringer innen helsetjenestene i Norge. Vi blir flere, vi blir eldre og vi bosetter oss stadig mer i byer og tettsteder. Noen sykdommer blir mindre truende mens andre vokser i omfang. Samtidig kan vi behandle mer og også flere sykdommer. Utfordringen dette gir for helsetjenesten er omfattende. Å fortsette som i dag er ikke bærekraftig. Flere av oppgavene innen helsetjenestene som skal løses og områder det jobbes med handler om samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunene. Det kan i mange tilfeller være vanskelig å avgjøre når det er kommunen som har ansvar, og når det er helseforetaket som har ansvar for helsetjenester til pasientene.

Som et tiltak for å sikre koordinerte og helhetlige helsetjenester utarbeidet regjeringen Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Reformen trådte i kraft 1.januar 2012. Et av hovedmålene som er skissert i reformen, er at pasientene skal oppleve tilbudet som gis fra helsetjenesten som helhetlig og koordinert. Det er lagt stor vekt på at de ulike virksomhetene sammen definerer hvilke oppgaver som tilbys hvor. Bjarne Håkon Hansen presiserer i sitt forord i St.meld. nr. 47 (2008-2009) at sykehuset skal yte spesialisthjelp, og at pasienten raskt skal tilbake til sin hjemkommune for å fortsette nødvendig behandling der. Pasienten skal dermed få rett behandling på rett sted til rett tid. Dette er hovedmålet som uttrykkes med samhandlingsreformen. (St.meld.nr.47, 2008-2009)

Med samhandlingsreformen satte regjeringen fokus på dagens og framtidens utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene i Norge. Det påpekes at samhandling er hovedstrategien og samhandlingstiltak beskrives som det enerådende utviklingsperspektivet framover. I samhandlingsreformen skisseres utfordringer når det gjelder fragmenterte tjenester, forebygging av sykdom, den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Målet som er uttrykt med samhandlingsreformen er at vi skal få økt pasientbehandling og bedre helsetilbud gjennom bedre samarbeid i alle ledd av helse- og omsorgstjenestene.

I januar 2016 la Riksrevisjonen fram for Stortinget en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Undersøkelsen påpeker at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten fortsatt ikke er tilfredsstillende, og kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen (Riksrevisjonens undersøkelse, Dokument 3:5 (2015-2016)).

Norsk offentlig sektor befinner seg i en konstant endringsprosess. Det har de siste 10 – 15 årene vært stort fokus på endringer ved å gjennomføre reformer. Riksrevisjonens undersøkelse fastslår at en ikke i sterk nok grad har lyktes med samhandlingsreformen, og en kan stille seg spørsmål om reformer er en hensiktsmessig tilnærming for endring i offentlig sektor.

I Perspektivmeldingen 2017 tydeliggjør regjeringen mange av de utfordringer nasjonen Norge står ovenfor i dag og i tiden som kommer. Meldingen beskriver utfordringer som krever endring innen store deler av vår offentlige virksomhet hvis vi skal greie å opprettholde det velferdstilbudet vi har i dag (St.meld.nr.29, 2017).

Helseminister Bent Høie tydeliggjorde også i forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan av 2015 at vi må ha en konkret plan for å ruste helsetjenesten for framtida. (St.meld.nr.11, 2015) Her tegnes et fremtidsbilde hvor pasienter deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten. I tillegg trenger vi riktig antall ansatte med riktig kompetanse som får brukt tiden sin riktig. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes.

I sykehustalen 2019, 15.01.19, framhever helseminister Bent Høie (2019) nok en gang at samhandling og god kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten må til for å skape gode pasientforløp. Han påpeker at gode forløp er helt nødvendig for å få bedre og mer helhetlige tjenester. Det er tydelig at helseministeren også mener at en ikke er kommet i mål med samhandlingsreformen. Nå ønsker han at helsetjenestene tar et skritt videre og inngår et mer forpliktende samarbeid der samskapelse virker å være sentralt i utviklingen av offentlige helsetjenester.

Det er naturlig å trekke den konklusjon at en ikke har lyktes i tilstrekkelig grad med samhandlingsreformen. Dermed er det også interessant å stille spørsmål ved om reformer er en hensiktsmessig tilnærming for endring i offentlig sektor. Med bakgrunn i dette ønsker vi å undersøke hvordan en slik reform forstås der helsetjenester ytes. Hvordan forstås de nasjonalt utformede og besluttede reformer i henhold til overordnede myndigheters intensjoner?

Det er skrevet flere masteravhandlinger omkring innføringen av samhandlingsreformen. I vår masteroppgave ønsker vi å undersøke forståelsen av reformen lokalt. Hvordan reformer implementeres kan ha betydning for om en lykkes med endringsarbeid i offentlig sektor og om en lykkes med forbedring av offentlige helsetjenester. Med tanke på at det stadig vil komme nye og store endringer for å sikre bærekraftige helsetjenester for framtida, er vår vurdering at det vil være nyttig å undersøke hvordan vi har lyktes med reformarbeid lokalt knyttet til samhandlingsreformen. Læring knyttet til dette vil kunne gi nyttig informasjon og kunnskap om hvordan vi i det videre skal sikre enda større måloppnåelse gjennom god implementering og translasjon av overordnede reformer og større endringer som har som mål å gi bedre og mer effektive tjenester.

Det er nærliggende for oss å gjøre vår undersøkelse lokalt, som vil si blant kommuner i nordre del av Trøndelag og i det lokale helseforetaket vi arbeider i, Helse Nord-Trøndelag. Som eksempel på større endringer som kommer har Helse Midt-Norge et stort og nærliggende prosjekt, Helseplattformen – En innbygger – En journal, som er en felles pasientjournal for helsetjenestene i regionen. Dette omfatter alle kommunene og lokale helseforetak i regionen, og skal implementeres i nær framtid. Her er en avhengig av å lykkes i samarbeid med kommunene. Vi håper våre konklusjoner kan brukes til å understøtte god implementering av blant annet Helseplattformen og andre større reformer innen helsetjenesten i framtida.

Vi valgte tidlig i studiet å skrive om samhandlingsreformen i en av våre prosjektoppgaver. Vi har lenge sett hvor komplisert det kan være med tjenesteyting innen offentlig sektor, spesielt når det gjelder samarbeid mellom ulike nivå og mellom ulike fagfelt i helsesektoren. Helsesektoren har over tid gjort endringer i sine organisasjoner, og vi har allerede beskrevet at det vil bli flere nødvendige endringer i tiden som kommer. Dette vil kreve mye av organisasjonene. Vi ser at det fortsatt vil være store gevinster å hente innen samhandling både når det gjelder kvalitet og bruk av ressurser. Samhandlingsreformen var den reformen som skulle gi et løft til pasientene da den kom. I følge Riksrevisjonens undersøkelse er målsetningen fortsatt ikke oppnådd (Riksrevisjonens undersøkelse, Dokument 3:5 (2015-2016)). Dette er også vår erfaring etter å ha jobbet i helseforetak i mange år, hvor vi blant annet har sett utfordringer med ventelister, korridorpasienter, mangelfull oppfølging etter utskrivning og fulle akuttmottak.

I løpet av de siste månedene av studiet, er det blitt klart for oss at vi i vår masteroppgave ønsker å undersøke betydningen ulike faktorer kan ha for å lykkes med innføring av reformer og større endringer innen offentlig sektor og helsetjenesten. Med denne bakgrunn og ut fra det vi har redegjort for ovenfor, er problemstillingen for vår masteroppgave som følger;

Hvordan forstås Samhandlingsreformen lokalt – i kommuner og sykehus?

Når vi ønsker å undersøke hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt er dette innenfor et teoretisk rammeverk innen styring i offentlig sektor, implementering av reformer og endringsledelse. Vår undersøkelse er knyttet til forventningene om samhandling for å oppnå helhetlige og koordinerte pasientforløp i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Når vi i vår problemstilling bruker begrepet lokalt menes både hvordan en nasjonal reform initiert av overordnede myndigheter forstås lokalt i de utøvende tjenester og samtidig hvordan vi i helsetjenesten i nordre del av Trøndelag har forstått reformen.

Det er et stort teoretisk omfang og ulike tilnærminger det er mulig å velge blant når endring med bakgrunn i offentlig politikk og reformer skal diskuteres. Vi må av den grunn avgrense vår tilnærming og utvalg med tanke på teoretisk rammeverk for vår oppgave. Vi er særskilt nysgjerrige på hvilken betydning styringsparadigmer i offentlig sektor, implementering av politikk / reformer og betydningen av endringsledelse har for forståelse av reformen. Vi benytter et spekter av teorigrunnlag innen alle disse tre perspektivene for å analysere vår

problemstilling. Dette beskrives i kapittel 3, hvor vi gjengir teorigrunnlaget for oppgaven. For å utforske hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt ønsker vi å belyse hvordan bakgrunn og mål for reformen er oppfattet i kommunen og sykehusene. I tillegg vurderer vi at det er interessant å få et bilde på hvordan drivkrefter internt i virksomhetene påvirker implementeringen og gjennom dette forståelsen for reformens mål og hensikt. Det å skape sterk oppslutning om endring eller å redusere motstand vil kunne ha betydning for hvordan en forstår eller oppfatter hensikten med endringer. Vi ønsker også å analysere hvordan ledelse av endring internt i virksomhetene kan ha påvirket forståelsen av reformen lokalt. Dette har ført oss fram til følgende forskningsspørsmål for vår undersøkelse:

Forskningsspørsmål 1: Hvordan er formålet med samhandlingsreformen oppfattet hos ledere i kommuner og helseforetak?

Forskningsspørsmål 2: Hvilke faktorer internt i organisasjon har bidratt til å fremme eller hemme endringer knyttet til samhandlingsreformen?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er det skapt forståelse for endring i kommuner og sykehus når det gjelder innføringen av samhandlingsreformen?

Videre vil vi nå redegjøre for oppbygging av vår oppgave. I kapittel 2 beskriver vi kort den kontekst som har betydning for og som danner grunnlag for vår problemstilling. Her beskrives kort St.meld.nr. 47 Samhandlingsreformen, rapport fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Perspektivmeldingen 2017 og helseministerens sykehustale 2019. Dernest redegjør vi i kapittel 3 for det teoretiske grunnlaget vi har valgt for oppgaven. Her beskrives kort paradigmer innen styring av offentlig sektor, teori omkring implementering av reformer og teorigrunnlag knyttet til endringsledelse.

Kapittel 4 er vårt metodekapittel hvor vi redegjør for hvordan vi har innhentet, sikret og bearbeidet data til vår undersøkelse. Resultatene fra vår undersøkelse og analyse av disse sammenstiller vi i kapittel 5. Vi har valgt å presentere resultatene etter tema fra forskningsspørsmålene, og analysen av resultatene gjøres fortløpende knyttet til de enkelte resultatene. I kapittel 6 kommer vår avslutning hvor vi sammenfatter konklusjoner fra vår

undersøkelse og analyse. Til slutt vil vi i kapittel 7 se framover og gjøre oss noen tanker om hvordan våre resultater kan benyttes i videre endringsarbeid innen offentlige helsetjenester.

2.0 Kontekst

Vi har her valgt å redegjøre for noen relevante og sentrale føringer, samt rapporter/undersøkelser fra nasjonale myndigheter når det gjelder samhandlingsreformen. Disse ligger til grunn for forventningene om større samhandling der partene skal skape noe sammen i helsetjenesten, og de definerer i tillegg hvordan måloppnåelse knyttet til reformen er oppnådd. Dermed danner dette også et naturlig grunnlag for temaet i vår oppgave og utformingen av problemstillingen.

2.1 St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen

I St.meld.nr. 47 (2008-2009) settes det fokus på dagens og framtidens utfordringer innen helse- og omsorgssektoren. Utfordringene beskrives med bakgrunn i et pasientperspektiv og på bakgrunn av et samfunnsøkonomisk perspektiv. Stortingsmeldingen har som utgangspunkt at bedre samhandling er et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder. Det er ønske om tiltak som understøtter helheten i disse tjenestene. Formålet med stortingsmeldingen er å komme med forslag til hvordan hensynet til samhandling kan påvirke den videre utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.

Samhandlingsreformen skisserer utfordringer når det gjelder fragmenterte tjenester, forebygging av sykdom og den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Gjennom samhandlingsreformen skal kommunene få ansvaret for å koordinere alle helsetjenester til sine innbyggere, uavhengig av om tjenesten blir levert av kommunene eller sykehusene. Målet er at kommunene skal bli motivert til å satse på forebyggende helsevern, sosialomsorg og eldreomsorg slik at behovet for sykehusinnleggelse reduseres. En helhetlig tenkning skal gi synergier som vil komme innbyggerne til gode. Pasientene skal få koordinerte tjenester som også kan ivareta de samfunnsøkonomiske utfordringer. Det ble overført økonomiske midler fra sykehusene til kommunene, og innført betalingsplikt for kommunene der utskrivningsklare pasienter ble liggende i sykehus. Stortingsmeldingen presiserer økt fokus på kvalitet og utveksling av

kompetanse mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Bjarne Håkon Hansen presiserer i sitt forord i St.meld. nr. 47 (2008-2009) at sykehuset skal yte spesialisthjelp, og at pasienten raskt skal tilbake til sin hjemkommune for å fortsette nødvendig behandling der. Pasienten skal dermed få rett behandling på rett sted til rett tid. Dette er hovedmålet som uttrykkes i samhandlingsreformen.

2.2 Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen

For å nå målene i samhandlingsreformen skulle den gjennomføres i et nært samarbeid mellom stat og kommunesektor som likeverdige parter. Helse- og Omsorgsdepartementet og KS inngikk derfor en avtale for perioden 2012 – 2015. Målet med avtalen var et samarbeid for å nå de beskrevne målene i samhandlingsreformen, og Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen ble etablert. Nettverkets mandat var å gi informasjon, råd og veiledning knyttet til gjennomføring av samhandlingsreformen til kommunesektor, spesialisthelsetjeneste og andre aktuelle aktører. Nettverket ble sammensatt av representanter fra KS sentralt, ulike kommuner, de fire regionale helseforetakene, fylkesmennene og departement og direktorat (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015).

Nettverket har utarbeidet en rapport som peker på gjenstående utfordringer knyttet til å nå samhandlingsreformens mål om bedre folkehelse, økt kvalitet på helsetjenester og bærekraft. Rapporten gir råd om hva som bør gjøres for å realisere pasientenes helsetjeneste. Tjenestene preges fortsatt av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester tilfredsstilles heller ikke. Rapporten peker også på at den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet nødvendiggjør endret måte helsetjenestene ytes på (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015).

2.3 Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen

Riksrevisjonen, ved riksrevisor Per Kristian Foss, la fram for Stortinget januar 2016 en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Hovedfunnene i rapporten oppsummeres slik:

- *Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus*
- *Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene*
- *Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen*
- *Samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke godt nok*
- *Innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten*
- *Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen*

(Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015-2016), s. 8).

Et viktig mål med samhandlingsreformen er at den kommunale helse og omsorgstjenesten skal overta ansvaret for flere av pasientforløpene. Dette har i liten grad skjedd. Det er en svært begrenset vekst når det gjelder kapasitet i kommunens helse og omsorgstjeneste. Et annet viktig mål med samhandlingsreformen, er helsetjenester med god kvalitet – og satsing på kompetanseutvikling. Det er kommunene som har ansvaret for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Kommunene har ikke benyttet seg tilstrekkelig av tiltak de er tilbudt av helseforetakene (Riksrevisjonens undersøkelse, Dokument 3:5 (2015-2016)).

Undersøkelsen viser også at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ikke utnyttes på en effektiv måte. Fastlegene er usikre på om kvaliteten på tilbudet er godt nok, og om det kan erstatte sykehusinnleggelse. Kommunene har tatt imot en større andel utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Undersøkelsen konkluderer med at statlige myndigheter mangler informasjon om kvalitet på kommunale pleie – og omsorgstjenester (Riksrevisjonens undersøkelse, Dokument 3:5 (2015-2016)).

2.4 Perspektivmeldingen 2017

Perspektivmeldingen 2017 stadfester regjeringen sin strategi for en trygg framtid for Norge. Her belyses sentrale utfordringer vi står overfor i vårt velferdssamfunn. Norsk økonomi står overfor store utfordringer og kloke veivalg må til heter det i meldingen. I innledningen kommer det tydelig fram at regjeringen mener omstilling ikke kan vente. Varig endring i offentlig sektor vil kreve evne og vilje til omstilling. Her presiseres det fortsatt at god oppgavefordeling mellom stat og kommune og en hensiktsmessig organisering er viktig for å oppnå effektiv drift og legge til rette for helhetlige og sektorovergrepene prioriteringer (St.meld.nr. 29, 2017).

Dette betyr at også helsetjenesten i Norge står ovenfor utfordringer. Befolkningen blir eldre og lever med flere kroniske og mer sammensatte sykdommer. I tillegg sees en økende utfordring blant barn og unge med behov for helsetjenester som sliter med problemstillinger innen rus og psykiatri. Det er en klar forventning i Perspektivmeldingen 2017 om at det også innen helsetjenestene kreves omstilling der man ser på nye måter å løse samfunnsoppdrag på (St.meld.nr. 29, 2017).

2.5 Sykehustalen 2019

Helseministeren presiserer i sin sykehustale 2019 forventninger om samhandling og god kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og at dette er nødvendig for å skape gode pasientforløp. Han påpeker at gode pasientforløp er viktig for å få bedre og mer helhetlige tjenester. Dette er en av grunnene til at han løfter samhandling som tema i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen. I samhandlingsreformen fra 2009 var det sterkt fokus på økonomiske og juridiske virkemidler, og i liten grad fokus på samhandlingen rundt den enkelte pasient. I talen sier han at pasientene og helsepersonellet, de som er viktigst i dette, forsvant i alle kontrakter, møter og økonomiske overføringer mellom partene. Derfor vil han at vi nå skal tenke nytt om samhandling. Svaret er at sykehusene og kommunene må gå fra å være parter til å bli partnere. Han presiserer at den lille n-en i partnere har stor betydning og at det går for sakte å realisere pasientens helsetjeneste. Omstilling er krevende, men helt nødvendig (Høie, 2019).

2.6 Kontekstens betydning

Stortingsmelding nr. 47, Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Perspektivmeldingen 2017 og Sykehustalen 2019 er alle føringer som gir et bilde av både utfordringer i helsetjenestene, utfordringer med innføringen av samhandlingsreformen og gir retning for videre utvikling av offentlige helsetjenester. Dette har vært et naturlig grunnlag for utarbeidelse av vår problemstilling og forskningsspørsmål. Føringene har gjort oss nysgjerrige på hvordan forståelsen av reformen er ute i kommuner og sykehus.

3.0 Ledelse av offentlige helsetjenester

Som nevnt har vi valgt å ha tre ulike tilnærminger i vårt teorigrunnlag. Innenfor styring i offentlig sektor vil vi legge vekt på hvordan New Public Management (NPM) har påvirket offentlige helsetjenester, hvilket ledelsesrom dette har skapt i offentlig sektor og hvordan New Public Governance (NPG) med samstyring, partnerskap og samskapelse er i ferd med å bli det nye styringssettet som kan løse de komplekse utfordringene offentlige helsetjenester står overfor. Innenfor implementering av politikk vil vi ha fokus på selve implementeringen og oversettelsen av en reform i virksomheter. Når det gjelder teorigrunnlaget innenfor endringsledelse har vi valgt å benytte endringsmodeller som er beskrevet av Kurt Lewin (1997), Dag Ingvar Jacobsen (2018) og John P. Kotter (2012 og 2018).

3.1 Styring i offentlig sektor

Innen offentlig tjenesteyting er det naturlig at styringssettet som preger offentlig sektor har betydning for hvordan tjenester organiseres, utformes og utøves. Dette er utgangspunktet for at vi bruker blant annet dette som referanseramme for analyse av hvordan en reform som samhandlingsreformen forstås lokalt.

3.1.1 New Public Management

New Public Management (NPM) ble introdusert som en blå bølge i offentlig sektor fra midten av 1980-tallet og forsterket gjennom 1990-tallet. Flere reformer ble iverksatt med den hensikt

å effektivisere offentlig sektor. NPM ble i de nordiske land sett på som en modernisering av offentlig sektor, og på 2000-tallet ble dette også forsterket i Norge. NPM var begrunnet både ut fra økonomiske resonnementer og med bakgrunn i tidligere hierarkisk oppbygde organisasjonsformer og styringslogikk. Den har som utgangspunkt at offentlig sektor skal drives ut fra en markedstenkning og på prinsipper fra privat sektor. Brukere av tjenestene defineres i større grad som kunder heller enn som passive mottakere av offentlige tjenester. Dette har gitt et typisk individfokus der brukeren eller kunden står særlig sentralt. Det har vært stort fokus på enkeltindividet og individuelle behov.

NPM var et resultat av kritikk mot en for stor offentlig sektor med for mye byråkrati, og effektivitet skulle oppnås gjennom blant annet å redusere antall nivå i organisasjonen. Det var ønskelig med en mer flat struktur, stor autonomi, myndighet og resultatansvar innenfor den enkelte enhet. Dette resulterte i etablering av resultatenheter både i kommuner og helseforetak som i større grad fikk totalansvar for måloppnåelse i egen enhet. En fikk dermed stort fokus på ytelse, effektivitet og ansvarlighet. Dette ga stort kontrollbehov, liten tillit og et svekket fagfokus i leveransen av tjenestene (Busch et.al, 2011, B).

Gjennom moderniseringsprogrammer, planer, rammeavtaler og nye styrings- og ledelsesverktøy skulle en sikre en mer effektiv og fleksibel offentlig sektor med bedre kvalitet. Det var et behov for å styre og kontrollere ressursbruken i det offentlige for å skape samfunnsøkonomisk balanse. Problemet i offentlig sektor ble beskrevet som manglende utnyttelse av økonomiske, organisatoriske og menneskelige ressurser (Pedersen, 2004). NPM-reformene har imidlertid gitt en oppsplittet offentlig sektor som gir krevende samordning og det har også gjort sektoren mer fragmentert. En har sett sektorspesifikke omorganiseringer som i liten grad har viet oppmerksomhet til helheten (Tranøy og Østerud, 2001).

3.1.2 Ledelsesrommet i offentlig sektor etter NPM

Dorthe Pedersen (2004) beskriver i sin artikkel at forvaltningspolitikken som tidligere rettet seg mot en samlet offentlig sektor etter NPM i større grad ble rettet mot den enkelte driftsenhet. Den enkelte driftsenhets evne til omstilling og effektivitet fikk stor oppmerksomhet. Staten og forvaltningen mistet med dette sin enhet og blir betegnet som en polysentrisk struktur. Den polysentriske strukturen gir flere og mindre stabile enheter for beslutningstaking. Til forskjell fra tidligere hierarkisk oppbygde og monosentriske enheter

fikk en enheter som var mer selvreferende og selvorganiserende i en struktur uten et gitt sentrum. Her mener Pedersen det er skapt nye vilkår for offentlig ledelse hvor det blir nødvendig å treffe kollektivt bindende beslutninger via beslutningsevne og autonomi (Pedersen, 2004).

Et polysentrisk samfunn og virksomheter med stor autonomi setter grenser for hvor mye virksomhetene kan styres hierarkisk, og en får desentralisert styring og kontekststyring. Gjennom desentralisert styring håndterer enhetene seg selv og sitt ansvar. Den enkelte enhet må forholde seg til en kompleks kontekst. Autonome enheter får en ramme for egen drift og stor frihet i å nå egne mål. Ledelse blir vesentlig når en går fra hierarki til kompleks og sammensatt struktur som er polysentrisk (Sand, 2004).

Pedersen beskriver at det i den nye offentlige sektor er behov for hybrid ledelse. I dette legger hun evnen til å manøvrere mellom ulike verdier og ulike institusjonelle kontekster. En må evne å invitere til relasjonell koordinasjon og samarbeid mellom relevante parter for offentlig verdiskapning. Det er behov for å skape ledelsesposisjoner via strategisk kommunikasjon og samhandling, og det blir nødvendig å skape felles verdier og holdninger. Det vil være nødvendig å få mobilisert relevante og potensielle ressurser for offentlig tjenesteyting. Det vil bli en kamp om ledelses- og beslutningsretten mellom konkurrerende virksomheter og også innenfor virksomhetene (Pedersen, 2004).

3.1.3 New Public Governance

Klijn og Koppenjan (2012 og 2016) beskriver at en i de siste tiårene har sett en enorm økning i litteratur omkring offentlig styring og nettverk, og at Governance Network Theory ligger til grunn for utviklingen av det nye paradigmet i offentlig sektor, New Public Governance (NPG). Her tar en innover seg kompleksiteten i dagens samfunn og dermed også kompleksiteten i offentlig sektor og i offentlig tjenesteyting. Sentralt innenfor dette paradigmet eller tradisjonen står samarbeid, tillit og partnerskap. Det blir viktig å pleie nettverk og at fagfolk samarbeider. Beslutninger og spørsmål må forankres i egen moderorganisasjon og i politiske miljøer, samtidig med at det er nødvendig å bygge bro og bånd til samarbeidende virksomheter.

Det nye paradigmet beskrives som det som kan gjøre oss i stand til å ta hånd om den kompleksitet, den gjensidige avhengighet og dynamikken innenfor offentlig problemløsning og tjenesteyting NPM ikke klarte å svare opp. I styringen av samarbeid og nettverksarbeid er det i mindre grad etablert formelle beslutningsorganer. En får flere «selvstyrende nettverk» og det blir mindre tydelig hvem som faktisk tar beslutninger. Av ledelse vil dette kreve at en kan gi og ta i partnerskap, at en har god kjennskap til sine partnere og god kjennskap til mål for egen virksomhet. Klijn og Koppenjan (2012 og 2016) argumenterer for at NPG heller vil bygge på tidligere paradigmer og hybride løsninger innen offentlig styring enn å erstatte dem.

I tillegg fordres borgernes initiativ og engasjement innenfor det nye paradigmet, og samstyring og samskapelse blir viktig innenfor offentlige tjenester. I dette beskrives et aktivt samfunn med mange initiativer fra befolkningen. Initiativene er gjerne en reaksjon på bakgrunn av et ønske om endring og at en er misfornøyd med leveransen av tjenester fra offentlig sektor og regjeringens politikk. Forskning viser at slike initiativ fra borgerne i lengden vil trenge økonomisk støtte, samt kunnskap fra og samhandling med offentlig sektor (Klijn og Koppenjan, 2012; Klijn og Koppenjan, 2016).

3.1.4 Samstyring, partnerskap og samskapelse

Offentlig sektor sin primære oppgave er å dekke kollektive behov og løse kollektive problemer. Med stadig økende forventninger til offentlig sektor og samtidig begrensede ressurser til rådighet med fokus på effektivisering, vil det måtte gå en grense for hva som er mulig. I lys av dette, kan det se ut til at vi står ved et veiskille, der vi må tenke nytt og annerledes (Torfing, Sørensen og Røiseland, 2016).

Det har som nevnt blitt tydelig i de senere år hvilke begrensninger de NPM-inspirerte endringene har med hensyn på å løse sentrale utfordringer i offentlig sektor. De sammensatte utfordringene en ser i dagens samfunn betegnes gjerne som «wicked problems». Disse problemene er særpreget av høy kompleksitet og det finnes ingen enkle løsninger på dem. Dette krever ofte et samarbeid på tvers av virksomheter og institusjoner. Med økende kompleksitet og autonomisering vil nye nettverksløsninger tvinge seg fram (Busch et.al, 2011, B).

Dagens styring kan betraktes som en kombinasjon av den tidligere hierarkiske styringen og de mer målstyringsorienterte regimene. En har sett en sterk økning i ulike modeller hvor det jobbes på tvers av geografiske grenser, institusjoner, sektorer og tjenesteområder. Dette omtales gjerne som nettverksstyring (Sørensen og Torfing, 2005; Holmen, 2011) eller samstyring (Røiseland mfl., 2012). Samstyring, og med dette endrede prinsipper for styring, stiller nye og til tider svært komplekse krav til den administrative ledelsen i offentlig sektor (Holmen, 2016).

Gjennom samstyring samarbeider aktørene i et ikke-hierarkisk forhold. Aktørene er gjensidig avhengige, noe som innebærer at de skal lykkes med saker som de bare kan oppnå i fellesskap. Beslutninger fattes gjennom dialog og forhandlinger, der en må diskutere seg fram til løsninger som alle kan slutte seg til. Samstyring er i tillegg en planlagt og målrettet aktivitet som betyr at en må fastsette mål, velge virkemidler, utforme strategier og koordinere ulike aktiviteter (Røiseland m.fl, 2012). Hovedutfordringen ved denne styringsformen er økt behov for koordinering og hvem som koordinerer. I tillegg skisseres også utfordringer ved uklare ansvarslinjer og ansvarliggjøring av beslutninger, samt en bekymring for at en kan få en marginalisering av folkevalgtes rolle og betydning. Samtidig blir det pekt på at samstyring også gir muligheter i form av nye styringsverktøy (Sørensen og Torfing, 2009; Holmen, 2011; Røiseland m.fl, 2012). Samstyringsprinsippet øker kompleksiteten ved styring, og det stiller krav til en visjonær og endringsorientert ledelse. For å lykkes kreves ledere som kan forhandle, lede innovasjon og bygge bro på tvers av formelle organisasjonsstrukturer (Holmen, 2016).

Partnerskap handler om å etablere forpliktende koalisjoner der man har nødvendige ressurser til å løse kollektive problemer. Man er i et koordinert og forpliktende samarbeid om ulike typer oppgaver, hvor en inngår avtaler og kontrakter med hverandre for å formalisere samarbeidet og forplikte partene. Dette betyr et bindende samarbeid mellom uavhengige aktører i et framforhandlet interessefellesskap. Det vil si en ikke-hierarkiske prosess hvor både offentlige og private aktørers ressurser koordineres, gis felles retning og mening. Gjennom dette får en styringsnettverk hvor samstyring utøves mellom partene, både offentlig/offentlig og offentlig/ privat (Røyseland og Vabo, 2008; Higdem, 2009).

Et partnerskap må være av en viss stabilitet og varighet, det må i tillegg til en viss grad være formalisert og det må være frivillig og med en mulighet for å velge exit. Partnerne må kunne

fatte beslutninger på vegne av andre og bidra med ressurser inn i partnerskapet. De må være gjensidig avhengig av hverandre og likeverdige. Partnerskap kan nyttes når en er avhengig av andre fristilte offentlige sektorer, private aktører og/eller frivillige organisasjoners ressurser for å få en god løsning på en offentlig oppgave. I tillegg kan det være hensiktsmessig i tilfeller der det mangler tradisjon for kollektiv oppgaveløsning mellom aktører og hvor tilliten til oppfølging fra andre er lav (Higdem, 2009; Røyseland og Vabo, 2016).

For partnerskap som skal lykkes er det viktig å dele beslutningsmyndighet og ansvarlighet, bygge tillit og felles kapasitet, samt koordinerte mål og planer. Ledelse av strategiske endringsprosesser bør være felles utviklet og gjennomført og det er vesentlig å få på plass avtaler som inneholder bestemmelser om hva som skjer dersom en eller flere parter ikke oppfyller sin del av avtalen. Det må være en klar tilbakekobling til formelt valgte organer fra partnerskapet. I sammensetningen av partnerskapet er det vesentlig med en gjensidig avhengighet for oppgaveløsningen (Røyseland og Vabo, 2016).

Samskapelse er en strategi der en søker å løse felles oppgaver, problemer og utfordringer ved å mobilisere medarbeidernes, innbyggernes, lokale virksomheter og foreningers kompetanse i en felles løsning. Denne strategien bryter med forestillingen om at offentlig sektor er eneansvarlig for tjenester og problemløsning til innbyggerne. Kjernen i strategien er å få offentlige og private aktører til å samarbeide med hverandre, dele kunnskap og ressurser for å skape mer kvalitet i offentlig tjenesteproduksjon uten at det må koste mer.

Samskapelse utfordrer på flere områder. Politikere, ledere, medarbeidere og frivillige blir tvunget til å arbeide tettere sammen. Dette fører til at det utvikles nye roller som bidrar til gjensidig utveksling av ideer, kompetanse og ressurser. Samskapelse handler ikke om å bygge ned organisatoriske grenser. Grenser er nødvendige og viktige, de skaper orden og legger grunnlag for ulike typer roller som er avgjørende for ansvarlighet og kontroll. Ledelsesmessig kan samskapelse by på utfordringer. Lederne må lede medarbeidere de ikke har ledelsesmyndighet over. Ledelse i samskapelse vil derfor i mindre grad handle om å instruere og kontrollere medarbeiderne. Det vil i større grad dreie seg om å motivere, gi retning og fordele lederansvar blant medarbeiderne (Torfing, Sørensen og Røyseland, 2016).

I framtiden vil samskapelse ha et stort potensiale som en reformstrategi i og med at den svarer på mange av de utfordringer vi ser i dag. Samskapelse er ingen magisk formel, den krever

hardt og målrettet arbeid og vil kunne møte motstand. Derfor vil det kunne være hensiktsmessig å prøve ut strategien i en mindre skala i en tidsbegrenset periode. Aktørene kan tenke gjennom hvilke områder det kan være naturlig å starte, og sammen planlegge utforming og iverksetting (Torfing, Sørensen og Røiseland, 2016).

3.2 Implementering av politikk

Reformer oppstår ofte som en følge av kriser eller forventninger om kriser. Brunsson og Olsson (1990) påpeker at det kan være stor avstand mellom det som forventes av en organisasjon og det organisasjonen presenterer, enten som manglende måloppnåelse eller som følge av at målene endres. En reform kan være virkemidlet som kan tette hullene mellom ambisjoner og realiteter. Men blir reformen ikke implementert, kan det ende opp med å øke avstanden og skape behov for enda en reform. Om reformer skal lykkes, er det ikke tilstrekkelig med politiske ambisjoner og tiltak i seg selv. Man må også ha en metode for å realisere politikk i praksis (Fullan og Pomfret, 1977). Dette er utgangspunktet for at vi ønsker å bruke et slikt teorigrunnlag for å analysere vår problemstilling.

Søren Winter (2008) framstiller i «Den integrerte implementeringsmodell» flere faktorer som kan ha betydning for implementeringsresultatet av politiske beslutninger. Modellen søker å integrere en rekke av de vesentlige teorier innen implementeringsforskningen. I implementeringsprosessen beskrives her både organisatorisk og interorganisatorisk implementeringsadferd, ledelse, frontpersonale som leverer tjenestene til borgerne, og til sist brukerne å ha betydning for implementeringsresultatet.

En top-down-tilnærming til implementering av politikk tar utgangspunkt i de offisielle mål og krav som ligger til grunn for en politikk. Implementeringen vurderes innenfor dette perspektivet fra et styrings- og kontrollperspektiv. Eksempler på dette kan være en lovttekst med tilhørende forskrifter. En bottom-up-tilnærming tar utgangspunkt i problemet og spør om problemet blir løst. Kriterier for vurderinger blir her evnen til å løse problemet. Dette er en bredere tilnærming enn om man kun tar utgangspunkt i offisielle mål for tiltaket. Problemdimensjonen trenger ikke nødvendigvis å være den samme som de offisielle målene. Søkelyset vil her være på interaksjonen mellom borgere og byråkrater (Winter, 2008).

Winter (2008) beskriver at ledelse har en selvstendig betydning i prosesser hvor politiske mål og mål på organisasjonsnivå skal omsettes til handling blant det personalet som faktisk utfører tjenestene til borgerne og i vårt tilfelle overfor pasientene. Denne transformasjonen vil kunne påvirkes av graden av informasjonsasymmetri mellom ledere og ansatte, samt av ledelsesinstrumenter som tas i bruk.

Ansatte nærmest borgerne innenfor offentlige tjenester beskrives å ha en særlig selvstendig rolle i leveransen av disse tjenestene. I sin direkte kontakt med for eksempel pasienter utviser dette frontpersonale, som Winter (2008) kaller dem, et betydelig individuelt skjønnsom som er påvirket både av kunnskap, vilje, interesser og holdninger. Dette gjør sykepleieren, læreren, politimannen og legen til viktige politiske beslutningstakere med stor påvirkning på implementeringsresultatet. I tillegg til ledelse og frontpersonale framhever Winter (2008) betydningen målgruppen selv har for implementeringen. Dette med bakgrunn i at målgruppen ofte inngår i et samspill med frontpersonale, og dette vil kunne påvirke den offentlige sektors prestasjoner.

Kjell Arne Røvik (2007) skriver om translasjon av reformer som en alternativ doktrine for implementering. Han beskriver at det skjer noe med reformer når de blir forsøkt overført og implementert i virksomhetene. Reformideer blir oversatt når de overføres fra en kontekst til en annen og måten aktører oversetter på er avgjørende for om en lykkes med å implementere reformer. Røvik redegjør for tre ulike måter å oversette reformideer på. En reproduserende – hvor målet er å gjenskape et godt resultat fra en organisasjon til en annen, en modifierende – hvor fokus blant annet er å være lojal mot overordnede myndigheters forventninger om implementering og en radikal måte hvor en er mer opptatt av å involvere enn å kopiere fra andre. I den radikale metoden ser en ideer mer som et forslag om ønsket implementering og inspirasjonskilde for å kunne starte prosesser.

Røvik (2014) påpeker at å lykkes eller mislykkes med reformarbeid i stor grad kan avhenge av hvordan de involverte aktørene oversetter reformideene. Reformideer blir oversatt i det de blir overført eller implementert i en organisasjon. Den translasjonsteoretiske tilnærmingen til implementering av reformideer er opptatt av at man bedre skal kunne forstå og samtidig praktisk håndtere prosesser for kunnskapsoverføring og implementering. Dette skal kunne fungere som et alternativ eller et supplement til de tradisjonelle implementeringsmetoder som top-down og bottom-up.

Reformer ses på som ideer, ideene endres kontinuerlig når de overføres og iverksettes ute i virksomhetene. Det grunnleggende resonnetet er at ideer er foranderlige størrelser. Man får begrep om hva organisasjoner gjør med reformideene når de implementeres og hvor avgjørende dette kan være for om ideene blir implementert, i hvilken versjon de blir implementert og hvordan de virker i praksis. I den translasjonsteoretiske tilnærmingen blir lokale aktører sett på som translatører som forholder seg aktivt til reformideene og med bakgrunn i sine kunnskaper omformer og tilpasser reformen til lokale forhold og den kontekst ideene skal virke i. Med dette som bakgrunn argumenteres i denne tilnærmingen at det er avgjørende med den kompetanse de involverte aktører har til å oversette reformideene (Røvik, 2014).

Røvik (2014) argumenterer for at det er vesentlig at denne alternative doktrinen for implementering mikses med de mer tradisjonelle metodene, for eksempel ved at en via top-down-tilnærmingen minnes om at oversettere ikke bare trenger kyndighet, men også myndighet for å lykkes med overføring og implementering av reformideer. Fra bottom-up-tilnærmingen til implementering av reformer og ideer bør oversettere ha med seg det grunnleggende premisset om at reformideene må være godt forankret på bakkeplan i virksomheten. I tillegg er det viktig å presisere at oversetteren må ha grundig kunnskap om kontekstene reformideene oversettes mellom. Det betyr en grundig kunnskap om virksomheten, virksomhetens drift, kultur og ledelse. Ved implementering av reformer vil virksomheten være nødt til å ta innover seg og håndtere hva som kommer av endringer. I dette vil ledelse ha særlig stor betydning.

3.3 Endringsledelse

Det finnes mange ulike definisjoner på hva endring er, men de aller fleste sier noe om tilstander. Jacobsen (2018) definerer endring på følgende måte; «*En organisasjon har endret seg når den utviser ulike trekk på (minst) to ulike tidspunkter*» (Jacobsen 2018, s.17). Jacobsen forklarer dette med at «*Endring er en empirisk observasjon av forskjeller i form, kvalitet eller tilstand over tid i en organisasjon*» (Jacobsen 2018, s.17). Flere hevder at ledelse er spesielt viktig i endringsprosesser, da som spesielle oppgaver og funksjoner, ikke nødvendigvis som personer. Dette gir at endringsledelse er en naturlig tilnærming når vi skal undersøke hvordan en så stor endring som samhandlingsreformen forstås hos ledere i den enkelte virksomhet.

3.3.1 Endring – oppslutning og motstand

I definisjonen Jacobsen (2018) bruker er det to sentrale elementer, tid og tilknytning til et objekt, fenomen eller tilstand. En organisasjon kan i mange tilfeller være objektet. For å kunne se på endring i en organisasjon, må en kunne sammenligne situasjoner på to ulike tidspunkt. Det er gjennom en slik sammenligning en kan se om det er forskjeller, og at en kan fastslå om endring har skjedd eller ikke. Jacobsen (2018) poengterer at det er først når vi betrakter endring som en prosess at tid blir et sentralt element i endring. Vi må ta stilling til når prosessen starter (fra en stabil tilstand) og når prosessen slutter (til en ny stabil tilstand). Det er dette som kan være utfordrende, å fastslå et klart start- og slutt punkt på en endringsprosess.

Det er flere grunner til at medlemmer i en organisasjon velger å gi oppslutning til en endring i organisasjonen. Jacobsen (2018) deler oppslutning i 3 nivå. Det nederste nivået er nødvendighetsoppslutning. Her gir medarbeiderne oppslutning fordi de ikke har noe annet valg. Det vil kunne være for stor risiko å yte motstand, derfor skapes oppslutning. Nivå 2 er normativ oppslutning, der en gir sin oppslutning fordi at en føler at en må, en føler en slags forpliktelse. Øverste nivået for oppslutning er affektiv oppslutning der en får oppslutning fordi en tror at endringene er et gode og at de er nødvendige. Her får man en positiv opplevelse av endringen og opplever at konsekvensene vil være gode både for organisasjonen og ansatte.

Hvis medlemmer i organisasjonen opplever at endringer som skal gjennomføres er unyttige, dumme eller slitsomme, vil det ofte bli reaksjoner som motstand. Jacobsen (2018) har laget en modell på fire nivåer som viser ulike former for motstand. Nivå 1 viser apati og likegyldighet med fravær av positive eller negative følelser, en kan oppleve en manglende interesse. Dette kan betegnes som en mild, men en vanlig form for motstand mot forandringer i organisasjoner. Nivå 2 beskrives som en passiv motstand der en kan merke kritiske kommentarer til endringer, og det stilles spørsmål til om det er behov for endringene. Nivå 3 er aktiv motstand der det vil kunne komme kritiske ytringer. En kan også se protester og boikott av vedtatte endringer. Gå-sakte-aksjoner kan være en reaksjon på dette nivået. Det siste nivået, nivå 4 beskrives som aggressiv motstand. Her vil en kunne oppleve aktiv spredning av negative rykter, nekting av iverksetting av tiltak og mer voldsomme streiker og aksjoner.

Jacobsen (2018) redegjør for ti årsaker til oppslutning og motstand i forbindelse med endring. *Faglig uenighet* kan være en viktig årsak til motstand. Det kan være uenighet om at det er nødvendig med endring, og om endringen skal gjennomføres og om den vil løse problemet. *Frykt for det ukjente* kan i mange tilfeller være den viktigste grunnen for motstand. Endringen vil kunne skape usikkerhet både i forhold til oppgaver som skal løses og hva det har å si for den enkelte. Dette vil kunne utløse et psykologisk stress som mange ønsker å unngå. Endringen kan også medføre at noen må lære seg noe nytt, eller arbeide på andre måter. Dette kan utløse en frykt som kan knyttes opp mot personlig mestring.

Tap eller gevinst av personlige goder ved endring, kan bidra til at noen blir tapere og andre vinnere. Endringen kan føre til at en må redusere eller øke antall ansatte. Utfallet vil være avgjørende for om en opplever tap eller gevinst. Tapet kan også være knyttet til muligheter for å gjøre karriere eller at endringen fører til andre oppgaver, samtidig som dette vil oppleves som muligheter for andre. *Tap av identitet* kan handle om fysiske endringer som tap av oppgaver, kontor eller det å bytte avdeling. Det å måtte forlate noe som en kjenner veldig godt, vil kunne oppleves som en trussel mot identitet og av den grunn føre til motstand mot endringen (Jacobsen, 2018).

Ekstraarbeid kan også være en faktor som bidrar til motstand. Endringene i organisasjonen kan føre til at det blir noe dobbeltarbeid, noe som krever ekstra innsats fra de ansatte i form av overtid. Endringen kan også føre til at det i en periode kreves opplæring på nye systemer, og ekstraarbeid kommer som en følge av det. *Tap av sosiale relasjoner* kan også bidra til motstand. Endringer i organisasjonen vil kunne føre til omgruppering av mennesker, noen enheter splittes, andre slås sammen og mennesker flyttes. Dette vil kunne medføre at mange mister den kontakten de har hatt med kollegaer over tid, og den sosiale tilhørigheten svekkes. Mange vil kunne reagere på både ekstraarbeid og tap av sosiale relasjoner med motstand mot endringene (Jacobsen, 2018).

Psykologiske kontrakter kan være uformelle og uskrevne avtaler mellom organisasjonen og individet. Dette kan være oppgaver det forventes skal gjøres eller ikke gjøres, hvilken myndighet en har eller ikke har. Brudd på dette ved endring vil kunne føre til motstand. *Endrede maktforhold* vil kunne være en følge av endringer i en organisasjon. Makten i en organisasjon kan være formell eller uformell. Den formelle makten følger ofte beslutningshierarkiet, mens den uformelle makten kan være knyttet til arbeidsoppgaver.

Endringer av oppgaver vil kunne påvirke maktfordelingen i betydelig grad, noen mister makt mens andre får makt. Det å miste en slik makt gjør at en mister muligheten til å skape handlingsrom og forutsigbarhet, med andre ord en frihet (Jacobsen, 2018).

Symbolsk orden kan knyttes tett opp mot makt, men i symboler ligger også holdninger om at ting ikke bare er det man ser. Symboler kan ha en dypere betydning og mening og kan også knyttes opp mot status. Gjør man endringer på dette, kan det også føre til sterk motstand i organisasjonen. *Aktører i omgivelsene* vil også kunne merke når endringer gjøres. Noen organisasjoner er mer viktige i sine nærmiljøer og vil av den grunn merke større motstand ved endringer. En nedleggelse av et produkt vil kunne rukke ved stedets identitet, og nedleggelse av arbeidsplasser vil kunne vekke motstand fra store deler av nærmiljøet. Innen helse har en sett at det å flytte på oppgaver fra et sted til et annet har ført til store protester fra innbyggere og andre interessegrupper (Jacobsen, 2018).

3.3.2 Ledelse av endringsprosesser

Ledelse av endringsprosesser må forankres i den formelle ledelsen i organisasjonen. Uten denne forankringen vil endring bli problematisk sier Jacobsen (2018). Han sier videre at det er den formelle ledelsen som har den formelle myndighet til å drive fram endringer eller til å undergrave dem. Det er ikke lederen selv som nødvendigvis må utøve endringsledelse, dette kan gjøres av endringsagenter. Jacobsen (2018) gjør et poeng av at det er forskjell på ledere som personer og posisjoner på den ene siden, og ledelse som en oppgave og funksjon på den andre siden. Dette vil bety at ledelse forstått som oppgaver og funksjoner vil være ekstra viktig i endringsprosesser. Det er ofte endringer medfører brudd på det etablerte. Det stabile brytes opp og det som har vært rutiner utfordres og maktforhold trues. Det er i disse situasjonene det er nødvendig med personer som trekker opp visjoner og som kan skape orden i det som kan virke som kaos.

Kurt Lewin (1997) har utviklet teori knyttet til planlagte endringer. Han påpeker at alle individer og sosiale systemer (organisasjoner) har en sterk tendens til å søke stabilitet og forutsigbarhet. Lewin utviklet en teori om sosiale kraftfelt som viser at i alle sosiale sammenhenger står en ovenfor både drivkrefter og motkrefter. Drivkreftene påskynder endring mens motkrefter forsøker å opprettholde stabilitet, fig. 1.

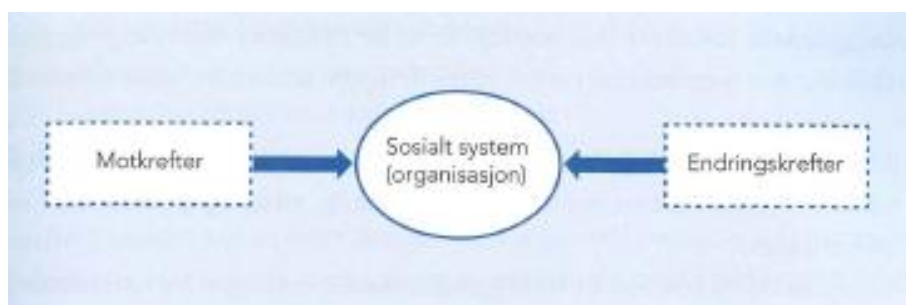


Fig. 1 Organisasjoner som står overfor motkrefter og drivkrefter
(Jakobsen 2018, s. 179)

For å kunne gjøre endringer, er det nødvendig at endringsagenter eller ledere er i stand til å gjøre drivkreftene sterkere enn motkreftene, eller motkreftene svakere enn drivkreftene. Lewin skisserer dette i tre steg; «opptining, bevegelse og nedfrysing». I det første steget som er opptining, dreier det som om å skape en endringsvilje blant medlemmene i organisasjonen (Jakobsen, 2018). Bevegelsen er selve endringen som må gjøres, og nedfrysing kan sies å være institusjonaliseringsfasen der endringen fryses, fig 2.



Fig. 2 Lewins trestegsmodell for endring (Jakobsen 2018, s. 179)

I følge Jacobsen (2018) handler endringsledelse i hovedsak om de to første stegene; «opptining og gjennomføring/bevegelse. Lederutfordringene her, kan stilles i to spørsmål; «Hvordan kan man skape klima for endring?» og «Hvordan bør ledere handle for å gjennomføre overgangen fra nåværende til fremtidig ønsket tilstand?» Dette betyr at ledelse blir viktig før endringsprosessen starter. Det må gjøres et forarbeid slik at endring kan finne

sted og det må gjøres et stykke arbeid med tanke på at eksisterende forhold blir erstattet med nye. Dette er to faser som henger tett sammen, og som i praksis ikke er lett å skille.

Opptining er den fasen det må legges mye vekt på. Det er organisasjonenes medlemmer som merker endringen tydeligst, og det er viktig at de er klar for endring. Medlemmene må forstå til en viss grad at endringen er nødvendig og at organisasjonen evner å gjøre endringen på en god måte. Endringsagentene vil kunne fungere som «opptinere». Det er av betydning hvordan organisasjonen forstår hva som skal gjøres og hvor klar den er for endring. Dette vil være med på å øke sannsynligheten for å lykkes. Det må skapes en forståelse av at endringen er viktig eller nødvendig, og menneskene i organisasjonen må oppleve at de er i stand til å gjennomføre endringen, at endringen er riktig for organisasjonen, at ledelsen har forpliktet seg til endringen og at endringen er positiv for organisasjonenes medlemmer (Jacobsen, 2018).

Viktigheten av endring bør være knyttet opp til dagens situasjon med tanke på behov for endring. Det må være en tilknytning til fortid der en ser på utvikling over tid, og endringen må være knyttet til framtid der en synliggjør hva som vil skje om ikke endring finner sted.

Viktigheten av endringene vil variere fra en opplevelse av at endring er helt nødvendig til en opplevelse av at endring er helt unødvendig. Det er ledelsen som må skape en forståelse av viktigheten av endring (Jacobsen, 2018).

Riktig er det andre elementet som har betydning for arbeidet med endring. Det må være riktig at endring er løsningen på problemet organisasjonen står ovenfor. Det må synliggjøres sammenhengen mellom tiltak og resultat, og at sammenhengen er overbevisende. I de tilfeller det er usikkerhet om tiltak og resultater gir ønsket effekt, blir ledelse viktig for å kunne overbevise organisasjonen om hvordan endringen skal føre til ønskede resultater (Jacobsen, 2018).

God viser til at det må synliggjøres forbedringer i forhold til det som er dagens situasjon. Hva er det som vil bli bedre, hva er det en ønsker å oppnå. Dette trenger ikke å være en enkel oppgave, det kan være utfordrende å si hva som menes med godt. Det kan være forskjeller på hva som er godt for organisasjonen og hva som er godt for individet. Lederen sin oppgave blir å synliggjøre et bilde av den fremtidige tilstanden som den enkelte tror på. Disse tre elementene viktig, riktig og god handler om å skape en god begrunnelse for endring, hvorfor den er nødvendig, hvorfor den vil virke og hvordan den vil bidra til forbedringer for alle (Jacobsen, 2018).

Gjennomføring av endring handler om å få mennesker til å endre sin måte å handle og samhandle på. Endringslederen må få mennesker til å endre seg på en ønsket måte. For å gjøre nødvendige endringer, kreves bruk av ulike typer makt selv om en har forsøkt å skape forståelse for at endring må skje. Det vil kunne oppstå ulike situasjoner der sentrale aktører støtter opp under endringen helt eller delvis, eller at sentrale aktører motsetter seg endringen passivt eller aktivt.

Det vil kunne bli behov for ulike måter å lede endringer på ut i fra hvordan situasjonen utvikler seg. Det kan bli nødvendig å se for seg organisasjonen som en «krigsarena» hvor en må vinne kamper for å få til endring. I en annen organisasjon kan menneskene ha felles mål og oppfatninger, slik at lederen må sette menneskene i stand til å endre seg for så å kunne gjennomføre nødvendige endringer (Jacobsen, 2018).

Det vil uansett være snakk om ulike måter å utøve makt på der det er situasjonen som avgjør hva som vil være nødvendig bruk av maktmidler for å få til nødvendig endring. Når det kommer til *nedfrysing* kan dette betegnes som en institusjonaliseringsfase hvor en har skapt en framtidig tilstand som er den nye stabile situasjonen for organisasjonen (Jacobsen 2018).

Som tidligere nevnt finnes mange ulike modeller og teorier som forklarer endring og endringsledelse. Jacobsen (2018) bygger sine forklaringsmodeller på Kurt Lewin sin modell for endringsledelse. Kotter (2012) bygger også sin modell på dette teorigrunnlaget, der han beskriver åtte faser eller prosesser som må følges for å lykkes med endringsledelse. Kotter (2018) har i de senere årene videreutviklet modellen slik at den opprinnelige «trappen» med 8 steg har blitt til en sirkel, figur 3. De 8 trinnene er stort sett de samme, men det er noen grunnleggende forskjeller på den opprinnelige modellen og sirkelen.



Fig. 3 Kotters endringsmodell (Kotter 2018, <https://www.kotterinc.com/wp-content/uploads/2018/05/8-Steps-eBook-Kotter-2018.pdf>)

Trinnene gjennomføres kontinuerlig og ofte samtidig, ikke sekvensielt slik tidligere beskrevet. Endringene skal ikke bare gjennomføres av en sterk kjernegruppe bestående av noen få personer, men dedikerte og interesserte ressurser fra hele organisasjonen skal være drivende i endringene. Endringene trenger ikke å skje gjennom hierarkiet, men kan gjerne skje i fleksible nettverk i organisasjonen i forbindelse med det tradisjonelle hierarkiet. Noen endringer krever fokus på en oppgave over tid, mens mange endringer skjer som et resultat av at man kontinuerlig søker nye muligheter og kapitaliserer på dette. Utvikling, testing og implementering skjer raskt.

Første fase eller prosess i Kotters modell er å *skape en følelse av nødvendighet*. Ledelsen må beskrive en mulighet som appellerer til medarbeidernes hode og hjerte ved å skape en forståelse og følelse av nødvendighet. Dette gjøres ved å evaluere omgivelser og utviklingstrekk, samt identifisere og drøfte potensielle «kriser» og viktige muligheter. Dernest kommer det å *bygge et rådgivende nettverk*. Nettverket kan utformes på ulike måter, men må bestå av medarbeidere fra ulike nivåer og områder av organisasjonen. Dette nettverket er på mange måter «kjernen» i endringsprosessen. Uten et slikt nettverk på plass vil organisasjonen fortsette å jobbe som før, noe som kan føre til at endringsprosessen stopper opp i stedet for å fullføres (Kotter, 2012 og 2018).

Tredje fase eller prosess er å *utvikle visjon og strategier*. Kotter definerer «strategiske initiativer» som målrettede og koordinerte aktiviteter som vil gjøre visjonen til en realitet. Stikkord som beskriver en god visjon: kommuniserbar, ønskelig, gir et verbalt bilde, fleksibel, oppnåelig, forståelig, enkel. Så beskriver han en ny vesentlig fase hvor en trenger å *rekruttere engasjerte medarbeidere*. Det er mulig å oppnå endring i stor skala når et betydelig antall medarbeidere samles rundt en felles mulighet, og går i samme retning for å oppnå denne. Nøkkelen er å skape begeistring for den store muligheten, og en følelse blant medarbeiderne der de «ønsker» å bidra, i motsetning til at de føler at de må.

I det videre er det viktig å *gi rom for handling ved å fjerne barrierer*. Ved å fjerne barrierer – som f.eks. ineffektive prosesser – kan ledere gi sine medarbeidere handlingsrommet de trenger for å kunne jobbe på tvers og dermed ha virkelig innvirkning på organisasjonen. Kotter beskriver at det samtidig er vesentlig å *genere kortsiktige gevinster*. En gevinst er alt – stort og smått – som kan bidra på veien til å nå målet. Gevinstene bør synliggjøres og kommuniseres slik at man kan følge utviklingen og motivere medarbeiderne til å fortsette endringsarbeidet.

Etter hvert som endring oppnås beskriver modellen at det er viktig å *oppretholde endringsarbeidet*. Fokuset på endringsarbeidet må opprettholdes etter at delmål og/eller kortsiktige gevinster er oppnådd. Etter hvert vil man som leder få økt troverdighet i arbeidet med å forbedre systemer, strukturer og prosedyrer, og det er viktig å fortsette endringsarbeidet helt til visjonen er en realitet. Endringsarbeidet kan revitaliseres ved bruk av nye temaer, prosjekter og agendaer. For å sikre varig endring beskrives det i modellen at en må *forankre* endringen. For at endringen skal bli varig og en del av organisasjonskulturen, er det viktig at sammenhengen mellom resultatet av endringen og organisasjonens resultater formidles på en god måte (Kotter, 2012 og 2018).

3.4 Fra nasjonal føring, via implementering av politikk til utførelse i virksomhet

Vi vil nå skissere det teorigrunnlaget vi vil benytte for å analysere hvordan samhandlingsreformen forstås i kommune og sykehus. Vi ønsker med dette å se på denne forståelsen fra ulike perspektiver, men med et utgangspunkt som handler om å drive helsetjenester i offentlig sektor til det beste for innbyggerne. Vi vil vurdere hvordan forståelsen av samhandlingsreformen kan forstås både med bakgrunn i at helsetjenestene som

utføres er styrt av det offentlige systemet og nasjonale føringer, men også via det som foregår i den enkelte virksomhet og dermed nært pasientene. Dette er et svært bredt perspektiv som har gjort at vi må begrense sterkt hva vi vil benytte som grunnlag for våre analyser innenfor de 3 ulike perspektivene offentlig styring, implementering av politikk og endringsledelse.

Det som har preget utvalget av teorigrunnlag når innsnevringen skulle gjøres er både vår lange erfaring med arbeid innenfor helsetjenestene hvor vi fortsatt opplever å være del av en NPM-preget virksomhetsstyring. Samtidig med at vi gjennom studiet har blitt nysgjerrig på hvordan NPG, samstyring og samskapelse kan bidra til å videreutvikle leveransen av helsetjenester for framtida. Når det gjelder dette med å forstå reformers innhold, konsekvenser og ikke minst implementering er det selve overføringen og oversettelsen til de aktuelle kontekster vi finner særlig interessant. Bakgrunnen for at Lewin, Jacobsen og Kotter har fanget vår interesse for endringsledelse internt i virksomheten handler i stor grad om at vi står overfor en stor utfordring med å innføre Helseplattformen både i kommune og helseforetak i Helse Midt-Norge. Hvordan ledelse av endringsprosesser har bidratt til forståelse av samhandlingsreformen er derfor særlig nyttig for det nært forestående endringsarbeidet. Her skal endringer nok en gang gjøres sammen på tvers av virksomheter.

4.0 Metode

Gjennom vår masteroppgave ønsker vi å bidra med kunnskap om hvordan samhandlingsreformen forstås i kommuner og sykehus. Vi vil undersøke denne virkeligheten for å få kunnskap om hvordan en slik reform oppfattes av dem skal stå for den faktiske gjennomføringen av de målsetninger, hensikter og tiltak som følger en slik nasjonalt initiert reform med store endringer. Ved å undersøke dette ønsker vi å finne informasjon om virkeligheten der ute og hva den forteller oss om forholdene i kommuner og sykehus knyttet til innføringen av samhandlingsreformen. Her skal vi beskrive hva vi har lagt til grunn for vår metodiske tilnærming til undersøkelsen. Vi vil også beskrive hvordan vi har gått fram for å skaffe informasjon om virkeligheten knyttet til disse forholdene og hvordan vi har analysert informasjonen vi har funnet. Gjennom metodekapittelet vil vi også synliggjøre problemstillinger knyttet til det å forske på egen organisasjon og forhold som pålitelighet og troverdighet til forskningen.

Før vi kom i gang med gjennomføringen av vår undersøkelse var vi først inne på nettsiden til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å sjekke om vår undersøkelse kom inn under personverntjenester. Ut fra de spørsmål vi tok stilling til der vurderer vi det slik at vi ikke skal innhente og bruke personopplysninger på noen måte. En slik søknad vurderte vi dermed som ikke nødvendig. I og med at vi skulle forske i egen organisasjon, Helse Nord-Trøndelag, måtte vi også forholde oss til at vi her har en egen Data Access Comitee (DAC) som vurderer og behandler søknader om forskning som skal foregå i helseforetaket. Denne godkjennelsen ligger vedlagt oppgaven.

Vi velger å legge en fortolkningsbasert forståelse til grunn for vår undersøkelse. Dette på grunn av at forståelsen i en slik tilnærming er at mennesker og sosiale systemer, som for eksempel organisasjoner, er i kontinuerlig utvikling. Virkeligheten vi skal undersøke i kommuner og sykehus lar seg vanskelig beskrive ved hjelp av lovmessigheter. Denne virkeligheten vil endre seg hele tiden og gammel kunnskap vil dermed ikke være relevant. Med et en slik forståelse betyr det at vi har som utgangspunkt at kunnskapen vi finner om endring og innføring av nye reformer / større endringer i helsetjenesten vil være lite generell, men tidsavgrenset, dynamisk og avhengig av kontekst (Jacobsen, 2015).

Ved en fortolkningsbasert tilnærming i undersøkelsen av hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt betyr dette at vi har som utgangspunkt at det er mulig å forstå denne virkeligheten på flere ulike måter. For å forstå hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt, og hvordan faktorer innen styring i offentlig sektor, implementering av politikk og endringsledelse kan ha hatt betydning for denne forståelsen søker vi gjennom vår undersøkelse å sette oss inn i hvordan mennesker i organisasjonene fortolker og legger mening i akkurat dette.

Vi vil i vår undersøkelse forsøke å gå fra empiri til teori. Det betyr at vi går ut i vår undersøkelse med et åpent sinn i motsetning til å ta utgangspunkt i et sett av forventninger for hvordan virkeligheten ser ut for å sjekke om forventningene faktisk stemmer med virkeligheten. Vi må jobbe med at vi ikke skal la forutinntatte holdninger og forventninger påvirke våre innhentede data som skal beskrive virkeligheten med hensyn til hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt. Dette vil kunne bli utfordrende, men det kan samtidig være en styrke ved forskning på egen organisasjon. (Johannessen et.al, 2016). Dette kommer vi tilbake til senere i kapittelet.

Gjennom en holistisk forståelse ønsker vi å ha som utgangspunkt at forståelsen av samhandlingsreformen blir til gjennom et komplekst samspill mellom enkeltindivider og den sammenheng de inngår i. Det betyr at vi går ut fra at mennesker og sosiale systemer må studeres i sin naturlige kontekst. Vi vektlegger med dette nærhet til det som skal undersøkes og et behov for å forstå hva intervjuobjektene mener og tror. Dette betyr samtidig at vi må være bevisst at det er nesten umulig å unngå vår egen fortolkning av virkeligheten, og særlig i og med at vi undersøker egen organisasjon og en samarbeidende kommune. Samtidig er det også kun gjennom nærhet at vi kan forstå andres oppfattelse av sammenhengene vi ønsker å undersøke.

Flere hevder at kvantitative data ikke kan måle den komplekse virkelighet mennesker oppholder seg i, men at en er avhengig av å få tak i hvordan menneskene tolker den sosiale virkeligheten de lever i. For å få kunnskap om dette er det nødvendig for oss å la personene som skal gi oss informasjon snakke med egne ord og det vil derfor være naturlig for oss å benytte åpne intervju i fokusgrupper i vår undersøkelse. Gjennom intervjuer vil vi forhåpentligvis få fram hvordan våre informanter konstruerer og fortolker virkeligheten knyttet til samhandlingsreformen i helseforetak og kommunen. Kvalitativ tilnærming har som utgangspunkt at virkeligheten er for kompleks til å kunne reduseres til tall, i motsetning til i kvantitative undersøkelser hvor utgangspunktet er at en objektiv virkelighet må beskrives med tall (Jacobsen, 2015).

4.1 Forskningsdesign

Med forskningsdesignet legger vi en plan som skal relatere problemstillingen og forskningsspørsmålene til relevant teori og empiri. Det betyr at vi har hatt fokus på hvordan vi skal finne informasjon om forståelsen av samhandlingsreformen på bakgrunn av styring i offentlig sektor, implementering av politikk og endringsledelse. Forskningsdesignet er planen vi har lagt for innsamling og analyse av den informasjonen som skal belyse vår problemstilling. To hovedutfordringer ved valg av undersøkelsesdesign er kausalitet og generalisering. Når det er ønskelig å gå i dybden på et fenomen eller en hendelse brukes et intensivt opplegg. Vi ønsker med et slikt undersøkelsesopplegg å få en detaljert og grundig forståelse for hvordan virkeligheten oppfattes, og hvordan ting henger sammen. Flere nyanser skal studeres, men i relativt få enheter. Vår studie skal være virkelighetsnær, og ta utgangspunkt i dem som intervjues, deres forståelse og konteksten de er i.

Gjennom et slikt undersøkelsesdesign ønsker vi å gjøre en teoretisk generalisering, og vektlegge muligheter for læring. Dette er relevant når vi ønsker å undersøke tidligere endringer i helsetjenestene for bedre å kunne lykkes med innføring av nye. Når det gjelder kausalitet vil vi vektlegge avdekking og beskrivelse av kausale mekanismer heller enn å slå fast at to forhold henger kausalt sammen. Det betyr at vi er interessert i finne ut hvordan ting henger sammen og ikke bare at de henger sammen (Jacobsen, 2015; Johannessen et.al, 2016).

Som utgangspunkt har vi mange enheter vi burde ha undersøkt for å få fullstendig oversikt over hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt i helsetjenestene i Norge. Med utgangspunkt i at vi har begrenset både med tid og ressurser er vi nødt til å gjøre et utvalg. Vi har gjort et utvalg av enheter som skal danne grunnlag for den data vi samler inn og bruker som empiri i vår undersøkelse. Populasjonen som ligger til grunn for vår undersøkelse er alle norske helseforetak og kommuner, og vi undersøker denne populasjonen ved å gjøre et utvalg av dem (Jacobsen, 2015). Vårt utvalg er Helse Nord-Trøndelag som helseforetak og en samarbeidende kommune i nordre del av Trøndelag.

Undersøkelser hvor det velges et fåtall enheter kan kalles små N-undersøkelser. Slike studier har fokus på et spesielt fenomen, og hvordan dette kan belyses fra ulike ståsteder.

Utgangspunktet er at ulike informanter har ulike ståsteder og derfor ulike oppfatninger av fenomenet (Jacobsen, 2015). Når vi velger flere analyseenheter fra ulike kontekster kan vi få en mer rik beskrivelse av forståelsen av samhandlingsreformen enn om vi hadde studert en enkelt case. Vår hensikt med dette er å få fram ulike forståelser av hvordan reformen forstås og har påvirket helsetjenesten i nordre deler av Trøndelag. En kan også si at vi med vår undersøkelse gjør en case-studie. Ved å undersøke hvordan samhandlingsreformen forstås både i kommune og sykehus gjør vi en enkeltcasestudie med flere analyseenheter (Johannessen et.al, 2016).

Utvalg av enheter i slike studier har stor betydning for undersøkelsens troverdighet og pålitelighet. Det er viktig å kunne stole på informasjonen en får fra informantene i et slikt studie. I og med at vi skulle gjøre dybdeintervjuer måtte vi også være bevisst på hvilke personer vi skulle velge til undersøkelsen og intervjuene. Utvalget i kvalitativ metode er formålsstyrt. I dette ligger at formålet med undersøkelsen bestemmer hvem en skal velge ut til intervju. Vi har valgt ut enheter og intervjuobjekter på bakgrunn av ønske om bredde og

variasjon i informasjonen vi skulle samle inn, samt personer som kan ha erfaringer med samhandlingsreformen.

En generalisering av funnene i en undersøkelse avhenger blant annet av to forhold, antall enheter og hvordan vi har valgt ut enhetene som inngår i undersøkelsen. Jo flere enheter dess større sannsynlighet for å kunne gjøre en statistisk generalisering av funn. Vi er imidlertid mest interessert i læring, altså en teoretisk eller analytisk generalisering. (Kvale og Brinkmann, 2009) Dette for at våre funn skal kunne gi kunnskap til framtidige endringer innenfor helsetjenestene. Et utvalg vil da være mer hensiktsmessig å gjøre ut fra en selektiv utvelgelse. Et typisk utvalg er et utvalg som vi mener kan representere flere enheter, men i kvalitative undersøkelser er det vanskelig å definere klart at en har tatt et representativt utvalg av enheter.

I og med at samhandlingsreformen har som hovedmål å styrke samhandling mellom helseforetak og kommuner vurderte vi det som sentralt å ha intervjuobjekter fra begge disse tjenestenivåene. Vi vurderte også at det var vesentlig å ha intervjuobjekter fra ulike avdelinger i de enkelte organisasjonene. Med dette som bakgrunn har vi gjort et utvalg på 17 personer til tre ulike fokusgruppeintervju for å få samlet data til vår undersøkelse. Dette er intervjuobjekter fra 11 ulike somatiske enheter i Helse Nord-Trøndelag, hvorav én fokusgruppe med seks ledere fra Sykehuset Levanger og én fokusgruppe med fem ledere fra Sykehuset Namsos. I tillegg har vi samlet én fokusgruppe med ledere fra seks ulike enheter i en samarbeidende kommune med et innbyggertall > 15.000.

4.2 Åpne intervju – fokusgruppeintervju

Gjennom åpne intervju har vi som undersøker og informantene som blir intervjuet en dialog ansikt til ansikt. I intervjuene la vi ikke særlige begrensninger på hva informantene kunne si. Slike intervjuer egner seg best når relativt få enheter skal undersøkes. Dette blant annet med bakgrunn i at metoden er svært tidkrevende, og at det gir store datamengder i form av mange notater eller lydopptak. Intervju egner seg også når vi er interessert i hvordan spesielle fenomener, som innføringen av samhandlingsreformen, tolkes og forstås (Jacobsen, 2015).

Fordelen med intervjuer ansikt til ansikt var at vi fikk etablert tillit og åpenhet i intervjuene. Det var også enkelt å få god flyt i samtalen, og vi fikk ingen distraksjoner gjennom intervjuene. Dette er imidlertid en svært tidkrevende metode for datainnsamling, og medfører

også stor ressursbruk med hensyn til at vi må være til stede under hele intervjuetiden. Dette er noe av bakgrunnen for at vi har valgt fokusgruppeintervju som metode for de åpne intervjuene. Vi var bevisst at enkelte kan kvie seg fra å stille til slike intervju og at det kunne være fare for at de som ble intervjuet lot seg påvirke av oss som intervjuet, en såkalt intervjuereffekt (Jacobsen, 2015).

Kvalitative intervju kan ha ulik grad av åpenhet. En kan gjennomføre helt vanlige samtaler uten noen form for styring fra intervjueren sin side eller det kan være et intervju som bygger på spørsmål med faste svaralternativer i en fast rekkefølge. Et åpent intervju bør ikke være så strukturert at en har en rekke forhåndsbestemte spørsmål med faste svaralternativer, men det bør heller ikke være helt ustrukturert. Vi valgte å utarbeide en intervjuguide som var inndelt etter tema som var knyttet til våre forskningsspørsmål. Ved hvert tema hadde vi så fire til seks spørsmål som deltakerne fikk anledning til å svare helt fritt ut fra. Intervjuguiden ligger vedlagt oppgaven.

Ved ansikt-til-ansikt intervjuer må en som nevnt tenke over hvilken kontekst intervjuet skal gjennomføres i. En kan gjennomføre intervjuene i en naturlig kontekst eller i en kunstig kontekst. Dette er vesentlig å være bevisst på ved bruk av en slik metode på grunn av at konteksten intervjuet foregår i påvirker innholdet i intervjuet, såkalt konteksteffekt. Intervjuobjekter opptrer gjerne forskjellig i en kunstig og i en naturlig kontekst. Ingen kontekst vil være nøytral, men vil påvirke intervjuet på et eller annet vis. Vi valgte å utføre fokusgruppeintervjuene i møterom ved den enkelte virksomhet hvor lederne som ble intervjuet arbeider.

Vi gjorde lydopptak av intervjuene for å få transkribert samtalen ordrett. En skal tenke over at mange reagerer negativt på at samtalen tas opp og vi sørget for å ha tillatelse til å gjøre opptak av samtalen. Lydopptak minimerte behovet for notater, men vi valgte likevel å ta korte notater gjennom intervjuet. Notatene gjorde det enklere å finne fram i opptakene i etterkant av intervjuene. Alle våre tre fokusgruppeintervju tok omtrent 1,5 time. Vi var bevisst på at vår opptreden kan ha mye å si for et intervju, og at tillitsrelasjonen er vesentlig. Vi la også stor vekt på forberedelsene til intervjuene og klargjøringen av hensikten med intervjuene.

I fokusgruppeintervju er det samspillet mellom intervjupersonene som står i fokus. Dette er i hovedsak bakgrunnen for at vi velger fokusgruppeintervju som metode. Vi ønsker å finne ut hvordan meninger skapes gjennom dialog. Det vil gi en ekstra dimensjon med hensyn til å forstå prosessen som også har påvirket forståelsen av samhandlingsreformen i de ulike miljøene. I fokusgrupper vil vi kunne få kunnskap om hvordan forståelse skapes. Informantene vil utdype hverandres synspunkter og oppfatninger og et argument vil kunne utdype eller forklare et annet. I fokusgruppeintervjuene bestemte vi som intervjuet emnet, men vi lot samtalene flyte fritt ved hvert enkelt spørsmål. Informasjonen vi fikk ble produsert gjennom samhandlingen i gruppen rundt det bestemte emnet og det enkelte spørsmålet.

Kombinasjonen av gruppesamhandling og emnefokus skal gjøre fokusgruppene til egnet for å produsere empiriske data. Det er det sosiale samspillet i fokusgruppen som gjør forskjellen fra andre typer intervjugrupper (Halkier, 2010; Bloor, 2001). Samtidig var vi klar over og bevisst på at det kan oppstå en sosial kontroll i fokusgruppen som kan hindre at forskjellige erfaringer og perspektiver kommer fram. Vi prøvde å sikre at alle lederne kom til orde og at ingen av dem fikk dominere for sterkt gjennom intervjuene. Det varierer litt hva som anbefales av antall medlemmer i en fokusgruppe. Alt fra seks til tolv deltakere er vanlig. Det er også fullt mulig å ha mindre grupper, dette litt etter sammensetning av gruppene og hvilket tema det skal samtales om (Halkier, 2010; Bloor, 2001). Vi hadde som nevnt 5-6 ledere i hver av de 3 fokusgruppeintervjuene.

4.3 Dataanalyse

Etter å ha innhentet store mengder informasjon var det vesentlig for oss å få redusert kompleksiteten i det materialet vi hadde samlet. Vi var opptatt av å prøve å forenkle og strukturere det på en slik måte at vi fikk oversikt over materialet. Gjennom sammenstillingen av intervjuene jobbet vi med å finne mønstre, regulariteter, avvik eller underliggende årsaker til ulike sammenhenger. Vi jobbet for å trekke fram viktige detaljer som kunne gi innsikt knyttet til forståelsen av samhandlingsreformen. En veksling mellom detaljer og helhet kalles hermeneutisk metode, eller den hermeneutiske spiral (Jacobsen, 2015). Vi samlet inn data fra den enkelte enhet og leder, enkeltdelene skulle så analyseres og ses i lys av helheten, helheten skulle igjen vurderes i lys av enkeltdelene og vi jobbet så med å få ny forståelse for enkeltdelene i undersøkelsen igjen, og slik fortsetter denne spiralen.

Ved analyse av kvalitative data må vi først dokumentere det materiale vi har fått gjennom intervjuene. Materialet vi har samlet inn beskriver vi videre i kapitlene i oppgaven hvor vi gjengir resultatene fra undersøkelsen. Etter at resultatene var transkribert måtte vi utforske innholdet, systematisere og kategorisere det før vi prøvde å binde sammen for å trekke sammenhenger ut av datamaterialet. Vi benyttet verktøyet Nvivo for å systematisere og kategorisere våre data. Tilnærmingen til analyse av kvalitative data kan være ulik. Vi har valgt å gjøre en innholdsanalyse hvor en bygger på en antakelse om at det intervjuobjektene sier kan kategoriseres i overordnede og meningsfylte kategorier (Jacobsen, 2015).

Utgangspunktet for kategoriene er tema som er gjennomgående for hele undersøkelsen og som nevnt er bestemt ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene.

Vi brukte mye tid på dette arbeidet på grunn av at unøyaktighet i kategorisering, vurdering av sammenhenger og kausalitet i analysen av dataene påvirker påliteligheten av undersøkelsen. Vi har også vært bevisst at kvaliteten i vår undersøkelse avhenger av vår evne til å reflektere over samspillet mellom selve forskningen og de resultatene vi presenterer. I kvalitative undersøkelser vil forskningens troverdighet styrkes jo mer åpen og reflektert forskerne er (Jacobsen, 2015).

Vår tilnærming med forskningsspørsmål som dannet grunnlaget for ulike tema i intervjuguiden tilsa at det var hensiktsmessig for oss å gjøre en innholdsanalyse av det datamateriale vi hadde samlet. Våre spørsmål var rettet mot spesifikke tema som naturlig ville utgjøre kategorier i vår undersøkelse. Når vi kategoriserte dataene gikk vi fra en analyse av den enkelte enhet til en analyse på tvers av enhetene. Gjennom denne koblingen sammenlignet vi lederne og enhetenes ulike utsagn knyttet til det enkelte tema / kategori eller forskningsspørsmål. Etter hvert satt vi med informasjon både om ulike tema, om enhetene vi hadde gjort undersøkelser i og om konteksten dataene ble samlet inn i. Dette kunne gi oss forståelse ut fra det som kjennetegnet undersøkelsesenheterne, sammenhengen mellom ulike fenomener og også hvordan de henger sammen.

Gjennom kvalitativ analyse fikk vi først uoversiktlige opplysninger. Vi har deretter dannet oss en mer stilisert oversikt over det vi har funnet. I denne utsilingen av detaljer har det vært viktig å sitte igjen med det vi mener er de viktigste funnene i vår undersøkelse. Ut fra våre data kunne vi ikke nødvendigvis direkte observere sammenhenger eller kausal mekanismer, men gjennom bruk av teoretiske begreper prøver vi i vår oppgave å skape mening og oversikt.

De kvalitative tilnærmingene legger vekt på at vi skal starte med det spesielle og bevege oss mot det generelle. Generalisering eller overførbarhet betyr en abstrahering og de små, unike detaljene skal bort fra analyser og konklusjoner (Jacobsen, 2015).

4.4 Refleksjoner knyttet til metode

Det å studere og forske i egen organisasjon, vet vi er omdiskutert. I en rekke studier er det faktisk en forutsetning at det skrives oppgaver fra egen organisasjon. Hos mange vil det være et ønske om å kunne gjøre noe med nåsituasjonen, det å få bidra til endring når en ser at noe ikke fungerer optimalt. Endringslysten kan sees på som en fordel, og den vil kunne forsterke engasjementet knyttet til forskningen. Ved forskning i egen organisasjon kan det være en fordel at språk og kultur allerede er kjent for oss. Vi vet også hva medlemmene i organisasjonen er opptatt av, og kjenner den uformelle delen av organisasjonen. Vi kjenner også til kritiske hendelser som kan ha betydning for svar en får i en undersøkelse. (Ry Nielsen og Repstad, 2004)

På en annen side er det lett å se ulemper med å studere i egen organisasjon. Med et for sterkt personlig engasjement kan mulige feilkilder oppstå og engasjementet kan styre erkjennelsen. Det kan også være vanskelig å få relevante data i en organisasjon der man er godt kjent. I tillegg kan det være at den som blir intervjuet kanskje forventer at dette vet vi som intervjuer fra før, og av den grunn holder tilbake data. Det kan også være en utfordring å tolke data når en er godt kjent i organisasjonen, vi kan la oss styre av forutinntatt meninger eller fordommer (Ry Nielsen og Repstad, 2004).

Når vi skal samle empiri til vår undersøkelse er det krav som stilles til denne. Empirien må være gyldig og relevant, også kalt valid, og den må være pålitelig og troverdig, også kalt reliabel (Jacobsen, 2015). For at empirien vi samler inn skal være gyldig og relevant må den gi svar på de spørsmålene vi faktisk stiller med våre forskningsspørsmål. Dette betyr at vi må ha dekning i den empiri vi samler inn for å trekke de konklusjoner vi gjør i våre analyser og i konklusjoner. Hvis undersøkelsen skal være gyldig og relevant skal den også si noe om at resultatet fra vår avgrensede undersøkelse i nordre del av Trøndelag kan være gyldig også i andre sammenhenger. Altså hvordan vi kan generalisere våre funn med hensyn på hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt med bakgrunn i teorigrunnlag fra styring i offentlig sektor, implementering av politikk og endringsledelse, og hvordan dette kan være overførbart

også til andre sammenhenger. For at dette skal være mulig må det vi har undersøkt være representativt også for andre sammenhenger, som for eksempel til den kommende innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge og også til andre større endringer som Perspektivmeldingen (2017) og Nasjonal helse- og sykehusplan (2015) initierer. Samtidig bør det også være overførbart til andre regioner i landet.

Med pålitelig og troverdig menes at undersøkelsen skal være til å stole på. Vår undersøkelse må være gjennomført på en troverdig måte som vekker tillit. Vi ønsker å finne fram til resultater som er relevante og riktige. Vi må med bakgrunn i dette gjennomføre vår undersøkelse på riktig måte, og systematisk slik at vår forskningsprosess ikke beheftes med feil, svakheter og manglende presisjon (Jacobsen, 2015).

Når en skal drøfte gyldighet og pålitelighet i kvalitativ undersøkelse betyr dette at vi skal forsøke å forholde oss kritisk til kvaliteten på data vi har samlet inn. Vi må spørre oss om vi har fått tak i det vi ønsket å få tak i, om funnene kan overføres til andre sammenhenger og om vi kan stole på de data vi har samlet inn. Dataenes gyldighet vil være sterkt knyttet til kildene som er utgangspunktet for datainnsamlingen. Et viktig spørsmål å stille er derfor om vi har valgt riktige kilder til vår undersøkelse. Om vi har fått tak i de riktige kildene er det heller ikke sikkert at de gir fra seg den riktige informasjonen. Da er det blant annet viktig å vurdere kildenes nærhet til fenomenet som skal undersøkes. Det vil også være naturlig å vurdere hvilken kunnskap intervjuobjektene faktisk har om samhandlingsreformen.

En validering innebærer i tillegg en vurdering av kildenes vilje til å gi riktig informasjon, vi må derfor vurdere om kildene kan ha interesse av å komme med all informasjon eller eventuelt gi et fordreid bilde av virkeligheten. Vi bør også vurdere om det er noe i konteksten som kan påvirke innholdet i informasjonen. Det er også viktig å reflektere over at ulike beskrivelser av et fenomen kan være et like godt tegn på gyldighet som like beskrivelser. Summen av informasjon fra ulike respondenter er den riktige beskrivelsen av fenomenet, og dette kan både tyde på enighet eller konvergens og uenighet eller divergens (Jacobsen, 2015).

Vi må i tillegg, for at undersøkelsen skal være pålitelig, stille spørsmål ved om det er noe ved selve undersøkelsen som kan påvirke resultatene av den. Dette gjelder selve undersøkelsesopplegget, effekten den som undersøker kan ha på respondentene, effekten kontekst kan ha for intervju / datainnsamling og om det er unøyaktigheter i registreringen av

de data som samles inn. For å validere i hvor stor grad funnene i undersøkelsen representerer virkeligheten utenfor denne undersøkelsen bør vi se på hvorvidt resultatene av den stemmer overens med annen forskning på området. Gyldigheten er styrket hvis det er sammenfall med en eller flere andre undersøkelser.

Gjennom en metodisk tilnærming til vår undersøkelse har vi satt oss inn i teori om samfunnsvitenskapelig metode til kvalitativ forskning, samtidig som vi har utarbeidet vår egen undersøkelse. Vi har gjennom arbeidet valgt å støtte oss på metodeteori tilhørende det steget vi til enhver tid har vært på for å kvalitetssikre en god metodisk prosess i arbeidet med undersøkelsen. Samtidig har vi også reflektert over momentene som ikke bare sikrer riktig gjennomføring, men også kvaliteten på den informasjonene vi har samlet inn, analysert og konkludert ut fra.

5.0 Hvordan forstås samhandlingsreformen lokalt?

Vi velger her å presisere hvordan vi har bygd opp dette kapittelet som både gjengir resultatene fra våre undersøkelser og hvor vi samtidig gjør en fortløpende analyse av resultatene knyttet til de enkelte temaene. Til forskningsspørsmål 1 hører temaene forståelse av bakgrunn og mål for reformen, samt forståelsen av ansvaret som ligger hos virksomhetene. Her beskriver vi dermed først våre resultater knyttet til forståelse for bakgrunn og mål for reformen, så analyseres disse resultatene på bakgrunn av vårt teorigrunnlag. Dernest beskrives resultatene knyttet til forståelsen for ansvaret som ligger hos virksomhetene knyttet til reformen, og disse analyseres før vi går videre til tema i forskningsspørsmål 2.

Forskningsspørsmål 2 omhandler temaet drivkrefter i endringsarbeid, inndelt i drivere og hemmere, samt oppslutning og motstand. Til forskningsspørsmål 3 beskrives resultatene knyttet til forståelse for endring i virksomhetene – oppfattet behov for endring, evaluering av endring og hva som gjør at endringer blir varige. Analysen av de enkelte temaene gjøres altså fortløpende etter at resultatene til det enkelte tema fra forskningsspørsmålene er presentert.

5.1 Bakgrunn og mål for samhandlingsreformen

For å få informasjon om hvordan lederne har oppfattet bakgrunn og mål for samhandlingsreformen stilte vi i vår undersøkelse spørsmål om hva lederne oppfattet var grunnen til at regjeringen iverksatte arbeidet med samhandlingsreformen og hva de har forstått var målene med reformen.

5.1.1 Resultater: Bakgrunn og mål

Lederne som ble intervjuet fra kommunen har oppfattet at bakgrunnen for samhandlingsreformen var at sykehusene skulle brukes mer riktig i forhold til behandling av pasienter, og en tydeliggjøring av at kommunene i større grad skulle ta seg av rehabilitering. De mener utgangspunktet for reformen var kapasitetsproblemer i sykehusene. Mange pasienter ble liggende lenge på sykehus, og kommunene fikk ikke tatt sine pasienter hjem. Pasienter fra enkelte kommuner hadde veldig lang liggetid, noe lederne i intervjuet forklarer med mangel på sykehjemsplasser og kompetanse i kommunene.

I tillegg trekker lederne i kommunen fram at reformen var økonomisk motivert, der det var ønske om mer effektive helsetjenester. Dette handlet om at kostnadene i systemet eskalerer når en skyver pasienter opp i systemet. Tjenestene vil kunne leveres med minst kostnader når pasientene kommer seg hjem og behandles hjemme når dette er mulig. Et siste moment de nevner er at noe av bakgrunnen kunne være at det er større fare for smitte dess lenger pasienten ligger i sykehus, og at mange pasienter kommer seg raskere når de kommer hjem.

Lederne som ble intervjuet fra sykehusene påpeker også at bakgrunnen for reformen var at helsetjenestene vokste i sykehusene og at dette ikke kunne ekspandere mer. Sykehusene fyltes opp av pasienter og farten og retningen på denne utviklingen kunne ikke fortsette. En var nødt til å redusere aktiviteten i sykehusene, og flere måtte ha behandling ute i kommunene. Denne bruken av helsetjenestene var uhensiktsmessig og en var nødt til å komme i gang med en bedre samhandling. I tillegg beskriver også lederne fra sykehusene at det var en unyttig bruk av ressurser i og med at sykehusene driver aktivitet i reparasjonsfasen. De mener utgangspunktet for reformen var å få flyttet dette fokuset, da det er mye penger å spare på mer fokus på forebyggende arbeid. Helsekronene kunne brukes på en bedre måte. Sykehuslederne beskriver i tillegg at bakgrunnen for samhandlingsreformen var å møte eldrebølgen og den

framskrevne mangelen på helsepersonell som er skissert. Altså å forberede helsetjenesten på økende antall eldre, økt aktivitet og mindre personell pr pasient / bruker.

Når vi spør om bakgrunnen for samhandlingsreformen reflekterer også lederne ved sykehusene over at det gikk 2-3 år før sengepostene skjønnte at de måtte begynne å handle når pasienten kom inn døra, og kartlegge hvor pasienten kom fra for å planlegge utskriving ved innkomst. Som en av lederne sa under fokusgruppeintervjuet:

«Når reformen kom i januar 2012 var vi egentlig ikke 100 % forberedt – hvordan skulle dette landskapet bli?»

I det videre kom vi i intervjuene til hvordan lederne har oppfattet målet med samhandlingsreformen. Fra kommunen beskriver lederne at de oppfatter at målet med reformen var å gi bedre tjenester til pasientene ved at de skulle få helhetlige løp i behandlingen. Det var mål om å bruke sykehusene mer riktig, og at pasientene skulle ligge kortest mulig tid i sykehus både med hensyn til økonomi og faglighet. Det var et ønske om en mer riktig logistikk mellom sykehus og kommuner og at pasienten skulle få behandling på rett sted. De beskrev reformen som at en ble tvunget inn i et behandlingmessig forløp der oppgavene skulle løses på riktig sted. Det handler også om at det er mest samfunnsøkonomisk at pasientene behandles der de hører hjemme. De mener pasientforløpene gjennom samhandlingsreformen skulle effektiviseres og bli mer helhetlige. Det var mål om færre liggedøgn pr pasient på sykehus, og gode tjenester til minst mulig penger. Dette skulle gi mulighet for å behandle flest mulig, altså en mer effektiv tjeneste.

Lederne fra sykehusene oppfatter at målene med samhandlingsreformen var mer bærekraftige helse – og omsorgstjenester, kvalitet i helsetjenesten, mer koordinering, mer samkjøring og et mer sømløst system. Alt dette kunne beskrives som helhetlige helsetjenester til det beste for pasientenes helse. De beskriver at det handlet om ressursutnyttelse, i tillegg til kvalitet, og at det var forventet bedre kvalitet når ressursene brukes på riktig sted. Det var mål om rett pasientbehandling til rett tid på rett sted. De mener også at folkehelseperspektivet sto sterkt i reformen. Det forebyggende perspektivet skulle styrkes.

Sykehuslederne beskriver i tillegg, som lederne fra kommunen, at det var mål om færre liggedøgn i sykehus for å gi rom for mer pasientbehandling. Mer behandling skulle flyttes ut

til kommunene. Pasientene skulle få behandling nærmere der de bor, de skulle behandles hjemme og få bo hjemme lengst mulig. Tjenester nærmest mulig pasienten skulle gi god ressursutnyttelse. Til slutt beskriver de et mål om en bedre og tettere samhandling mellom kommuner og helseforetak, mer sømløst for pasienten og at oppgaver og midler skulle overføres fra sykehus til kommuner for å muliggjøre en opprusting av kompetanse og bemanning i kommunene. Spesialisthelsetjenester skulle kunne utføres i kommunene.

Lederne fra sykehusene beskriver utfordringer knyttet til målforståelsen ved reformen:

«Hvordan vi har forstått målene med samhandlingsreformen er problematisk på et vis. Når vi på sykehuset forstår målene på ett vis og samtidig har veldig mange kommuner å forholde oss til som igjen oppfatter målene forskjellig ...»

Lederne fra sykehusene mener at målene heller ikke ble oppfattet konkrete nok, det var ikke tydelig hva man faktisk forventet at kommunene skulle gjøre. Det beskrives også en utfordring med forståelsen for reformens innhold og intensjoner både hos pasienter og pårørende – de tror i mange tilfeller ikke tilbudet til pasienten blir bra nok når de kommer hjem. De er mest trygg på behandlingen i sykehus.

5.1.2 Forståelse for bakgrunn og mål i et styringsperspektiv

Lederne både fra kommunen og sykehusene legger til grunn at det er utfordringer i deler av helsetjenesten, altså utfordringen med overfylte sykehus, som er bakgrunnen for samhandlingsreformen. Med navnet på reformen, samhandlingsreformen, kan det imidlertid tyde på at regjeringen har som utgangspunkt at det er ønskelig og nødvendig å bevege offentlige helsetjenester bort fra et styringsregime hvor New Public Management har vært det dominerende styringssettet og hvor den enkelte resultatenhets måloppnåelse i egen enhet har stått sentralt (Busch et.al, 2011, B).

Lederne i sykehusene beskriver også at de har oppfattet at målet med samhandlingsreformen er en bedre og tettere samhandling mellom kommuner og helseforetak. Gjennom samhandlingsreformen signaliseres at kompleksiteten i den offentlige tjenesteytingen innen helsesektoren må løses gjennom samarbeid og samhandling. Det uttrykkes også tydelig i Perspektivmeldingen 2017 at endring er nødvendig hvis velferdstilbudet skal opprettholdes.

Komplekse tjenester skal leveres og gjennom samhandlingsreformen signaliseres det at det er behov for at fagfolk samarbeider og at nettverk og partnerskap blir viktig for å lykkes med tjenesteytingen overfor pasientene. Helsetjenester med samhandling på tvers av virksomheter og nivåer i helsetjenestene stemmer også da bedre overens med grunnlaget som beskrives i det nye paradigmet innen offentlig sektor, New Public Governance, hvor samarbeid, tillit og partnerskap står sentralt (Pedersen, 2004).

I vår undersøkelse sier lederne lite om at bakgrunnen for og mål med samhandlingsreformen er samfunnets såkalte «wicked problems», altså de komplekse utfordringene som det ikke finnes enkle løsninger på (Busch et.al, 2011, B). Det er ingen som i intervjuene skisserer at en bakgrunn for reformen kan være at det er nødvendig med samstyring og partnerskap for å løse de mer og mer komplekse utfordringene i samfunnet. Telemarksforskningen beskriver imidlertid i en rapport som tar for seg Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene at oppgavene innenfor disse tjenestene har blitt langt mer komplekse etter innføringen av reformen og bekrefter med dette at det her ligger store utfordringer (Haukelien, H. et.al, 2015).

Det er ikke vanskelig å forstå at lederne ikke legger vekt på dette som bakgrunn og mål for samhandlingsreformen. Kanskje lever både sykehusene og kommunene fortsatt i en hverdag som er preget av en NPM-virkelighet hvor de i all hovedsak er vant til å bli etterspurt og målt på egen leveranse og resultater. De har i mange år forholdt seg til en hierarkisk styring i den enkelte virksomhet og et målstyringsorientert regime (Busch et.al, 2011). Det gir dem et vanskelig utgangspunkt for å ta innover seg at samstyring og partnerskap kan være en aktuell framtidig styringsform for å kunne gi pasientene mer helhetlige og bedre koordinerte helsetjenester i framtida. Ledere som hver eneste dag er opptatt av å levere best mulige tjenester til pasientene her og nå tenker sannsynligvis ikke over at de gjennom samhandlingsreformen kan være del av et paradigmeskifte i offentlig sektor og innen styringen av offentlige helsetjenester.

Når vi spør om bakgrunn og mål med samhandlingsreformen i vår undersøkelse trekker lederne fra sykehusene også fram at det er problematisk at forståelsen for reformens innhold og intensjoner virker mangelfull både hos pasienter og pårørende. De beskriver dette som utfordrende ved utskrivningen av pasientene og i deres forståelse av det kommunale tjenestetilbudet. Dette er interessant med hensyn til at en i beskrivelsen av samstyring,

partnerskap og samskapelse vektlegger at borgernes initiativ og engasjement er viktig (Torfing et.al, 2016; Røyseland og Vabo, 2008; Higdem, 2009). Denne involveringen av borgerne kan gjennom disse uttalelsene og opplevelsene synes mangelfull ved innføringen av samhandlingsreformen. Ett av hovedfunnene i en evaluering av samhandlingsreformen utført av Forskningsrådet bekrefter at brukerne i begrenset grad har medvirket i utformingen av avtalene mellom kommuner og helseforetak (Norges forskningsråd, 2016).

5.1.3 Forståelse for bakgrunn og mål i et implementeringsperspektiv

Når en ser på hvordan lederne på de ulike nivåene, henholdsvis kommune og sykehus, har oppfattet bakgrunnen for og målene med samhandlingsreformen er det interessant å reflektere over hvordan reformen er implementert og oversatt internt i de ulike virksomhetene. Lederne fra kommunen har en tydelig forståelse av at initiativet til samhandlingsreformen ble tatt med utgangspunkt i kapasitetsproblemer på sykehusene, at reformen var økonomisk motivert og at målet med reformen er en riktig logistikk mellom sykehus og kommuner, altså en mer effektiv helsetjeneste. I tillegg framhever de at pasientene skulle få mer helhetlige løp i behandlingen.

Røvik (2014) argumenterer for at det er avgjørende med den kompetanse de involverte aktørene har og i hvilken versjon reformideene blir oversatt og implementert. Det kan tyde på at oversettelsen i kommunene har hatt fokus på å være lojal mot overordnede myndigheters bestemmelser og at den versjonen reformen har fått i implementeringen har hatt sitt utgangspunkt i at behovet for reformen var knyttet til sykehusene og ikke kommunene. Implementering av en reform som samhandlingsreformen kan med stor sannsynlighet betegnes som en top-down implementering av politikk. Winter (2008) beskriver dette ved at en tar utgangspunkt i de offisielle mål og krav som ligger til grunn for den utformede politikken.

En kan se for seg at det har vært utfordrende å oversette, omforme og tilpasse bakgrunn for og mål med reformideene på en tilfredsstillende måte i kommunene. Dette blant annet med bakgrunn i at de oppfatter at behovet for reformen ligger på et annet nivå i tjenesteleveransen til pasienten, altså i sykehusene. En kan forstå at det å oversette en reform som i hovedsak er tuftet på et behov i andre deler av helsetjenesten er utfordrende for lokale aktører i kommunen Røvik (2014) påpeker at de lokale aktørene som en kan se på som translatører forholder seg til reformideene med bakgrunn i sin kunnskap og erfaring. Denne kunnskap og erfaring vil i

kommunen nødvendigvis være knyttet til de kommunale tjenestene og tilbudene til pasienten. Det kan være krevende å oversette bakgrunnen for reformen på en måte som gir stor forståelse for et behov som i all hovedsak er beskrevet med utgangspunkt i utfordringer i sykehusene.

Når det kommer til oversettelsen av bakgrunn og mål for reformideene i sykehusene beskriver de en noe bredere bakgrunn til at reformen er initiert. Vi kan se for oss at aktørene som her skulle oversette reformen i større grad var del av den utfordringen som var skissert som utgangspunkt for reformen over tid. Dette kan ha gitt andre og bedre muligheter for å oversette et utgangspunkt og mål for reformen som er forståelig og gjenkjennbart for miljøene. Røvik (2014) beskriver at en er opptatt av at man samtidig både skal kunne forstå og praktisk håndtere prosesser for kunnskapsoverføring og implementering. Det er ikke vanskelig å se for seg at det har vært en noe enklere oppgave å oversette reformideene i sykehusene hvor bakgrunnen for reformen sannsynligvis er opplevd over flere år. Her vil det være noe enklere å kunne oversette reformideene med en kjennskap til og kunnskap om utgangspunktet for behovene.

Lederne i sykehusene beskriver at bakgrunnen for reformen var å redusere aktiviteten i sykehusene, møte eldrebølgen og den framskrevne mangelen på helsepersonell i framtida. Samtidig beskriver de at målene med reformen er mer bærekraftige tjenester, kvalitet, mer koordinering og samkjøring – at det skulle leveres mer helhetlige tjenester til pasienten. Lederne i sykehusene trekker også fram en bedre og tettere samhandling mellom kommuner og helseforetak. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen peker også i sin rapport på at det fortsatt gjenstår utfordringer knyttet spesielt til økt kvalitet på helsetjenester og bærekraft for framtidens helsetjenester (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015).

Kanskje var det ikke i like stor grad krevende å oversette reformen i sykehusene da behovene for tiltak og endringer i større grad lå tuftet i en opplevd arbeidshverdag. Som Røvik (2014) beskriver må oversetterne ha grundig kunnskap om kontekstene reformideene oversettes i. Kunnskap om kontekst kan en gå ut fra at er til stede både hos oversettere i kommuner og sykehus, men det vil med stor sannsynlighet være mer kunnskap om og kjennskap til bakgrunnen for reformen hos dem som har opplevd store utfordringer i sykehusene enn i kommunene.

Det kan tenkes at det er mulig å ha to ulike perspektiv på implementeringen i kommunene og i sykehusene. Begge tjenestenivåene har sannsynligvis opplevd innføringen av samhandlingsreformen som en top-down implementeringsprosess med et styrings- og kontrollperspektiv (Winter, 2008). Samtidig kan det tenkes at ledere og ansatte i sykehus på et slags vis opplever det som en mulig bottom-up-tilnærming i større grad med bakgrunn i at aktiviteten på dette nivået var i ferd med å bli uholdbar. De kan i større grad selv ha opplevd problemene i håndteringen av pasientene og det som i reformen skisserer som utgangspunkt, bakgrunn og mål for iverksettelsen av reformen. Kanskje kan en også tenke seg at den enkelte ansatte i kommunen ser behov og muligheter ved reformen gjennom at det er tenkt tilførsel av kompetanse og mer spennende oppgaver til kommunene. Dette kunne også gitt en opplevelse av bottom-up-tilnærming på et individnivå i kommunene.

En informasjonsasymmetri mellom ledere og ansatte i kommunikasjonen omkring reformen vil mulig kunne være mindre i sykehusene hvor problemene som skisseres allerede er kjent og problematisk for ansatte som jobber med pasientene. I kommunene kan en se for seg at behovet i større grad kunne problematiseres da reformen her ville virke motsatt. Til kommunene skulle det komme flere pasienter som skulle behandles innenfor deres tjenester. Sannsynligvis opplevde ikke ansatte i de kommunale helsetjenestene at de hadde for få pasienter å levere tjenester til. Med dette som utgangspunkt kan det tenkes at informasjonen omkring behovet for reformen var vanskeligere å kommunisere i kommunene enn i sykehusene. Winter (2008) beskriver at frontpersonalet har stor påvirkning på implementeringsresultatet. De vil i ulik grad kjenne behovet for endringer i helsetjenestene med hensyn til om de arbeider i de kommunale tjenestene eller om de arbeider i sykehusene som hadde de store utfordringene med pasienttilstrømningen.

5.1.4 Forståelse for bakgrunn og mål i et ledelsesperspektiv

«Når reformen kom i januar 2012 var vi egentlig ikke 100 % forberedt – hvordan skulle dette landskapet bli?»

Dette sier en av lederne fra sykehusene når vi i intervjuene har forståelsen for bakgrunn og mål med samhandlingsreformen som tema. Denne uttalelsen viser at det kan ha vært lite fokus på opptining og forberedelse til endring ved innføringen av samhandlingsreformen med

hensyn til at ledere og ansatte skulle forstå bakgrunnen for og målet med reformen. I følge Jacobsen (2018) er det viktig å skape klima for endring, og da er ledelse før endringsprosessen starter sentralt. Med bakgrunn i Lewins modell for endring beskriver Jacobsen (2018) at det må legges mye vekt på fasen for opptining før endring. Kotter (2018) beskriver også at det er vesentlig å få skapt en forståelse og følelse av nødvendighet før endringer skal iverksettes. De fleste teorier innen endringsledelse legger mer vekt på «opptiningsfasen» enn selve gjennomføringen av endringene. Dette understreker betydningen av at ansatte i virksomhetene er klar for endringen.

Vi har tidligere vist til at det virker å være en større eller bredere forståelse for mål og bakgrunn for samhandlingsreformen hos lederne fra sykehusene enn hos lederne fra kommunen. En kan se for seg at det var et større behov for opptiningsprosesser i kommunene hvor behovet for reformen ikke nødvendigvis var opplevd direkte i behandlingen av pasientene. Jacobsen (2018) beskriver at viktigheten av endringen bør være knyttet opp til dagens situasjon med tanke på behov for endring. Dette behovet for endring kunne sannsynligvis i større grad merkes i de overfylte sykehusene. At samhandlingsreformen kom brått på bekreftes av Telemarskforskningens undersøkelse som påpeker at samhandlingsreformen kom brått på kommunene. Her kommer det fram at det på ingen måte var snakk om en gradvis opptrapping i takt med bemannings- og kompetanseheving i kommunene (Haukelien et.al, 2015).

En manglende opplevelse av behovet for endringene vil sannsynligvis stille enda større krav til hvordan det blir snakket om betydningen av endringene i virksomhetene. Det er vanskelig å tolke ut fra svarene til lederne fra sykehusene om det var brukt mye tid på å snakke om behovet for endring. Samtidig kan man i større grad i alle fall ha kjent på et behov for endring. Det sa seg imidlertid ikke nødvendigvis selv at endringen skulle være en større samhandling med kommunene. Dette kan bety at viktigheten av endring som sådan kunne være opplevd i sykehusene, men kanskje ikke viktigheten av selve samhandlingen med kommunene.

Det kan også være et annet perspektiv på at forståelsen for bakgrunn og mål med samhandlingsreformen er noe større i sykehusene enn i kommunene. Riktig løsning på problemene kunne kanskje kommuniseres enklere i sykehusene enn i kommunene. De skulle sende fra seg pasienter for å få plass for andre pasienter med større behov for

spesialisthelsetjenester, mens kommunene skulle ta imot flere pasienter uten at de som helsetjeneste nødvendigvis så behov for akkurat dette. Samme utfordring kunne det sikkert også være med hensyn til å kommunisere hva som skulle bli bedre gjennom reformen. Å synliggjøre forbedringer i forhold til dagens situasjon kan synes å ha vært enklere i sykehusene enn i kommunene, selv om de som nevnt i starten av dette kapitlet ikke opplevde seg 100 % forberedt.

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har kommet med en rapport omkring hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene tar imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene. Der beskrives at et flertall av sykepleierne i kommunene som deltok i undersøkelsen gir uttrykk for at de har fått mer varierte og spennende oppgaver etter samhandlingsreformen, men at de samtidig opplever det som vanskelig at det følger for lite ressurser med de økte oppgavene. De etterspør kompetansehevende tiltak (Gautun, H. og Syse, A., 2013). Undersøkelser både fra Telemarksforskningen og Riksrevisjonen bekrefter også at de kommunale helse- og omsorgstjenestene har for liten kompetanse til å imøtekomme de økte utfordringene etter samhandlingsreformen (Haukelien, H. et.al, 2015; Riksrevisjonens undersøkelse, Dokument 3:5 (2015-2016)).

Jacobsen (2018) beskriver at sammenhengen mellom tiltak og resultater må være overbevisende for at motivasjonen for endring skal være stor. I kommunene var en da kanskje nødt til å ha et særlig pasientfokus i bred forstand med tanke på å forstå forbedringene som skulle komme med reformen og ikke nødvendigvis et fokus på forbedringer for virksomhetens drift. Dette kan være krevende selv om en i helsetjenestene er kjent for å ha et særlig og godt fokus på kvaliteten på tjenestene som leveres til pasientene. Dette kan også tyde på at følelsen av nødvendighet som Kotter (2012 og 2018) beskriver som vesentlig kunne være enklere å oppdrive i sykehusene enn i kommunene. Det er ganske betegnende på utfordringen med forståelsen av bakgrunn for og mål med samhandlingsreformen når en av lederne fra sykehusene beskriver dette:

«Hvordan vi har forstått målene med samhandlingsreformen er problematisk på et vis. Når vi på sykehuset forstår målene på ett vis og samtidig har veldig mange kommuner å forholde oss til som igjen oppfatter målene forskjellig...»

5.2 Ansvar i sykehus og kommuner

Vi ønsket videre i vår undersøkelse å få et bilde på hvordan lederne vi intervjuet i vår undersøkelse har oppfattet ansvaret som er kommet med samhandlingsreformen. For å belyse dette stilte vi spørsmål om hvordan lederne har forstått kommunenes ansvar som er beskrevet i samhandlingsreformen og hvordan de har forstått sykehusene sitt ansvar som er beskrevet i reformen.

5.2.1 Resultater: Ansvar

De neste spørsmålene i fokusgruppeintervjuene omhandlet forståelsen for ansvaret som tilligger henholdsvis kommuner og helseforetak gjennom samhandlingsreformen. Lederne i kommunen beskrev at sykehusene har ansvar for opplæring overfor kommunene – det var ment en skulder til skulder-læring. Kommunene ble på sin side forpliktet til å styrke sin fagkompetanse. Det ble sentralt å få mer sykepleiekompetanse ute i kommunene, ufaglærte har ikke lenger jobb i hjemmesykepleien. Sykehusene oppfattes å skal drive aktiv behandling, og når pasienten er behandlingmessig ferdig skal han / hun hjem til sin kommune. Sykehusene er i tillegg forpliktet til å varsle kommunen om status underveis, slik at kommunene har informasjon om forløpet via pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger).

Lederne fra kommunen beskriver i tillegg en klargjøring av kommunenes ansvar hvor de ble nødt til å ha den nødvendige kapasiteten til å ta imot pasienter. De opplevde å bli utfordret på å tenke annerledes og utenfor egen seksjon for å ha tilgjengelig nødvendig kompetanse. Kompetanse må benyttes på tvers av seksjoner når de ikke har den selv. Lederne i kommunen opplever at mange pasienter kunne tenkt seg tilsyn på grunn av at de er utrygge og stiller spørsmål ved om dette er et sykehusansvar eller et ansvar for tildelingskontorene i kommunen.

Lederne fra sykehusene beskriver kommunens ansvar som at de skulle rigge seg til å ta over mer behandling for å kunne ta over pasientene tidligere. Kompetanse / kunnskap skulle overføres fra sykehusene til kommunene, og sykehusene skulle ha ansvar for opplæring. Det var store forventninger til kommunene om å øke sin kompetanse slik at de kunne ta over oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Kommunene skulle skaffe seg både kompetanse og ressurser til å ta deler av behandlingen fra sykehuset. De mener sykehusene gjennom reformen har fått en veiledningsplikt overfor kommunene.

De beskriver at sykehusene har åpnet for at hjemmesykepleien kan komme til sykehuset for opplæring / veiledning. Det oppleves veldig gunstig at kompetansen en har i sykehusene brukes for å bygge opp kompetanse i kommunene. Sykehuslederne beskriver at sykehusene kunne strekt seg mye lenger for å ta ansvar for opplæring, oppfølging og hospitering. De har gode erfaringer når de har praktisert å ha sendt ut sykepleier til å veilede pasienter eller tatt opplæring og trygget i overføringen til kommunene. Sykehusene ser at det er mulig å unngå innleggelse ved å sende ut sykepleier til opplæring hos pasienten og i kommunen. Likevel oppleves det som en utfordring å avse sykepleiere ved vakter for at de skal være med ut i kommunen.

Lederne i sykehusene beskriver i intervjuene at det måtte til en modningsprosess både hos ansatte, pasienter og pårørende med hensyn til at pasientene skulle raskere ut av sykehus. Det behøvdtes lang tid for å få til en god overføring til kommunene. Når en opplever å lykkes med samhandlingen er det gjerne i komplekse saker der alle instanser må inn på et felles møte. Pasienten og pårørende trygges når kommunen beskriver tjenestetilbudet de kan gi. I et slikt møte får kommunen sett pasienten og hans / hennes tilstand, og sykehuset får gitt tilbakemelding om hvordan de tenker omkring oppfølging. En av lederne fra sykehuset sa det slik;

«Vi kan ikke tildele kommunale tjenester, men gjennom dialog skjer det mye bra i disse møtene»

Videre beskriver lederne fra sykehusene at sykehusene har ansvar for å utrede, sette en diagnose og starte behandling. De skal foreslå videre plan, ikke bestemme dette, men dokumentere hva pasienten har behov for. Kommunene skal få den informasjonen de trenger for videre oppfølging og behandling. Kommunene beskriver de videre som ansvarlige for pasientens individuelle plan. Sykehusene er ansvarlige for å sette et funksjonsnivå slik at kommunen kan legge videre plan. Når pasienten skal inn til sykehuset er det imidlertid kommunenes ansvar å legge ved en «kravspek» – som eksempel legemiddelforordning, pleiebehov og status på pasienten. Kommunene har ansvar for informasjonen som skal følge med pasienten ved innleggelse i sykehuset. En utredning kan også starte ute i kommunene, hos fastlegene. Kommunene har i tillegg ansvar for forebygging, slik at pasienten ikke trenger innleggelse i sykehus.

Lederne opplever at ansvaret til de ulike tjenestene var lite detaljert beskrevet i reformen. Det var ikke tydelig nok beskrevet hva man faktisk forventer at kommunene skal gjøre. Blant annet var det stor usikkerhet knyttet til ansvaret for hjelpemidler når pasientene skulle hjem. Til å begynne med beskrives det at pasienter ble liggende lengre i sykehus enn planlagt på grunn av at en ikke var i stand til å tilrettelegge i hjemmet med hjelpemidler. Det var uklart hvem sitt ansvar dette var. Det måtte dialogmøter til for å løse slike utfordringer.

Både kommuner og sykehus har en opplevelse av hvordan kommuner med og uten Distrikts Medisinske Senter (DMS) fungerer. Sykehusene opplever at samarbeidet med DMS fungerer godt. Sykehuset starter opp behandling som overtas av DMS. Små kommuner uten DMS har i noen grad tilrettelagt med korttidsplasser på sykehjem, slik at pasienter har kunnet fått videreført behandling der. Sykehusene sliter i større grad med kommuner uten et samarbeid med et DMS enn de kommunene som har et samarbeid med et DMS. En av lederne fra sykehuset, sa det slik;

«Ganske store utfordringer med DMS – vanskelig for sykepleiere å forstå når DMS skal benyttes og når pasienten skal direkte til kommune».

Kommunene på sin side opplever DMS som en mellomstasjon der informasjonsflyten stopper opp. De opplever å få lite informasjon før pasienten kommer hjem. De beskriver et dårligere samarbeid mellom DMS og hjemmetjenesten enn det er mellom sykehuset og hjemmetjenesten. Det samme gjelder bruk av kommunale akutte døgnplasser (KAD). Sykehusene opplever at det er vanskelig å få meldt pasienter til kommunens KAD – senger. Sengene er som regel opptatt, og pasienten blir liggende på sykehus. Flere av lederne i sykehus stiller spørsmål om KAD – sengene blir bruk på riktig måte, burde det ha vært en mer fleksibel bruk av sengene?

5.2.2 Forståelsen for ansvaret i et styringsperspektiv

Lederne har i intervjuene gode beskrivelser av hvilket ansvar som ligger til den enkelte enhet eller virksomhet gjennom samhandlingsreformen. En god del av det overordnede ansvaret som er fordelt til de ulike tjenestenivåene synes rimelig klart. Ledernes beskrivelser gir imidlertid et bilde av at forståelsen for ansvaret beskrives på en slik måte at de kan se ut til å definere seg som parter i et arbeid som skal sørge for gode helsetjenester til pasientene. Deres

beskrivelser tyder i liten grad på at de gjennom sitt ansvar i pasientforløpene definerer seg som partnere i et fellesanliggende omkring gode, koordinerte og helhetlige tjenester til pasientene. Flere forfattere beskriver at partnerskap faktisk handler om å etablere forpliktende koalisjoner der man sammen skal løse kollektive problemer (Røyseland og Vabo, 2008; Higdem, 2009).

De definerer rimelig klart at de har delansvar innenfor tjenestene til pasientene og at de er avhengig av et samarbeid for å kunne løse sin del av oppgavene på en god og tilfredsstillende måte. Dette kan bekrefte at man innenfor de offentlige helsetjenestene fortsatt på en måte er preget av å ha operert i en NPM-preget sektor som har gitt en oppsplittet og fragmentert offentlig sektor, hvor samordning beskrives som krevende (Tranøy og Østerud, 2001).

En etablering av tydelige resultatenheter har gitt stor autonomi, myndighet og resultatansvar for den enkelte enhet. Den enkelte leder har fått et totalansvar for måloppnåelse i egen enhet (Busch et.al, 2011, B). Med bakgrunn i denne tradisjonen er lederne vi har intervjuet sannsynligvis ikke vant til å bli målt på evne til samarbeid og samhandling. De er vant til å bli målt på sin egen måloppnåelse knyttet til sitt eget ansvar innenfor egen enhet. Dette gir mulig et utgangspunkt for å forstå og oppfatte også ansvaret som er beskrevet i samhandlingsreformen som fordelt på det enkelte nivå eller til den enkelte virksomhet. Dette kan gi at den enkelte leder og enhet leter etter sitt eget ansvar knyttet til samhandlingsreformen, og at det kan være vanskelig å ta innover seg at hovedansvaret reformen faktisk beskriver er ansvaret for samhandlingen omkring pasientene. De fleste er vant til å håndtere seg selv og sitt ansvar, som også Pedersen (2004) og Sand (2004) beskriver er en følge av den desentraliserte styringen det er lagt opp til over tiår.

Klijn og Koppenjan (2012 og 2016) beskriver det nye paradigmet innen offentlig sektor, NPG, som det som kan gjøre oss i stand til å håndtere den kompleksitet, den gjensidige avhengighet og dynamikk en vil bli avhengig av innenfor offentlig problemløsning og tjenesteyting. Intervjuene med lederne i vår undersøkelse kan tyde på at vi ikke har kommet helt dit at dette er den grunnleggende forståelsen innen driften av helsetjenestene enda. Samtidig beskriver blant annet lederne fra kommunen at de har blitt nødt til å tenke annerledes og utenfor egen seksjon for å ha tilgjengelig nødvendig og tilstrekkelig kunnskap for å håndtere de komplekse pasientene som de nå får utskrevet fra sykehusene. Dette er en

bevegelse i retning av at man tydeliggjør en avhengighet av samarbeid på tvers også innenfor egen virksomhet for å løse utfordringene en står overfor.

Det er også interessant når lederne fra kommunen for eksempel nevner at mange pasienter kunne tenkt seg tilsyn på grunn av at de er utrygge når de kommer hjem etter en sykehusinnleggelse. Lederne stiller spørsmål ved om dette burde vært et sykehusansvar og om det er et ansvar for kommunene. Dette bringer oss inn på at i beskrivelser av samstyring, partnerskap og samskapelse innen offentlig sektor fordres borgernes initiativ og engasjement (Klijn og Koppenjan, 2012; Klijn og Koppenjan, 2016).

Partnerskap og samskapelse kan nyttes når en er avhengig av andre som for eksempel private aktører og frivillige organisasjoner for å få en god løsning på en offentlig oppgave (Higdem, 2009; Røyseland og Vabo, 2008). Kanskje kan en slik oppgave, altså det at pasienten skal føle seg trygg ved hjemkomst etter endt sykehusopphold, løses av andre i framtida, for eksempel av frivillige. Dette kan være en typisk oppgave eller ansvar som private aktører eller frivillige organisasjoner kunne fått og tatt et ansvar for. Det å skape trygghet for utrygge pasienter fordrer ikke nødvendigvis spesialisert kompetanse innen medisin eller sykepleie, men en mellommenneskelig relasjon som vil kunne skape trygghet. Dette er et godt eksempel på at en ikke har kommet helt dit at en har sett potensialet, nytten eller muligheten for samstyring, partnerskap og samskapelse som kan åpne for andre tilgjengelige ressurser i helsetjenestene.

Kanskje er det også uklart hvem som kan eller bør ta et initiativ til slike vurderinger lokalt. Pedersen (2004) og Sand (2004) beskriver at NPM-reformene har gitt flere og mindre stabile enheter for beslutningstaking. En kan se for seg at en i samarbeid har kommet fram til en fordeling av ansvar mellom kommunene og sykehusene, men at en ikke har utfordret de mer tradisjonelle strukturene med hensyn til ansvar innen pasientbehandlingen enda. Dette til tross for at Torfing et.al (2016) i sin artikkel beskriver at samskapelse både er bedre og billigere.

Lederne fra sykehusene beskriver eksempler hvor en lykkes med samhandling omkring pasientene. Disse eksemplene bekrefter at det er i rommene og møtepunktene hvor en evner å få til samstyring som gjør at en lykkes med god og koordinert behandling av pasienten. De beskrev at det gjerne er i komplekse saker der alle instanser må inn på et felles møte en lykkes. Lederne beskriver at når pasienter og pårørende møter sykehus og kommune i samme møtet trygges pasienten og det skapes en forståelse for at det gis et koordinert tilbud til

pasienten. I et slikt møte kan en se for seg at helsetjenestene ikke bare blir sett på som parter som bidrar i ulike deler av pasientforløpet, men at de også oppfattes som partnere som sammen med pasient og pårørende skaper og enes om et godt tilbud til pasienten.

Gjennom sin beskrivelse av et konkret eksempel på ansvar som ikke var godt nok tydeliggjort i Samhandlingsreformen eller i tjenesteavtalene, ansvaret for hjelpemidler i hjemmet, tydeliggjør lederne at det måtte dialogmøter til for å løse denne utfordringen. Dette er også et godt og enkelt eksempel på at det er i dialog en har mulighet for å komme fram til de gode løsningene for pasientene.

5.2.3 Forståelsen for ansvaret i et implementeringsperspektiv

En kan, som nevnt, ut fra intervjuene med lederne fra kommunen og sykehusene lese at det er skapt en rimelig god forståelse for den enkelte virksomhets ansvar knyttet til samhandlingsreformen. På et overordnet nivå beskriver både lederne fra kommunen og i sykehusene ansvaret som tilligger henholdsvis kommunen og sykehusene i tråd med reformens intensjoner. Her bekreftes imidlertid også som tidligere nevnt at det kan synes som at forståelsen er en tydelig forståelse av et delt ansvar og ikke et felles ansvar for den helhetlige og koordinerte pasientbehandlingen som beskrives i samhandlingsreformen. Dette kan bekrefte at det er en tydelig top-down implementering av reformen (Winter, 2008). Det kan synes som at ledelsen på det enkelte tjenestenivået har hatt fokus på eget ansvar og på forventningene til den andre parten når reformen skulle omsettes til handling. Røvik (2014) tydeliggjør betydningen aktørenes oversetting av reformen har for resultatet. Det er interessant å reflektere over hva organisasjonene gjør med reformideene når de implementeres og i hvilken versjon de blir implementert.

Hvis kommunene og sykehusene oversetter reformideene hver for seg er det ikke vanskelig å se for seg at de har fokus på den enkelte virksomhets ansvar som tydeliggjøres i reformen. Både Winter (2008) og Røvik (2014) argumenterer for at oversettelsen og omsettingen av reformer til handling har stor betydning for om en lykkes med målsetningene eller ikke. Med bakgrunn i ledernes svar i intervjuene kan en som nevnt gå ut fra at kommunene og sykehusene har tatt ansvar for en oversettelse i egen virksomhet. For å lykkes med å få implementert en versjon av reformideene som i sterkere grad hadde framhevet samhandlingen og mulighetsrommet som ligger i samstyring og partnerskap kan en se for seg at de lokale

aktørene som fungerte som translatører kunne gjort denne oversettelsen i fellesskap. Dette kunne kanskje skapt en større forståelse for selve samhandlingen i reformideene hvis disse lokale aktørene hadde vært satt sammen på tvers og utnyttet kompetanse på tvers også i translasjonen av reformene.

Røvik (2014) argumenterer med at oversetteren må ha grundig kunnskap om konteksten reformideene skal virke i. Dette kan borge for at en i en implementering og i oversettelsen av en reform som fordrer samhandling på tvers av tjenestenivåene i helsetjenesten skulle oversatt og kommunisert ideene i fellesskap og sammen ute i kommunene og sykehusene.

Imidlertid skal det sies at lederes forståelse for det delte ansvaret også kan komme av måten vi har stilt disse spørsmålene på. Vi har spurt helt konkret i to ulike spørsmål hva som var kommunenes ansvar og hva som var sykehusenes ansvar. Spørsmålene kan dermed være formulert på en slik måte at lederne ble oppfordret til å svare konkret mot den enkelte virksomhets ansvar og ikke mer overordnet på den faktiske samhandlingen.

Det kommer i tillegg fram under intervjuene at lederne opplevde at ansvaret for de ulike tjenestene var lite detaljert beskrevet i reformen. De mener at det ikke var tydelig nok beskrevet hva man faktisk forventet at kommunene skulle gjøre og det har vært stor usikkerhet knyttet til bruk av distriktsmedisinske sentre (DMS), og kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger). Det er noe vanskelig å vurdere om dette kan ha med implementering og oversettelse av reformen å gjøre, men det kan argumenteres for at omsetningen av reformen til handling tydelig har gitt en frustrasjon hos lederne med hensyn til at ansvaret ikke var detaljert nok beskrevet og at dette var utgangspunkt for at en i enkelte situasjoner ikke fikk til en god samhandling og en god tjeneste for pasientene.

5.2.4 Forståelsen for ansvaret i et ledelsesperspektiv

Lederne i sykehusene beskrev tydelig at det måtte til en modningsprosess både hos ansatte, pasienter og pårørende etter at reformen var iverksatt. Lederne både fra kommunen og sykehusene sa at ansvaret de ulike tjenestenivåene hadde var lite detaljert beskrevet når endringene skulle iverksettes. Dette kan også tyde på at opptiningsprosessen, som Jacobsen (2018) påpeker er den fasen det må legges særlig vekt på, ikke har foregått på en tilfredsstillende måte eller at den kom i gang litt for sent. Dette med hensyn til å kunne skape

en forståelse for ansvaret som lå til kommunene og til sykehusene og ansvaret de hadde fått for samhandlingen omkring pasientene.

Kotter (2012 og 2018) beskriver at det er vesentlig å drøfte viktige muligheter endringene kan gi når en skal skape en følelse av nødvendighet. Lederne fra sykehusene beskrev at det behøvdes lang tid for å få til en god overføring av pasientene til kommunene og dette kan tyde på at mulighetene endringene skulle gi for en bedre tjeneste for pasienten ikke var tydelig kommunisert i forkant. Telemarksforskningen bekrefter at det var lite muligheter for modningsprosesser i kommunene ved innføringen av samhandlingsreformen. I løpet av kort tid på nyåret i 2012 begynte nye og sykere pasientgrupper å strømme til kommunene beskrives det i rapporten (Haukelien, H. et.al, 2015).

Dette kan tyde på at ledere og ansatte til å begynne med var usikre på om de skulle evne å gjøre endringene på en god måte, at de var utrygge på om de faktisk var i stand til å gjøre endringene og at disse skulle virke positivt for pasienter og pårørende. Ansvaret den enkelte virksomhet hadde kan dermed synes å være lite snakket om og tydeliggjort før iverksettingen av reformen, men at det har kommet mer på plass etterhvert. I tillegg kan det virke som det er kommunisert lite omkring ansvaret for den faktiske samhandlingen og hvordan denne faktisk skulle foregå for eksempel for å få til en tidligere utskrivning av pasientene til kommunene. Det kan synes som følelsen av nødvendighet som Kotter (2012 og 2018) framhever som sentral for å lykkes med endring har vært lite sentral i forberedelsene til innføringen av reformen.

5.3 Drivkrefter i endringsarbeidet

Med spørsmål knyttet til dette temaet ønsker vi å få informasjon om drivkrefter som har påvirket endringsarbeidet og dermed kan ha innvirkning på hvordan samhandlingsreformen forstås. Vi har i vår undersøkelse spurt lederne om hva de mener har fungert som drivere for endring, og hva de mener har bidratt til oppslutning om samhandlingsreformen i sin enhet. Videre har vi spurt om hva de mener har fungert som hemmere for endring, og hva som har bidratt til motstand mot samhandlingsreformen i sin enhet.

5.3.1 Resultater: Drivere for endring

Lederne i kommunen og sykehusene er enige om at samhandlingsreformen har ført til en omstilling både i kommuner og helseforetak. Det kommer tydelig fram i alle fokusgruppene at reformen har ført til at en må tenke og arbeide annerledes. Ledere i kommunen sier at det blant annet har ført til endret måte å benytte senger og rom på i institusjonene, og sier det slik;

«Tidligere var det en uskreven regel om at det var en viss tid mellom to pasienter. Rommet kunne stå tomt et døgn. Nå blir rommene benyttet bedre, de står ikke unødig ledige. Nå får vi melding om at pasienten kommer og må se til at rommet er klart».

Økonomi og økonomiske sanksjoner blir fremhevet som en tydelig drivkraft i arbeidet med samhandlingsreformen. Om økonomien er driver eller hemmer kan være vanskelig å si i mange tilfeller. Men det har skjedd en endring der kommunen har blitt mer effektiv enn det den var tidligere. Det at kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus, oppleves som riktig for mange ansatte i sykehus.

Lederne i kommunen sier det har skjedd en endring når det gjelder sykepleiefaget etter at samhandlingsreformen ble innført. Det har blitt overført oppgaver fra sykehus til kommuner som har ført til at kompetansebehovet har økt i kommunene. Dette er i utgangspunktet positivt, og det oppleves positivt at ansatte i kommunen har fått opplæring på sykehuset før krevende pasienter er blitt skrevet ut. Flere av lederne i kommunen påpeker at det har vært oppfølging fra sykehuset i ettertid også. Det er opp til hver seksjon å benytte seg av tilbudet sykehuset gir.

For de som jobber i kommunen har dette gitt en endring i hverdagen med mer spennende arbeidsoppgaver. Lederne opplever at kommunen har blitt en mer attraktiv arbeidsplass. Sykepleierne har fått endret oppgaver som også krever opplæring og ny kunnskap. Samtidig har kommunen måttet tenke annerledes på hvordan de bruker kompetansen de har. Noen seksjoner i kommunen jobber i et samarbeid der de deler på kompetansen. Noen av lederne påpeker at dette har ført til en fleksibilitet, og at ansatte synes arbeidsdagen har blitt mer spennende. Flere av lederne i kommunen sier det slik;

«Det å være en attraktiv arbeidsplass – med større fokus på faget og mer spennende arbeidsoppgaver, gjør at vi rekrutterer i større grad».

Det er en enighet blant lederne om at det har vært forsøkt å få til et samarbeid mellom kommunene og sykehusene når det gjelder opplæring. Dette har fungert bare delvis. Kommunene har ikke vært flink nok til å etterspørre, og sykehusene har ikke vært flink nok til å tilby. Noen av lederne i kommunen mener at sykehusene burde strukket seg lengre her, og at det da ville ha blitt opplevd enda mer positivt.

En av de største driverne for kommunen, beskrives å være E-meldinger. Kommunene og sykehusene utveksler informasjon elektronisk. Dette har ført til en helt annen dialog der pasientforløp kan følges på en helt annen måte. Informasjon gis og tilbakemeldinger mottas. Dette har også ført til at dokumentasjonen har blitt bedre og at misforståelser er blitt redusert. Tidligere var det ikke uvanlig at det var mye fram og tilbake når en pasient skulle overføres til kommunen, og kommunen kunne være usikker på hvilket omsorgsnivå pasienten trengte. Sykepleierne brukte mye tid på e-post, telefoner og faksmeldinger. E-meldinger har vært en positiv driver i endringsarbeidet. En av lederne i kommunen sier det slik;

« .. de ringte ofte fra sykehuset klokken 14.30 og sa at nå er pasienten på tur hjem. Nå har vi faktisk en dialog før de kommer hjem».

Lederne ved sykehusene opplever også at det har vært flere drivere ved innføring av reformen. Det er først og fremst i de mer krevende tilfellene der en har behov for møter mellom kommunene og sykehusene at endringene har vært størst. I slike møter har en greid å synliggjøre behovet og tjenestetilbudet til pasienten på en god måte. Dette har kvalitetssikret arbeidet og trygget pasient og pårørende. De fleste lederne mener at dialogen og samarbeidet kan bli enda bedre mellom kommunen og sykehuset. Ofte ser en at det er i dialogen en finner løsninger, og at en egentlig ikke er veldig uenig om hvordan en løser utfordringene med utskrivning av pasienter.

Sykehusene fremhever samhandlingskoordinator som en nøkkelperson. Denne funksjonen har bidratt til at informasjonen har hatt god flyt i organisasjonen. I tillegg har disse bidratt med målrettet kompetanse og en oversikt over hva en har avtalt med kommunene. Ikke alle lederne i sykehuset visste om samhandlingskoordinatoren, men når dette ble kjent, lettet dette samarbeidet med kommunene. Både sykehusene og kommunen har deltatt i felles møter der utfordringer har blitt diskutert, men det er ulikt hvordan en har oppfattet at evaluering av tiltak er blitt fulgt opp.

E-meldinger har bidratt til bedre dokumentert kommunikasjon. I tillegg har enighet om pasientforløp bidratt til at utskrivninger har blitt planlagt på en bedre måte. Lederne i sykehus opplevde at det i starten var en skepsis i forhold til at sykehusene ikke visste hvilken kompetanse kommunene hadde. Det var også utfordringer i starten med at kommunen ikke kunne ta imot pasienter. Etter hvert endret dette seg, og en fikk til et samarbeid mellom kommuner og sykehus om utskrivning av pasienter. Pasienten ble skrevet ut tidligere enn før, og det ble færre innlagte pasienter som var ferdigbehandlet i sykehuset. Leder på et av sykehusene sier det slik;

«Mange sykepleiere på sengepost ville ikke slippe fra seg pasientene. De er våre og er syke, de må få være et par dager til».

Lederne i sykehus er tydelige på at det har skjedd en holdningsendring. Nå har man bedre kjennskap til hvilket tjenestetilbud kommunen kan gi. Kvalitet i alle ledd i helsetjenesten har stor betydning, ikke minst for pasientene. Det er et stykke før målet er nådd fullt ut.

5.3.2 Resultater: Hemmere for endring

Det er delte meninger blant lederne på hvordan de opplever hvordan samhandlingsreformen ble innført. Flere av lederne i kommunen opplevde at reformen var en bestemmelse, og at en følger lojalt opp om det som er bestemt. På den ene siden opplever kommunene at reformen har ført til at dårligere pasienter blir utskrevet tidligere fra sykehusene enn det de ble før. På den annen side ser en at det en trodde ikke var gjennomførbart, faktisk har gått bra. Enda er det mye som gjenstår før alt blir godt ivaretatt. Noen av lederne stiller fortsatt spørsmål om hvor fokuset er. Er dette til beste for pasienten?

Noen av lederne i kommunen er tydelig på at det ikke var stor jubel når reformen kom. Flere opplever at kommunen fikk flere pasienter som var dårligere og hadde et større behov for omsorg. Det var en skepsis blant ansatte, og mange hadde ikke tro på at reformen var gjennomførbar. Reformen krevde økt kompetanse i kommunen, og dette var ikke alle forberedt på. Ledere i kommunen har en opplevelse at det er sykehuset som har sittet i førersetet når det gjelder samhandlingsreformen. Sykehuset har hatt store forventninger til kommunene, mens det har vært lite fokus på forventninger til sykehuset.

Ledere i kommunen og på sykehus opplever i stor grad at det er kommunikasjon som i stor grad har virket som en hemmer for endring og som ofte har ført til en motstand i forhold til reformen. Dialog og informasjon er krevende. I dag er det mange journalsystemer det dokumenteres i, det er ulike systemer i kommune, legevakt og på sykehus. Hjemmetjenesten bruker mye tid på å holde andre oppdatert. Flere av lederne påpeker at det er stor forventning til Helseplattformen med tanke på felles pasientjournal.

En annen hemmer flere av lederne påpeker, er endringer som gjøres med kort varsel. Dette opplever både kommunen og sykehusene. Kommunen opplever at pasienter som er planlagt utskrevet over tid ikke kommer den ettermiddagen som er bestemt. Da kan mange forberedelser være gjort. Sykehuset opplever det på samme måte når pasienten skal reise, og får da beskjed om at kommunen mangler personell på vakt og at de ikke kan ta imot pasienten. Ledere på sykehus opplever at kommunen kan være nokså rigide med tanke på å melde avvik. Ofte blir det meldt avvik på det som oppleves som bagateller, og dette oppleves irriterende blant ansatte. Lederne på sykehusene opplever ikke at det er motstand mot reformen i sin helhet, men frustrasjon omkring ting som ikke fungerer og krever mer tid.

Kommunen opplever at sykehuset ikke er klar over hva det er pasienten skrives ut til, for eksempel et bofellesskap. I et slikt bofellesskap er det ikke alltid sykepleiere på vakt, dette fører til at pasienten må på en midlertidig plass. Det samme gjelder når pasienten har behov for hjelpemidler og at det ikke er informert om dette. Det blir krevende når pasienten kommer hjem sent på ettermiddagen og hjelpemiddelutdelingen er stengt, eller pasienten kommer hjem med utstyr som krever opplæring eller ny kompetanse. Her oppleves informasjonsflyt som en hemmer. Med en bedre informasjonsflyt ville alle blitt mer effektive. Kommunene opplever at det er størst utfordringer innen psykiatrien. Der er det ikke innført bruk av E-meldinger på samme måte som i somatikken. Det har oppstått en del uheldige situasjoner der pasienten har blitt skadelidende.

Sykehusene på sin side opplever frustrasjon over at kommunen ikke klarer å håndtere den informasjonen som sendes fra sykehus. Tildelingskontorene er kun åpen på dagtid, mens på ettermiddag er det sykepleiere i vakt som betjener dette. Her oppleves ulik kompetanse. Selv om det informeres om en pasient med stort omsorgsbehov ved utskrivning, så har ikke kommunen plass på sykehjem, men tildeler plass i omsorgsbolig eller bestemmer at han må

reise hjem. Det er ikke uvanlig at dette fører til en reinnleggelse for pasienten. Leder på et av sykehusene sier det slik;

« .. pasienten blir en svingdørspasient, har mange eksempler på det. Dette er frustrerende og veldig dårlig pasientbehandling».

En tredje part i dette er pårørende som også gir klart uttrykk for sine bekymringer. Det er vanskelig å uttrykke noe om dette når pasienten er innlagt på sykehus. Det er kommunen som avgjør omsorgstilbudet pasienten skal ha, mens sykehuset angir omsorgsbehovet. I kommunen og sykehusene er det forskjellige verktøy for funksjonsvurdering av pasientene. Dette oppleves som en hemmer. Dette burde ha vært koordinert slik at det gjøres likt. Sykehusene opplever at det mangler informasjon når pasienten legges inn. Ofte må sykehuset ta kontakt med kommunen pr telefon for å få informasjon om funksjonsnivået. Noen av lederne i kommunen opplever at sykehuset ikke undersøker nok om hvordan hjemmeforholdene er når de skriver ut pasienter. Det kan være utfordringer med for eksempel toalett i andre etasje. Andre ledere i kommunen mener at dette er det tildelingskontoret i kommunen som skal ha oversikt over og ta med i vurderingen når de tildeler plasser. Det er ikke uvanlig at sykehuset kommer med anbefalinger om korttids plass, men at kommunen ikke har ledig plass og bestemmer at pasienten må reise hjem med hjemmesykepleie. Av og til opplever kommunen at sykehuset lover ut et tilbud som ikke kommunen har, dette oppleves negativt når kommunen ikke greier å innfri.

Ledere i kommunen opplever at det er mangel på korttids plasser i kommunen, noe som oppleves som en hemmer når pasienten er i grenseland med tanke på omsorgsbehov. Akkurat på dette område er kommunen ikke gode nok. Samtidig er det en utfordring å informere innbyggerne om hva samhandlingsreformen har ført til av endringer. Det som var et sykehjem tidligere, er ikke det samme sykehjemmet i dag. Flere kommuner har valgt å endre navn til Helsehus. Dette er moderne institusjoner som tar imot både unge og gamle til mer avansert behandling og omsorg. Mange pasienter oppfatter fremdeles at det er på sykehus mange av disse oppgavene skal løses.

Ledere i kommunen opplever ikke at de har fått økt sine ressurser etter at reformen kom. Det har i stedet blitt færre ressurser til å løse flere oppgavene de føler de er blitt påtvunget. Det må hele tiden gjøres en prioritering på hva en skal bruke tiden på. Det er stor enighet blant

lederne i kommunen om at det totalt sett er for få økonomiske ressurser. Dette er tungt å svelge, forventningene til hva som skal gjøres i kommunen øker, men det følger ikke ressurser med. Det er lett å bli negativ til hensikten med reformen når den krever mer ressurser fra kommunen. Ledere i kommunen opplever at det er økonomien som styrer, og at pasientene blir skadelidende. Det blir ikke et godt nok helhetlig pasientforløp.

Sykehusene opplever også at økonomien er en brems, og at kommunen ikke tar imot pasienter som er utskrivningsklare. Dette fører til overbelegg og redusert inntak. Noen av lederne på sykehus mener at kommunene ikke var godt nok forberedt på endringen som kom, og at kommunen fikk en dårlig start. Noen av lederne i sykehuset stiller spørsmål om kommunen har tatt inn over seg konsekvensene reformen gir. En av lederne fra sykehusene sier det slik;

«Vi har nå en pasient liggende i sengepost på grunn av at kommunen ikke kan gi antibiotika på hjemstedet.. dette på grunn av for mye sykemelding på det sykehjemmet».

Mye av samarbeidet bremses på grunn av mangel på informasjon, sykehuset tror kommunen ikke er i stand til å tilby riktig behandling/omsorg. Det er ofte sykepleiere stiller spørsmål om pasienten får den oppfølging og behandlingen han skal ha i kommunen. Dette handler om uvitenhet. Det kan oppleves som kommunen på sin side ikke anstrenger seg for å tilby plass når de vet pasienten har plass på sykehuset, og det oppleves negativt når ledere i kommunen gir uttrykk for at det er billigere for kommunen at pasienten blir liggende på sykehuset. Igjen er det viktig at partene prater sammen, det kan virke som vi er på to ulike arenaer.

Lederne i sykehus opplever også et det er en utfordring at ulike profesjoner vurderer ulikt. Legen som går visitt kan love pasienten at han skal få være i sykehuset noen dager ekstra. Dette kan handle om manglende kjennskap til hva kommunen kan tilby av tjenester. Det samme gjelder det å planlegge utskrivning fra sykehus. Der kan det også være manglende kjennskap hos ulike profesjoner på viktigheten av å legge en plan sammen med kommunen.

Enkelte ledere i sykehus har også måttet jobbe med sykepleiergruppen når det gjelder holdninger til at pasientene skal reise tidligere fra sykehuset. Dette har ofte hatt sammenheng med manglende kjennskap til hva kommunen kan tilby av tjenester og utstyr. Det har også vært liten dialog omkring omsorgsbehovet, tjenestetilbudet og kvalitet på tilbudet. Det

oppleves stor forskjell på hva de ulike kommunen kan tilby, og vanskelig å få oversikt på hva de ulike kommunene har av tilbud. Et eksempel er slagpasienter, her er det stor forskjell på hva de ulike kommunene har å tilby denne pasientgruppen. Ledere i kommunen beskriver at de mangler spisskompetanse innen flere områder, som for eksempel innen psykiatri og kreftsykepleie. Det er et økende behov for sårpsykepleier og diabetessykepleier i kommunene.

Flere ledere i sykehuset påpeker at tjenesteavtalene som ble utarbeidet mellom kommuner og sykehus ikke var godt nok kjent og forankret i organisasjonene. De var heller ikke konkrete nok. Noen ledere vet at det finnes informasjon i kvalitetssystemet, men de opplever at den er overordnet og blir ikke brukt av sykepleiere eller leger. Lederne stiller også spørsmål om hvordan tjenesteutvalgene jobber og hvilken kompetanse og erfaring de innehar. Det har vært lite informasjon om samhandlingskoordinatoren sin rolle.

5.3.3 Drivere og oppslutning eller hemmere og motstand

Når vi i intervjuene spør lederne i fokusgruppene om hva de opplever som drivere for endring og oppslutning om samhandlingsreformen, svarer alle gruppene ganske likt, men med ulik vinkling. Det noen av lederne fremhever som drivere, fremhever andre ledere som hemmere. Det som for noen av lederne oppleves som oppslutning, oppleves for andre som motstand. Dette gjør at vi i analysen av resultatene fra spørsmålene under forskningsspørsmål 2 velger å analysere alle resultatene samlet i denne delen av oppgaven.

I arbeidet med endringer vil det kunne oppstå krefter som jobber for endringene og krefter som jobber mot endringene. Dette beskriver Jacobsen (2018) som oppslutning om endring, eller som motstand mot endring. Hvordan oppslutningen om endring kan virke som en driver eller motstanden som en hemmer, vil variere ut i fra hva endringen består i og hvor godt endringene er planlagt og hvordan endringsprosessen blir gjennomført. Jacobsen (2018) sier at endringsagenten eller lederen av endringsprosessen må arbeide for at drivkreftene må bli sterkere enn motkreftene eller at motkreftene skal bli svakere enn drivkreftene.

Det ble tidlig kommentert i alle fokusgruppeintervjuene at samhandlingsreformen kom noe overraskende på lederne. De fleste hadde hørt om den og hadde en formening om hva den gikk ut på, men hva den konkret ville ha å si for driften av virksomheten var lite kjent. En av lederne ved sykehusene sier det slik;

«Akkurat i starten – vi var ikke forberedt når den kom. Reformen bare kom og så var det en ny måte å samhandle på».

Mens en av lederne i kommunen sa at det ikke var noen hallelujastemming for reformen som sådan. Jacobsen (2018) framhever frykt for det ukjente som noe som kan skape motstand. At endringene kommer overraskende på lederne vil kunne føre til en slik frykt eller usikkerhet med hensyn til hva som kommer med reformen.

Telemarksforskningen konkluderer i sin rapport med at kommunene som deltok i undersøkelsen opplevde at reformen kom brått på. Rapporten beskriver at kommunene i løpet av kort tid fikk endret oppgaver og ansvar uten tid til omstilling (Haukelien, H. et.al, 2015).

Kommunene kom på etterskudd med bemanning og kompetanse fra dag en. Samtidig sier de samme lederne at reformen var en bestemmelse som kom fra myndighetene, og at en da følger lojalt opp om det som er bestemt. Jacobsen (2018) påpeker den psykologiske kontrakten som noe som både kan skape motstand og oppslutning omkring endringer. Det er mulig å se for seg at en slik lojalitet til myndigheter når en jobber i offentlig sektor kan være en form for psykologisk kontrakt som vil kunne gi oppslutning om endringer initiert av myndighetene.

Flere av lederne vi intervjuet i kommunen og sykehusene gav uttrykk for at det var lite som var forberedt før samhandlingsreformen ble iverksatt på avdelingsnivå. Noen av lederne på sykehusene var klar over at det var nøkkelpersoner som hadde fått ansvar for å koordinere et samarbeid med kommunene. Hva denne jobben gikk ut på var nokså ukjent. Etter hvert ble det klart at det skulle utarbeides rutiner og avtaler for hvordan samarbeidet skulle organiseres mellom kommunene og sykehusene. Jacobsen (2018) støtter seg på Lewin (1997) sin tre-stegs-modell for endring som presiserer at «opptining» er det første og kanskje det viktigste steget i endring. Opptiningen skal gjøre medlemmene i organisasjonen i stand til å endre sin adferd, og gjøre dem klar for endring. Fra å være i en stabil situasjon der alt er trygt og kjent, går organisasjonen over i å erkjenne at det er nødvendig med endring. Uten denne opptiningen gis det liten mulighet for å demme opp for frykten for det ukjente, som Jacobsen (2018) hevder vil skape motstand mot endring.

Lederne vi intervjuet både i kommunen og sykehuset var ledere med driftsansvar og nær kontakt med pasienter og pårørende. Når det er lite fokus på endringer som er nært

forestående, er sjansene for at oppslutning om endringene også reduseres. Det er lett å forstå at det kan utvikle seg en slags motstand. Jacobsen (2018) beskriver denne motstanden som likegyldighet eller apati. Tilstanden betegnes som en manglende interesse for endringen der det hverken er positive eller negative følelser. Kanskje er det noe av dette lederne uttrykker når de beskriver samhandlingsreformen som en reform som bare kom. Det gis liten mulighet til å bygge opp under kunnskap som kan gi faglig enighet med tanke på mål og hensikt med endringene. Faglig enighet eller faglig uenighet framhever Jacobsen (2018) også som sentralt for enten å kunne skape oppslutning eller at det kan gi motstand.

Jacobsen (2018) beskriver også at planlagte endringer er prosesser som bør ha en definert start og slutt. Ved innføring av en reform, vil det ikke være like enkelt å tidfeste når reformen er innført. Noe enklere vil det kunne være å tidfeste når endringene starter, og hvilke endringer som starter først. En tidsakse som viser hvilke aktiviteter som kommer når, vil også kunne bidra til at de personene som endringen angår vil kunne starte med ulike forberedelser. På denne måten vil en kunne unngå det som Jacobsen (2018) kaller frykt for det ukjente. Det er ikke uvanlig at endringer fører til utrygghet og et psykologisk stress hos ansatte, som i sin tur medfører motstand mot endringen.

Det kan se ut til at lederne på sykehusene ble kjent med arbeidet som startet med samhandlingsreformen på et tidligere tidspunkt enn lederne i kommunen. Lederne på begge sykehusene viser til at det var samhandlingskoordinatorer som jobbet med samhandling sammen med kommunene. Helt eksakt hva dette arbeidet gikk ut på var ukjent i starten. Etter hvert ble det bedre kjent ved begge sykehusene, og dette lettet arbeidet for avdelingen. For kommunen kan det virke til at det var mindre fokus på samhandling i starten. Kotter (2012 og 2018) beskriver i en av sine faser behovet for rådgivende nettverk. Dette er personer som nettopp representerer ulike nivåer i organisasjonen og som utgjør kjernen i endringsprosesser. Med slike rådgivende nettverk vil en kunne knytte en form for psykologisk kontrakt. De kan dermed bidra med en sterk tro på endringens hensikt og mål, samt skape en faglig enighet omkring dette i sine miljøer. Det å kunne gi slike nettverk makt knyttet til å oppnå endringer vil kunne gi en styrket oppslutning om endringene. Jacobsen (2018) framhever som tidligere nevnt både psykologiske kontrakter og faglig enighet som sentrale faktorer i arbeidet med å skape oppslutning.

Lederne viser til at det var noen møter mellom kommunen og sykehusene, men at det var overordnede ledere som deltok i de møtene. Jacobsen (2018) beskriver at informasjonstilgang i en organisasjon kan være «Top-Down». I dette legger han at mye informasjon vil tilfalle ledere på et høyere nivå. Denne lederen er ofte bindeleddet til andre organisasjoner og til omgivelsene. Dette gjør at ledere på lavere nivå i organisasjonen ikke har samme tilgang på informasjon, og vil heller ikke kunne være i stand til å forstå behovet for endringer på samme måte. Det kan se ut til at både ledere og ansatte kom sent inn i arbeidet med reformen, og en kan se for seg at dette fører til mangel på interesser, eller det Jacobsen (2018) beskriver som apati eller likegyldighet.

Flere ganger i løpet av intervjuene, kommer lederne inn på samarbeidet mellom kommunen og sykehusene og hvordan de opplevde det innen ulike områder. Det alle fremhever som kanskje den mest vellykkede driveren i endringsarbeidet, er E-meldinger. Som et ledd i arbeidet med å sikre informasjon mellom kommunen og sykehusene, ble det utarbeidet en tjeneste for elektroniske meldinger der informasjon om pasientenes tilstand ble dokumentert. Dette bidro til at informasjonen ble kvalitetssikret på en bedre måte, den som sendte meldingen fikk også tilbakemelding og misforståelser ble redusert. Lederne påpeker at det fortsatt er utfordringer med tanke på informasjonsutveksling innen psykiatrien. Der er ikke E-meldinger tatt i bruk på samme måte, noe som oppleves svært uheldig og også som en hemmer for å nå målene i samhandlingsreformen. Forskningsrådet sin evaluering av samhandlingsreformen konkluderer også med at E-meldinger mellom kommuner og sykehus oppleves som svært positivt, og at E-meldingene har bidratt til effektivitet, bedre informasjonskvalitet og pasientsikkerhet (Norges forskningsråd, 2016).

Både lederne i kommunen og sykehusene opplever E-meldinger som viktig. Før E-meldingene ble innført, ble det brukt mye ressurser på å sende informasjon i brev, fax og via telefon. Denne måten å utveksle informasjon på var tidkrevende, og førte ofte til misforståelser og uenighet. Flere av lederne som ble intervjuet sier at det tidligere var mye fram og tilbake, og at dette kunne forsinke utskrivelse av pasienten fra sykehuset. Det var også situasjoner der kommunen var usikker på hvilket omsorgsnivå pasienten trengte, og at dette først ble avdekket når pasienten kom hjem. Med innføring av E-meldinger beskriver lederne at endringen har gitt resultater som har bidratt til oppslutning om reformen.

Kotter (2012) beskriver i en av sine faser i endringsledelse at det å fjerne barrierer vil kunne bidra til at ansatte opplever å få et handlingsrom som kan bidra til effektivitet og nye måter å arbeide på. Jacobsen (2018) framhever at ekstraarbeid er en faktor som kan skape motstand. Her kan en se en motsatt effekt. Lederne opplever E-meldingene som en lettelse av arbeidet. Det fører til mer effektive prosesser, skaper mindre arbeid og bruk av mindre ressurser. Det er mulig å tenke at en slik lettelse dermed kan bidra til oppslutning om de endringer som initieres.

Jacobsen (2018) bruker begrepet god, og mener med det at organisasjonen må oppfatte endringen som god for både organisasjonen og individene. Når lederne beskriver innføring av E-meldinger som en positiv driver i endringsarbeidet, er det naturlig å trekke den konklusjon at E-meldinger har ført noe godt med seg både for pasienter og ansatte. Når kommunikasjon mellom kommunen og sykehusene er bedret og informasjonsutvekslingen fungerer bedre, vil pasientene kunne oppleve en større grad av trygghet for at de får de tjenester de trenger, og at samarbeidet mellom kommunen og sykehusene fungerer bedre.

Karl Weick (1995) beskriver dette som en forståelse av virkeligheten, der endringsagentenes oppgave blir å bidra til en meningsskaping (sensemaking). Denne forståelsen må kommuniseres ut i organisasjonen slik at organisasjonenes medlemmer også får en forståelse (sensemaking). Kotter (2012) beskriver dette som gevinster som kan bidra til at en når målet. Ved å synliggjøre gevinster vil medarbeidere kunne bli motivert til å fortsette endringsarbeidet. Enighet om at endringene er viktige og at løsninger er riktige er en av de aller viktigste årsaker til oppslutning sier Jacobsen (2018).

Både ledere i kommunen og sykehusene er opptatt av hvordan samhandlingsreformen konkret påvirket samarbeidet om pasienten og spesielt utskrivningsklare pasienter. Ledere i kommunen opplever å ha fått mange flere oppgaver med flere dårligere pasienter og at det er mangel på institusjonsplasser. Jacobsen (2018) beskriver at endringer som fører til opplevd ekstraarbeid eller som krever en ekstra innsats fra ansatte, vil kunne bidra til motstand mot endringen. Flere av lederne i kommunen fremhever at mangel på ressurser til de økte oppgavene er det som oppleves som den største hemmeren. I tillegg opplever kommunen at sykehusene ikke undersøker i tilstrekkelig grad hvilket tilbud pasientene får når de utskrives. Samtidig påpeker en av lederne at det er kommunen selv som fordeler plasser og som gjør prioriteringer.

NOVA sin rapport viser mye av de samme resultatene som lederne i kommunen svarte i våre intervjuer. En av konklusjonene i denne rapporten sier at kommunale helse- og omsorgstjenester tar imot et økt antall alvorlig syke pasienter fra sykehus etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Det er spesielt hjemmetjenesten som har merket den største økningen viser rapporten (Gautun, H. og Syse, A., 2013). Rapporten fra Telemarkforskningen viser også det samme. I denne rapporten er det eldre mennesker med moderate psykiske problemer, eldre med behov for tilsyn og moderat helse- og omsorgsbehov som kommer dårligst ut. Det kan se ut til å være de som bor hjemme, og som har behov for at hjemmetjenesten kommer innom en eller flere ganger per døgn som er de som er blitt nedprioritert (Haukelien, H. et.al, 2015).

Ledere på et av sykehusene opplever frustrasjon over at kommunen ikke håndterer informasjonen om pasientens omsorgsbehov som blir gitt, og at de koordinerer dårlig tildeling av plasser. Samtidig sier ledere på det andre sykehuset at det har skjedd en positiv endring knyttet til samarbeid om pasienter med stort omsorgsbehov. Det har blitt en bedre dialog mellom kommunen og sykehusene når det gjelder planlagte utskrivninger. Lederne vi intervjuet svarer at flere av endringene som kom med reformen har ført til både oppslutning og motstand. Dette er også en av konklusjonene vi kan lese i rapporten fra NOVA, der fire av ti svarer at samarbeidet er blitt bedre mellom kommuner og sykehus, mens 24 prosent svarer at samarbeidet har blitt mer anstrengt (Gautun, H. og Syse, A., 2013).

Jacobsen (2018) påpeker at det er flere årsaker til at menneskene i organisasjonene opplever oppslutning og/eller motstand knyttet til endring. I og med at organisasjonene består av enkeltindivider og grupper mennesker, vil det være ulike forhold som påvirker reaksjonene. Noen ganger vil det være forholdet mellom menneskene, andre ganger er det forhold utenfor organisasjonen eller forhold i omgivelsene. Som nevnt er en av årsakene til motstand eller oppslutning faglig enighet eller faglig uenighet. Det kan oppstå uenighet om endringen er riktig løsning på problemet. Ved å gjøre endringer innen et område, vil det kunne medføre uønskede resultater på et annet område. Dermed oppstår det diskusjon om endringen hadde ønsket effekt eller ikke. Her svarer lederne i kommunen og sykehusene noe ulikt. Lederne i kommunen gir uttrykk for at det er pasientene som blir skadelidende ved tidligere utskrivelse fra sykehusene, og at det er for få ressurser i kommunene. Lederne på sykehuset ser det som sin oppgave å få skrevet ut de som er utskrivningsklare og få behandlet flest mulig pasienter, slik at ventelister og fristbrudd unngås.

Brunsson og Olsen (1997) har gjort en studie av reformer som er gjennomført i offentlig sektor der de påpeker at når reformene er basert på feil premisser, at de er selvmotsigende eller rett og slett ødeleggende vil dette skape motstand. Ved implementering av samhandlingsreformen, svarer noen av lederne fra kommunen at de stiller spørsmål ved om pasienten er tjent med tidligere utskrivelse fra sykehuset når en ser at dette fører til et dårligere helsetilbud og oftere reinnleggelser etter kort tid. Forskningsrådet sin rapport viser derimot til at det ikke er noen sammenheng mellom reformens mål om utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser i sykehus (Norges forskningsråd, 2016).

Noen av lederne i kommunen opplever at sykehuset lover pasienten tjenestetilbud som kommunen ikke har. Lederne på sykehuset opplever på sin side at det er vanskelig å informere pasient og pårørende om hvordan det blir når pasienten kommer hjem. Sykehuset skal bare beskrive omsorgsbehovet pasienten har, mens det er kommunen som skal bestemme omsorgstilbudet. Bare dette viser hvor lett det kan bli faglig uenighet om hvem som gjør vurderinger på hva, og det kan skape motstand. En kan lett forstå at pasienten føler usikkerhet når en instans vurderer behovet og en annen instans vurderer tilbudet. En kan se for seg at det kan være faglig enighet eller uenighet om det er riktig at pasienten skrives ut fra sykehuset, og at kommunen skal fortsette behandlingen. Her vil det ofte være medisinske faglige vurderinger som ligger til grunn. I de fleste tilfellene er det sykehuslegen som gjør disse vurderingene, og bestemmer om pasienten er utskrivningsklar. En kunne ha sett for seg at fastlegen eller kommunelegen burde ha vært med i disse vurderingene. Dette ville ha utjevnet det faglige maktforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Endrede maktforhold kan brukes både for å skape oppslutning om endring, men det kan også bidra til motstand. Pasientens behov for helsetjeneste kunne blitt belyst på et annet nivå ved hjelp av større delaktighet fra fastleger / kommuneleger. Lederne i sykehus opplever at det gjøres ulike vurderinger både i sykehus og kommuner, dette ut i fra hvor godt kjent den enkelte fagutøver er kjent med avtaler som er inngått, og hvilken behandling og omsorg kommunen kan gi. En av lederne fra sykehusene påpeker at det er en utfordring for eksempel når tilbud legges ned i kommunene, som rehabilitering til slagpasienter. Da stopper samhandlingen opp, og pasienter kan ikke sendes ut fra sykehusene.

Lederne i sykehusene beskriver en usikkerhet med hensyn til hvilken kompetanse som finnes i hver enkelt kommune. Sykepleierne stiller spørsmål om pasienten får den oppfølging og

behandling som er påkrevet når vedkommende kommer hjem eller til sykehjem. Leder fra et av sykehusene forteller som et eksempel;

«Vi har nå en pasient liggende i sengepost på grunn av at kommunen ikke kan gi antibiotika på hjemstedet..»

Slike episoder vil kunne være med på å styrke antagelsene om at det er store forskjeller på kompetanse mellom kommunen og sykehus som igjen gjør noe med maktforholdet mellom organisasjonene. Igjen kan en se hvordan endringer som ikke er forankret blant ansatte og i organisasjonen kan gi uheldige resultater. Jacobsen (2018) beskriver frykt for det ukjente som kanskje den viktigste årsaken til motstand mot endringer. Sykepleierne på sykehuset vet ikke om pasientene får den hjelpen de har behov for i kommunen, og at det da er bedre for pasienten å bli værende på sykehuset. I tillegg kan kommunen også gi uttrykk for at de mangler kompetanse og av den grunn ikke kan ta imot pasientene som er tenkt utskrevet. Dette har endret seg etter hvert, og en har fått til et samarbeid om utskrivelse av pasienter. Lederne på sykehusene mener det har skjedd en holdningsendring etter at man er blitt kjent med hvilke tjenestetilbud kommunene tilbyr.

De fleste lederne i kommunen fremhevet økt behov for kunnskap og kompetanse som en følge av tidligere utskrivelse av pasienter fra sykehus. De beskriver en pasientgruppe med økt behov for oppfølging, behandling og pleie. NOVA viser i sin oppsummering også det samme behovet, der sykepleierne etterspør kompetansehevende tiltak spesielt innenfor områder som kreft, lindrende behandling og ortopedi. (Gautun, H. og Syse, A., 2013) Rapporten fra Telemarksforskning viser at kommunene har fått langt mer kompliserte oppgaver. I denne rapporten pekes det på både mer kompliserte medisinske prosedyrer, koordinering, beredskap og kvalitetssikring (Haukelien, H. et.al, 2015). Hvis en i kommunene ikke opplever å mestre de oppgaver som en blir pålagt eller har tid og ressurser til å heve kompetanse, vil dette være nok et eksempel på hva Jacobsen (2018) påpeker som faktor som skaper motstand – frykt for det ukjente.

Lederne i kommunen beskriver behovet for kompetanse som en utfordring, men også som en driver til at kommunen har fått flere spennende oppgaver innen sykepleiefaget. Dette kan på mange måter sees på som en faglig gevinst for ansatte i kommunen. Jacobsen (2018) beskriver at endringer kan være en gevinst som kan komme den enkelte til gode eller hele

organisasjonen til gode. Gevinsten kan bidra til at den enkelte har mulighet for en faglig karrierestige i egen organisasjon, eller at organisasjonen oppleves faglig interessant og av den grunn rekrutterer medarbeidere på en bedre måte. Lederne i kommunen bekrefter akkurat dette i intervjuet. Dette kan også knyttes til det motsatte av tap av identitet, som Jacobsen (2018) påpeker skaper motstand. Her vil kommunene kunne oppleve en form for ny og positiv identitet ved å bli kjent for å kunne ta over oppgaver som tidligere er utført av spesialisthelsetjenesten.

NOVA-rapporten viser også at sykepleierne som er intervjuet der gir uttrykk for at oppgavene er blitt mer varierende og spennende (Gautun, H. og Syse, A., 2013). Flere av lederne vi intervjuet svarer at implementeringen av samhandlingsreformen har bidratt til en hverdag med flere spennende arbeidsoppgaver. I tillegg svarer flere av lederne at kommunen har blitt en mer attraktiv arbeidsplass og at det er lettere å rekruttere nye medarbeidere.

Alle lederne i våre intervjuer kommer inn på økonomi som en drivkraft i endringsprosessen. For enkelte av lederne var det vanskelig å skille om økonomi knyttet til reformen har fungert som en driver eller en hemmer. De fleste lederne mener at økonomien knyttet til reformen har gitt en mer effektiv helsetjeneste med kortere liggetid på sykehus og bedre utnyttelse av den totale helsetjenesten. Samtidig sier flere av lederne i kommunen at det er blitt flyttet flere oppgaver ut i kommunen uten at de opplever at det følger økonomiske rammer med. Dette synes lederne i kommunen det er vanskelig å forholde seg til, spesielt når de opplever at det helhetlige tilbudet ikke blir godt nok. Dette er også et eksempel på hvordan en endring kan føre til motstand. Ansatte i kommunen vil kunne oppleve de nye oppgavene som det Jacobsen (2018) beskriver som ekstraarbeid. Flere pasienter med større behov for omsorg per sykepleier i kommunen vil oppleves som stress og lite tilfredsstillende, og vil kunne møte en form for motstand blant ansatte.

Ledere i sykehusene opplever også at økonomien er en brems i kommunene, noe som medfører at pasientene blir liggende lenger på sykehuset. Dette oppleves blant ansatte i sykehus som en hemmer, og som er med på å skape motstand mot samhandlingsreformen. Flere ansatte har av den grunn uttrykt tydelig at økonomiske sanksjoner for kommunene oppleves som riktig. Begrunnelsen for dette er at sykehusene har opplevd at ledelsen i enkelte kommuner bevisst ikke har prioritert å tilrettelegge for at utskrivningsklare pasienter skal få det tilbudet de har behov for i kommunen. I en artikkel i Trønderavisa 30.03.19 kan en lese at

det fortsatt er utfordringer med at utskrivningsklare pasienter fortsatt blir liggende i sykehus. Artikkelen viser at en kommune i perioden 2015 til 2018 har hatt utskrivningsklare pasienter liggende på sykehuset og har måttet betale til sammen 14,6 millioner kroner til sykehuset på bakgrunn av dette. (Trønderavisa, 2019)

Forskningsrådet sin rapport forsøker å forklare hvordan økonomiske styringsvirkemidler er tenkt å skal virke gjennom samhandlingsreformen. Gjennom med-finansiering og betalingsansvar er tanken at det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging og unngå innleggelse på sykehus og å ta hjem utskrivningsklare pasienter (Norges forskningsråd, 2016). Dette for selv å ta hånd om pasientene på en rimeligere måte. Når ledere i kommunen faktisk opplever at de økonomiske rammene blir mindre, og at oppgavene blir flere og at det er de økonomiske resultatene det måles på er det lett å forstå at det kan være vanskelig å skape oppslutning om endringsarbeidet. Kanskje er det ikke overraskende at så mange av lederne trekker frem økonomi som en av de viktige drivkrefter de tenker på knyttet til reformen.

Bent Høie (2019) framhever i sykehustalen at det i samhandlingsreformen i stor grad lå økonomiske og juridiske virkemidler for å nå målene med reformen. Det kan også forstås ved å se på hvordan offentlige sektor har vært styrt gjennom de siste årtier. New Public Management tankegangen har hatt, og har fortsatt stor plass i offentlig sektor. Fortsatt er offentlig sektor organisert med enheter som har sine budsjetter og skal levere resultater for å nå sine mål. En kan stille spørsmål til om organisasjonene i stor grad har fokusert på effektivitet og resultater som de blir målt på, og kanskje i mindre grad på selve pasientforløpet og de helhetlige tjenestene som skal leveres.

På 1990-tallet ble det innført en ny finansieringsmodell for sykehusene i Norge, Innsatsstyrt finansiering (ISF) der sykehusene skulle få refundert utgifter etter en fast takst per behandling basert på diagnoserelaterte grupper (DRG). Dette ble innført innen somatikken og poliklinisk behandling i psykiatri, og hadde en refusjonsprosent på 35% og en rammefinansiering på 65%. Dette er blitt endret slik at fra 2014 er tallene 50% refusjon og 50% rammefinansiering. Dette betyr at sykehusene er helt avhengig av en høy aktivitet med utskrivning av pasienter som kan skrives ut til videre behandling i kommunen (Helsedirektoratet, 2019).

Kanskje er det dette vi merker at lederne i våre intervju også er preget av. Lederne på sykehus må ha høy nok aktivitet for at budsjetter skal kunne holdes. Lederne i kommunene opplever at de ikke har fått økt sine budsjetter, men fått flere oppgaver og ser at gapet mellom behov og tjenester ikke henger sammen. Det kan være fristende å stille spørsmål ved måten finansieringen av våre helsetjenester er organisert på. Kanskje er tiden moden til å se hvordan refusjoner og økonomi skal følge pasienten på en helt annen måte, der det ikke er enhetene sine økonomiske resultater det blir målt på, men heller pasientens oppnåelse av dekket behov.

Det oppleves også som en driver for endring at samarbeidet mellom kommunen og sykehusene er styrket når det gjelder overføring av kompetanse. Noen av lederne opplever at sykehusene er positive til å bidra med opplæring, men at det er opp til kommunen å benytte seg av tilbudet. Andre opplever at opplæringen bare delvis har fungert. Det kan tyde på at samarbeidet mellom kommunen og sykehusene ikke har vært optimal selv om ulike tjenesteavtaler er utarbeidet på dette med kompetanseoverføring.

Jacobsen (2018) beskriver maktforhold som en utfordring og mulig motstand i endringsprosesser. Når endringer gjøres i organisasjoner eller mellom organisasjoner, kan dette også gjøre noe med maktforholdet. Fra å leve i en stabil situasjon der alt er forankret i rutiner og struktur, til en nye situasjon der oppgaver og ansvar blir endret kan maktforholdet utfordres. Ledere i kommunen opplever at det er sykehuset som har sittet i førersetet når det gjelder reformen og deling av kompetanse. De samme lederne svarer også at sykehuset har store forventninger til kommunene, mens det er lite fokus på hva kommunene kan forvente av sykehusene når det blant annet gjelder deling av kompetanse. Kanskje kan det se ut til at maktbalansen ikke i stor nok grad er endret gjennom samhandlingsreformen. Det kan tenkes at makten fortsatt oppleves å tillige sykehusene og dette kan fungere som en hemmer for den nødvendige utviklingen og de endringer som var forventet i kommunene.

5.4 Forståelse for endring

I denne delen av undersøkelsen ønsker vi å få informasjon om hvordan det er skapt forståelse for endring i virksomhetene. Spørsmålene i intervjuene handler her om hvordan behov for endring har blitt diskutert og synliggjort i enhetene, og bakgrunnen for at akkurat disse behovene for endring ble diskutert. I tillegg har vi stilt spørsmål om hvordan man har evaluert eller snakket om endringer som er gjennomført knyttet til samhandling mellom kommuner og

helseforetak. Til slutt spurte vi om lederne kunne si noe om områder eller praksis som er endret som følge av samhandlingsreformen, hvorfor disse endringene har skjedd og bakgrunnen for at endringene eventuelt har blitt varige.

5.4.1 Resultater: Behov for endring, evaluering av endring og varig endring

Når vi spør på hvilken måte behov for endring ble synliggjort og hvorfor akkurat disse behovene ble diskutert svarer lederne fra kommunen at de gjennomførte drøftingsmøter med tillitsvalgte og verneombud for å tydeliggjøre behovet for endret kompetanse. Det ble behov for kompetanseplaner for å sikre det faglige. Lederne opplevde at en ble flinkere til å bruke verktøy som kompetanseplaner og virksomhetsplaner i kommunene. Problematikken omkring pasientene ble mer og mer uavklart når pasientene kom til kommunene og behovet for spisskompetanse ble veldig tydelig. Når lederne i sykehusene blir utfordret på dette temaet beskriver de at:

«Vi, lederne, fikk dette i fanget»

De opplevde at det var veldig liten informasjon som nådde ledere på laveste nivå i sykehusene. De savnet et støtteapparat som kunne komme for å informere og tydeliggjøre at dette var sentralt og viktig for seksjonene i sykehusene. Lederne i sykehusene opplevde å måtte dykke i denne materien selv, finne ut hva som var nytt og hva som var forventningene til hverandre. En av lederne fra sykehusene uttrykte det slik:

«Jeg savnet at noen kom og hjalp meg litt.»

Lederne fra sykehusene mener sykehusene hadde en samhandlingskoordinator og at vedkommende var en viktig brikke i den funksjonen for å få avklart en del spørsmål som kunne gi informasjon til ansatte. Samtidig opplevde de at de sto veldig alene som ledere.

Lederne mener det er viktig å bruke de informasjonskanaler en har for å skape forståelse for slike store endringer. Interne informasjonskanaler som intranett og avdelingsmøter blir viktige. Noen av lederne i sykehusene påpeker at «tavlemøter» har fungert godt for å få oversikt over hvilken dialog det har vært mellom sykehus og kommune. Det er viktig å få skapt en forståelse for hvorfor reformen er innført. De prøvde å bruke tid på akkurat det med at ansatte skulle forstå hvorfor, hva samhandlingsreformen var og hva tjenesteavtalene

innebar. I starten måtte denne informasjonen inn i avdelingsmøter, temadager o.l og så har det stått som en fast sak i avdelingsmøter i ettertid.

Videre i intervjuet spurte vi om hvordan endringer som følge av samhandlingsreformen er evaluert. I kommunene beskriver de at en har teamledermøter hvor det blir etterspurt problemstillinger omkring samhandling. Det er møter på flere nivå og dette blir etterspurt fra enhetsledere. Enhetsledere ber om status og utfordringer blir løftet opp. Lederne fra kommunene opplever i liten grad at det blir evaluert sammen med sykehusene. De beskriver også at de på et vis evaluerer gjennom å sende avvik på hendelser og ved at de melder saker opp til overordnet leder, leder ved tildelingskontoret og omsorgssjef som tar med seg utfordringer inn i dialog med sykehusene.

Lederne fra sykehusene beskriver at det var mange praktiske utfordringer til å begynne med i forhold til å kunne stole på at informasjonsflyten fungerte mellom sykehus og kommune. Det var dialogmøter mellom samhandlingsleder, kommunalsjef, samt seksjonsledere om hvordan en skulle møte framtiden, men dette opplevdes det at det brått ble slutt på. De mener det burde vært flere slike møter. Lederne skulle ønske det var nedsatt faste fora for evaluering helt fra starten av. Beslutningstakere skulle vært med i felles møter, i dette tilfellet blant annet kommunepolitikere.

Sykehuslederne opplevde at en bare satte i gang og at det etter hvert ble glemt å sette inn konkrete evalueringer undervegs. De mener det er ulike utvalg som har ansvar for ulike tjenesteavtaler, men spør seg hvem det er som sitter der. De mener det er viktig å ha dedikerte personer / nøkkelpersoner til sentralt ansvar som dette og lederne må vite hvem dette er, samt hvem som har beslutningsmyndighet omkring samhandlingsutfordringer og tiltak som ønskes gjennomført. De mener også at en skulle samlet seg mer i sykehusene for å evaluere / drøfte konkrete utfordringer knyttet til samhandlingsreformen. Samhandling er en stor del av hverdagen til sykepleiere i de ulike seksjonene, dette oppleves viktig.

Lederne fra ett av sykehusene mener det er faste møter mellom kommunene og sykehusene hvor det er faste representanter. Når disse møtene skal foregå opplever lederne at de er for lite koordinerte og forberedt internt med tanke på hva som skulle vært meldt inn i møtene. Alle ledere skulle samlet seg for å forberede et slikt møte, sånn at samhandlingskoordinatorer kunne meldt aktuelle saker inn i møter med kommunene i etterkant. Lederne i sykehusene

beskriver også at det har vært for lite hospitering i kommunene, dette burde vært gjort i større grad. Det hadde gjort alle bedre kjent med tjenestene. Som evaluering tas også alle avvik opp i avdelingsmøter og blir reflektert omkring, samt svarene som utarbeides på disse avvikene.

Til slutt spurte vi om praksis som er blitt endret etter samhandlingsreformen, hvorfor disse endringene har skjedd og hva som har gjort at endringene har blitt varige. Lederne fra kommunene var opptatt av at dokumentasjonspraksisen er endret. Dette har vært det store fokuset, og det har gitt en kvalitetssikring av informasjonsflyten. Tidligere var pasientene mer ferdigbehandlet når de kom ut fra sykehus, mens nå er det større behov for akutt informasjon. De beskriver at bakgrunnen for at denne endringen er blitt varig er at den er god. De opplever å ha behov for den. De får noe igjen for den – informasjonen er tilgjengelig for alle ansatte, og en sikrer samme informasjon. De slipper mange misforståelser og alle ansatte ser nytten av dette. Dessuten har en ikke et alternativ, ingen ønsker seg tilbake.

Lederne ved sykehusene beskriver endret praksis med kortere liggetid, bedre dokumentasjon og informasjonsutveksling, samt det å ha fått til veiledning / opplæring ute i kommunene. Sykehuslederne beskriver også at de ser endring på at sykehusene har pasienter med behov for annen type behandling. Som beskrivelse for hvorfor endringene har skjedd sier de at en er nødt, det tvinger seg fram, endringene må skje for å få dette til å fungere. Det er også stor forståelse for at det har vært behov for endringene. Sykehusene opplever nå svært sjelden at de må stryke planlagte pasienter som følge av at en ikke får skrevet andre ut. De er mye raskere til å legge en plan for utskriving, kommer forttere i gang med å tenke framover og ser dermed resultater i form av korter liggetid og raskere utskriving. Sykehuset får informasjon når pasientene blir lagt inn fra kommunen, noe som har gitt mulighet for å forbedre måten det jobbes på internt i sykehuset. De brukte tidligere mye mer tid på å undersøke pasienten.

Enkelte av lederne beskriver også at det har vært hjelp i at dette er en nasjonal sak, at det i alle fall var godt å kunne vise til det i starten. Bakgrunnen for at endringene har blitt varige beskriver de rett og slett som at det blant annet ikke er plass til pasientene som tidligere lå i sykehus. Det er bare å se på beleggsprosenten. De mener at sykehusene fortsatt overfører flere og mer avanserte oppgaver til kommunene.

Sykehuselederne beskriver at en ikke har hatt noe valg med høyt belegg og høy aktivitet. I tillegg har endringene stor innvirkning på sykepleiernes hverdag. En ser at endringen er hensiktsmessig og nyttig både for pasienten og for ansatte og driften ved sengepostene. Det

har blitt mer forutsigbart og det liker alle. Det oppleves gunstig med pasientforløp som inkluderer både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Det er mye enklere med pleie- og omsorgsmeldinger og en ser betydningen av gode planer for pasientene. Det er enkelt å skjønne vitsen med endringen når en får gevinst av dem. Ganske betegnende for akkurat dette er uttalelsen fra en av sykehuslederne:

«Vi kan ikke gå tilbake med hensyn på det gode samarbeidet vi har med kommunene. Vi er nødt til å få pasientene videre..»

5.4.2 Behov for endring, evaluering av endring og varig endring

I dette kapittelet vil vi ha størst fokus på ledelse av endring i virksomhetene. Omfattende forskning har vist at endringsledelse spiller en sentral rolle i å skape klarhet for endring, aktiv oppslutning om endringene og manglende endringsledelse kan skape motstand mot endringene (Jacobsen, 2018).

Når en ser på hvordan lederne svarer ut våre siste spørsmål i intervjuene, knyttet til behov for endringer, evaluering av endringene og bakgrunn for varige endringer, tydeliggjøres et ønske og et behov for mer samordning og koordinering. Lederne tydeliggjør egentlig et behov for mer samstyring knyttet til samhandlingen om pasientene. De ønsker seg en mer tydelig arena som sikrer at evalueringer gjøres i fellesskap, og vi kan tolke deres svar i intervjuene dithen at det er behov for å gå mot et samarbeid som partnere i samhandlingen omkring pasientforløpene og i behandlingen. Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen bekrefter at avtalene som er gjort mellom kommunene og helseforetakene ikke har bidratt til vesentlige endringer i opplevd samarbeid (Norges forskningsråd, 2016). Det samme gjør Riksrevisjonens undersøkelse som påpeker at samarbeidet omkring pasienter som trenger tjenester både fra primær- og spesialisthelsetjeneste fortsatt ikke er godt nok (Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015-2016))

Dorte Pedersen (2004) påpeker at det i det nye ledelsesrommet i offentlig sektor er nødvendig å treffe kollektivt bindende beslutninger. Det er mulig at det også er disse mulighetene til å treffe kollektivt bindende beslutninger lederne etterspør. De påpeker at en heller ikke internt i virksomheten er godt nok koordinert i momenter, evalueringer og problemstillinger som

burde vært meldt inn til en arena hvor en i fellesskap skal ta beslutninger som har betydning for samhandlingen om pasientene.

Røiseland m. fl (2012) beskriver at ved samstyring må beslutninger fattes gjennom dialog og forhandlinger. Noen av lederne fra sykehusene beskriver at det var dialogmøter mellom tjenestenivåene i starten av innføringen av samhandlingsreformen. Dette knyttet til at praktiske utfordringer måtte løses. Etter hvert har det imidlertid, etter hva de har oppfattet, blitt slutt på dette. De mener så absolutt det burde vært flere slike møter og det kommer tydelig fram at de ser behov for at beslutninger tas i fellesskap. Andre ledere fra sykehusene mener at det fortsatt er faste møter mellom kommunene og sykehusene, men at en internt i sykehusene ikke er godt nok koordinert for å kunne bringe inn nødvendige saker til vurdering og beslutning fra de enkelte enhetene til denne møtearenaen.

Holmen (2016) argumenterer i tillegg at det kreves ledere som kan bygge bro på tvers av formelle organisasjonsstrukturer for å lykkes med samstyring. Lederne som deltok i vår undersøkelse beskriver at det for eksempel har vært for lite hospitering mellom nivåene til at en har hatt mulighet til å gjøre seg godt nok kjent med tjenestetilbudene og kompetansen hos den andre parten. Klijn og Koppenjan (2012 og 2016) bekrefter også at en er avhengig av å ha god kjennskap til sine partnere, at nettverk må pleies og at fagfolk samarbeider for at samstyring og samhandling i nettverk skal fungere. I sykehustalen (2019) framhever helseminister Bent Høie akkurat dette, at kommunene og helseforetakene må gå fra å være parter til å bli partnere hvis en skal lykkes med målsetningene i samhandlingsreformen og med de store utfordringene helsetjenestene står overfor.

Det er stor forskjell på hvordan lederne fra sykehusene og lederne fra kommunen for eksempel beskriver hva som er oppnådd av endret praksis gjennom innføringen av samhandlingsreformen. Kommunelederne definerer dokumentasjonspraksisen som den ene store gevinsten og endringen som er oppnådd og det som har hatt stor og positiv betydning. Sykehuslederne viser til flere endringer som har virket positivt inn på driften og pasientbehandlingen i sykehusene, både kortere liggetid for pasientene, bedre dokumentasjon og informasjonsutveksling og bedre veiledning og opplæring ut til kommunene. Det er interessant å reflektere over om likeverdighet i partnerskap kan ha en betydning for hvordan samhandlingsreformen er tatt imot og iverksatt i henholdsvis kommunen og sykehusene.

For at et partnerskap skal fungere godt beskriver flere at det mellom partnerne må være gjensidig avhengighet og de må være likeverdige (Higdem, 2009; Røyseland og Vabo, 2008). I en artikkel i boken «Modernisering av offentlig sektor» argumenterer Gjermund Haga (2011) at sykehusene fortsatt er storebror overfor kommunene og at dette har stor betydning for hvordan en kan lykkes med samhandlingsreformen. Det kan kanskje virke som at sykehusene har sett størst behov for reformen og det kan også tenkes at de med sin overlegne spesialistkompetanse har vært førende for hvordan den har blitt iverksatt og implementert lokalt. En kan se for seg at dette kan ha betydning for hvordan kommunene har opplevd innføringen av samhandlingsreformen og hvordan de evaluerer, opplever og dermed beskriver at den har skapt endret praksis til det bedre for kommunene og for pasientene. Forskningsrådets evaluering av reformen bekrefter at kommunene ikke opplever endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid med helseforetakene (Norges forskningsråd, 2016).

En av lederne i vår undersøkelse poengterte at det til å begynne med var hjelp i at samhandlingsreformen var en nasjonal sak. Lederen sa at dette var greit å kunne vise til i starten når endringene skulle implementeres. Dette kan sannsynligvis knyttes til Winter (2008) sin beskrivelse av en top-down implementering av politikk og reformer. Implementeringen har da et styrings- og kontrollperspektiv og den enkelte leder kan knytte innføringen av endringene til styring fra myndighetene. Det er mulig å knytte dette også til Røviks argumentasjon om at translasjon av reformer og en kyndighet på denne translasjonen i virksomhetene må være mikset med en faktisk myndighet for å lykkes med implementering (Røvik, 2014). Kanskje kan denne beskrivelsen fra en av lederne eksemplifisere at det å vise til en myndighets ønske eller krav om implementering av endringer også kan ha en hensikt når endringer i form av for eksempel samhandlingsreformen skal oversettes og implementeres.

Lederne fra kommunen kommer lite inn på om og hvordan behovene for endring knyttet til samhandlingsreformen ble diskutert i forkant av og gjennom innføringen. Det virker som de har lite erindringer om at dette hadde stort fokus. Det samme gjelder også for lederne fra sykehusene. En kommentar fra en av lederne i sykehusene betegner dette godt:

«Vi, lederne, fikk dette i fanget.»

Dette bekrefter også Telemarksforskningen. Her stadfestes det at for alle de fem kommunene som de gjorde undersøkelser i kom samhandlingsreformen brått på. Det var ikke snakk om

gradvis opptrapping i takt med bemannings- og kompetanseheving i kommunene (Haukelien, H. et.al, 2015). Det kan også i vår undersøkelse synes som at en hverken i kommunen eller sykehusene har gjort nødvendig forankring av endringene i den formelle ledelsen helt ut til lederne nærmest pasienten.

Jacobsen (2018) påpeker at uten denne forankringen vil endring bli problematisk.

Sykehuslederne beskriver at de opplevde å måtte dykke i denne materien selv. De opplevde at det var veldig lite informasjon som nådde ledere og dermed også ansatte nærmest pasienten.

Det virker som det har vært lite diskusjon omkring daværende situasjon og hvilke konsekvenser det ville få for helsetjenestene om endringer ikke skjer i tråd med målene og hensikter med samhandlingsreformen.

Det er ingen av lederne som på noen måte beskriver at de i forkant av innføringen av samhandlingsreformen hadde fått en opplevelse av eller på noen inngående måte hadde debattert at målsetningene i reformen var viktige for pasientene og for de helsetjenestene de leverte. Det kan ut fra svarene i våre intervju tyde på at virksomhetene ikke kan ha hatt tilstrekkelige eller spesielt gode prosesser knyttet til det å skape klima for endring. Det virker ikke som lederne opplever å ha fått noen form for forståelse for at endringene som kom tilknyttet reformen var riktige, viktige og gode. Både Lewin (1997), Jacobsen (2018) og Kotter (2012 og 2018) argumenterer for at «opptining» før endring, gjennom det å forstå hvorfor endringene skal gjøres og hvilken hensikt de skal ha, er den mest vesentlige fasen for å lykkes med endringer. Jacobsen (2018) påpeker at det er ledelsens oppgave å skape en opplevelse av at endringene er viktige.

Hvis lederne ikke har hatt anledning til å diskutere behovene for endring og hva som vil skje med tjenestetilbudet til pasientene uten endring, vil de sannsynligvis ha vanskeligheter med å skape motivasjon og ønske om endring i sine ansattgrupper. Kotter (2012 og 2018) påpeker betydningen av å skape en følelse av nødvendighet. I sykehusene kan en kanskje se for seg at nødvendigheten kunne kjennes på kroppen i arbeidshverdagen på grunn av at sykehusene var overfylte med pasienter som egentlig ikke hadde behov for spesialisthelsetjenester, men uten en debatt, tydeliggjøring og språkskaping omkring dette skaper en liten bevissthet om at det faktisk legges opp til endringer som skal møte disse utfordringene.

I tillegg kan en også se for seg at det vanskeliggjør endring hvis ledelsen i virksomhetene ikke har klart å skape en forståelse for at målsetninger og tiltak knyttet til samhandlingsreformen faktisk oppleves som de riktige endringene for å møte utfordringene. Diskusjon og informasjon som kan skape en opplevelse av at endringene vil gi forbedringer både for virksomheten, for ansatte og for pasientene er vesentlig (Jacobsen, 2018). Det virker ikke som det har vært diskusjoner omkring hvilke utfordringer reformen er ment å løse i tilstrekkelig grad, og heller ikke en tydeliggjøring av et framtidens bilde med hensyn på hvordan reformen er ment å virke. En kan tenke seg at disse debattene kunne være vanskeligere å ta og også få gehør for i kommunene da det med stor sannsynlighet var sykehusene som i all hovedsak kjente på en hverdag hvor endringer var nødvendig.

Det burde være enklere å skape slike forståelser og diskusjoner i sykehusene som var det nivået i helsetjenesten som hadde de største utfordringene knyttet til pasientstrømmen. Kotter (2012 og 2018) argumenterer for dette med å utvikle visjon og strategier for endringene. Hvis et slikt framtidensbilde ikke er klart for lederne som er nærmest pasientbehandlingen er det vanskelig for dem å utvikle målrettede og koordinerte aktiviteter som vil gjøre denne visjonene til en realitet. Noe som også kan vanskeliggjøre forståelsen for målsetninger og tiltak i samhandlingsreformen er det Telemarksforskningen påpeker med hensyn til at de utilsiktede konsekvensene av den store oppgave- og ansvarsoverføringen fra helseforetak til kommuner i liten grad er erkjent og lite gjort kjent (Haukelien, H. et.al, 2015). Dette kan gjøre at det også gjennom innføringen har blitt vanskelig å se og definere forbedringer undervegs.

Lederne i sykehusene påpeker i intervjuene betydningen av informasjon og at det er viktig å få skapt en forståelse for hvorfor endringene skal innføres. Lederne brukte selv tid på akkurat dette overfor egne ansatte. De var etter hvert opptatt av at ansatte skulle forstå hvorfor, hva samhandlingsreformen var og hva tjenesteavtalene som ble inngått mellom sykehusene og kommunene innebar. De beskriver å ha benyttet både avdelingsmøter, tavlemøter og temadager til dette i sine ansattegrupper. De mener det var svært viktig å benytte alle de informasjonskanaler virksomheten har tilgjengelig for å skape forståelse for slike store endringer som samhandlingsreformen faktisk var og fortsatt er.

Et poeng som lederne fra sykehusene påpeker er at de hadde samhandlingskoordinatorer i sykehusene og at denne funksjonen var en viktig brikke i blant annet å få avklart en del spørsmål som kunne gi god informasjon til ansatte. Dette kan være et eksempel på

betydningen endringsagenter kan ha i endringsledelse. Den formelle ledelsen kan være mest sentral før endringene skjer, men underveis i endringen kan det være like sentralt å ha gode endringsagenter (Jacobsen, 2018).

Både Jacobsen (2018) og Kotter (2012 og 2018) framhever betydningen av å ha endringsagenter som kan bidra til å gi endringene mening. Det å engasjere medarbeidere i slike roller kan være nøkkelen for å skape begeistring og forståelse for endringene. Busch et.al (2011, A) beskriver også at endringskraften i en organisasjon er avhengig av hvordan nøkkelinteressenter blir engasjert i arbeidet med endringen. Nøkkelinteressentene vil kunne fungere som endringsagenter gjennom å ha et sterkt ønske om å realisere de mål som endringen fordrer.

Jacobsen (2018) viser til Kotter (2012) og Lewin (1997) og framhever blant annet dette med å identifisere tidlige og små seire og bygge videre på dem som viktig for å lykkes med endring. De argumenterer for at det er vesentlig å generere kortsiktige gevinster som kan bidra på veien til å nå målet. Gevinstene bør synliggjøres og kommuniseres for å kunne benytte dette til å motivere medarbeidere til videre endringsarbeid.

Vi spurte lederne om hvordan oppnådde endringer er evaluert i virksomhetene. Lederne fra kommunen beskriver at det blir etterspurt problemstillinger knyttet til samhandlingen med sykehusene i lederlinja. Ledere på nivå over dem ber om status og utfordringer som bør løftes opp. Dette kan på et vis ikke sammenlignes med å være en diskusjon omkring det Jacobsen (2018), Kotter (2012 og 2018) og Lewin (1997) poengterer som en tydeliggjøring av kortsiktige gevinster og en identifisering av tidlige og små seire. Når lederne beskriver dette kan det i større grad oppfattes som en tydeliggjøring av problemstillinger som det må ordnes opp i. Dette vil selvfølgelig være viktig i den hverdagslige samhandlingen omkring pasientene, men kan sannsynligvis ikke beskrives som et tiltak for å sikre en tydeliggjøring av hva en har oppnådd av positive endringer for å styrke endringskraften i virksomheten. Lederne fra kommunen opplever i tillegg at det i liten grad blir evaluert sammen med sykehusene.

Ledere fra sykehusene beskriver som tidligere nevnt at det var dialogmøter mellom sykehusene og kommunene til å begynne med, men at de opplever at det ble slutt på disse. Det er tydelig at det er noe uklart for lederne i vår undersøkelse hvordan sykehusene og

kommunene jobber sammen for å komme på plass med dialog og samarbeid omkring samhandlingsreformen. Lederne ønsker flere felles møter og mener man i fellesskap skulle evaluert endringene undervegs. Jacobsen (2018) og Kotter (2012 og 2018) påpeker betydningen av at endringsarbeidet må forankres og institusjonaliseres for å skape varig endring. Lewin (1997) beskriver dette som nedfrysing i endringsprosessen, altså at en ny stabil situasjon er nådd. Møtepunktene for evaluering lederne etterspør kunne vært brukt til dette formål.

Lederne mener det finnes ulike utvalg som har ansvar for ulike tjenesteavtaler mellom kommunen og sykehusene. Lederne stiller muligens et betimelig spørsmål med hensyn til hvem som deltar i disse møtene. Hvis faktiske oppnådde endringer skal evalueres og nye utfordringer diskuteres er det selvfølgelig sentralt hvem som deltar i disse møtene. Lederne mener det må være nøkkelpersoner som deltar i et samarbeid på overordnet nivå. Når en skal diskutere positive endringer som er oppnådd og gevinster av samhandlingen er det viktig at en har kjennskap til de faktiske forhold omkring pasientforløpene. Dette viser at sammensetningen av medlemmer både i lokale og sentrale nettverk er avgjørende for hvordan en lykkes med tiltak og samarbeid om pasientnære problemstillinger. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen er eksempel på et slikt sentralt nettverk.

Hvis det er slik som lederne i vår undersøkelse opplever det vil de som sitter nærmest samhandlingen omkring pasientene ha liten innvirkning på hvilke gevinster og oppnådde endringer som faktisk får fokus og blir diskutert og framhevet i felles fora. Hvilke problemstillinger som faktisk dukker opp i samhandlingen mellom sykehusene og kommunene vil de ha vanskeligheter med å bringe til torgs i riktige fora for å bidra med kunnskap om den faktiske situasjonen.

Samhandling oppleves viktig for driften i sykehusene og lederne der forteller at de synes det er viktig at de vet hvem som sitter i fora sammen med kommunen for å diskutere og evaluere samhandlingen. Lederne har tydelige tanker om at disse foraene er vesentlig for utviklingen av den videre samhandlingen mellom tjenestenivåene og at en bør arbeide mye bedre og mer strukturert også internt i virksomhetene for å sørge for at de riktige og viktige tema omkring samhandlingen blir tatt opp i felles fora mellom kommuner og sykehus. De argumenterer egentlig sterkt for Kotters poeng om at det er vesentlig å opprettholde endringsarbeidet og at

dette kan gi økt troverdighet til arbeidet med å forbedre systemer, strukturer og prosedyrer i fellesskap (Kotter, 2012 og 2018).

Lederne både fra kommunen og sykehusene er særdeles tydelige når de beskriver sentral praksis som er blitt endret etter samhandlingsreformen og hvorfor endringene har blitt varige. De beskriver egentlig tydelig under disse spørsmålene betydningen av det å oppleve at endringene er gode. Lederne fra kommunen trekker fram dokumentasjonspraksisen som endret. Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen bekrefter også at både pasienter og helsepersonell er gjennomgående svært positive til de IKT-løsningene som er tatt i bruk (Norges forskningsråd, 2016).

Lederne beskriver at det har vært stort fokus på dette, som kan tyde på at det har vært god informasjon omkring akkurat dette, og de tydeliggjør at det har vært en endring som er både viktig og riktig. De begrunner også selv bakgrunnen for at det er blitt en varig endring med at endringen er god. Med dette bekrefter lederne betydningen av Jacobsens poeng med at endring må oppleves som viktig, riktig og god for at en skal lykkes med den (Jacobsen, 2018). De beskriver at de har behov for denne endringen i dokumentasjonspraksis, og at alle ansatte ser nytten av den. Dette er en tydelig beskrivelse som bekrefter den betydning Jacobsen (2018) og Lewin (1997) legger i akkurat dette, og også Kotter (2012) sin tydeliggjøring av at det er viktig å se sammenhengen mellom de initierte endringene og de resultater som er skapt gjennom den.

Lederne fra sykehusene er også tydelige i sin beskrivelse av praksis som er endret. Det er liten tvil om at de knytter endringer som kortere liggetid, bedre dokumentasjon og informasjonsutveksling, samt opplæring og kompetanseoverføring til kommunene til gjennomføringen av samhandlingsreformen. De opplever gode endringer og endret praksis med bakgrunn i reformen. Lederne beskriver at det etter hvert har blitt forståelse for behov for endring i sykehusene, situasjonen i arbeidshverdagen omkring pasientene tydeliggjør at endringer uansett ville ha tvunget seg fram. Vi har tidligere i oppgaven påpekt at det kan virke til å ha vært liten opptining av miljøene før samhandlingsreformen kom. Det er helt tydelig at en gjennom innføringen og gjennomføringen har opplevd at en del av endringene som har kommet som en følge av reformen har vært veldig viktige, riktige og gode i den arbeidshverdag ansatte i sykehusene har stått i (Jacobsen, 2018).

Lederne i sykehusene trekker fram mange gode eksempler på endret praksis som har hatt stor betydning for pasientbehandlingen i sykehusene. Dette kan også tyde på at det på et eller annet vis var skapt en større forståelse for at endringene var nødvendige i sykehusene enn i kommunene. Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen påpeker at liggetiden på sykehus har gått kraftig ned, men samtidig at antall innleggelse har økt betraktelig. Dette var ikke tilsiktet ved innføringen av reformen (Norges forskningsråd, 2016).

Om opptiningen ikke er beskrevet som særlig velfungerende virker det som om en del av de oppnådde endringene har kommet med bakgrunn i at både ansatte og ledere etter hvert har erfart at de er ønskelige. Selv om det ikke er beskrevet at det har vært mye og god dialog omkring endringene som skulle komme før reformen. Endringene kan da sannsynligvis gjennom å ha vist seg som viktige, riktige og gode ha fungert som en god drivkraft for endringene og også som en kraft som gjør at endringene blir varige og institusjonaliserte. Lederne i sykehusene beskriver at endringene har hatt stor innvirkning på sykepleiernes hverdag, og at det er enkelt å skjønne vitsen med endringene når en får gevinst av dem. Samtidig kan en se forskjellen på hvordan kommunelederne og sykehuslederne beskriver akkurat dette.

Svarene knyttet til våre siste spørsmål i intervjuene viser at det er i kommunene den store utfordringen har vært med hensyn til både å skape forståelse for endringene og også å klare å definere endringene som viktige, riktige og gode både i forkant av og gjennom prosessene. Det er tross alt her de store endringene har kommet med hensyn til tjenestene som skal gis til pasientene uten at de nødvendigvis på samme måte som i sykehusene har kjent på at dette har vært tvingende nødvendig for å gi gode tjenester til pasientene. Kanskje kan de heller til dels ha opplevd det motsatte og hatt manglende opplevelse av at endringene har vært viktige, riktige eller gode for tjenestene som skal leveres i kommunene, sett bort fra dokumentasjonsutvekslingen som har vært viktig også for dem. Samtidig kan det også hende at de er usikre på om pasienter har fått bedre helsetjenester etter samhandlingsreformen. Det kan tyde på at lederne i kommunen fortsatt er usikre på om de har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gi tilfredsstillende helsetjenester til pasientene. Telemarksforskningen påpeker at økt kompleksitet og arbeidsmengde har kommet før kommunene har vært i stand til å bygge opp kompetanse og faglig infrastruktur (Haukelien, H. et.al, 2015).

I NOVA-rapporten kommer det fram at et av hovedfunnene i undersøkelsen er at nesten halvparten av informantene gir uttrykk for at hjemmeboende eldre har fått et redusert tjenestetilbud (Gautun, H. og Syse, A., 2013). Gjennom våre intervjuer stiller lederne fra kommunen spørsmålet: er vi opptatt av pasientene i endringsarbeidet? Er vi sikre på at pasientene har fått bedre tjenester gjennom at de kommer seg tidligere ut av sykehusene? Kanskje har betydningen av en opplevd mangel på forberedelser hatt større betydning for kommunene enn for sykehusene. Det kan derfor være vanskeligere for kommunene å beskrive endringer som faktisk har skjedd og som har blitt varige etter samhandlingsreformen. Flere av sykehuslederne sa det slik;

«Det er enkelt å skjønne vitsen med endringen når en får gevinst av den.»

For å oppsummere og trekke konklusjoner ut av våre resultater og de analyser vi har gjort vil vi i de to avsluttende kapitlene framheve det vi mener er våre mest sentrale funn. Vi vil dvele litt ekstra ved noen av hovedfunnene som vi mener har hatt størst betydning for forståelsen av samhandlingsreformen, samt de momenter vi også mener er de mest sentrale for utviklingen av framtidens helsetjeneste.

6.0 Avslutning

Flere forskningsartikler, undersøkelser og evalueringer bekrefter at en ikke fullt ut har nådd målene i samhandlingsreformen. Helseministeren påpeker at virkemidlene har vært for sterkt knyttet til jus og økonomi. Dette har ført til at kommunene og sykehusene har samhandlet som to parter med ulike oppdrag i pasientforløpene og en har ikke oppnådd i tilstrekkelig grad at pasienten har fått rett behandling på rett sted til rett tid. Vi har i vår masteravhandling forsøkt å finne forklaringer på dette gjennom å undersøke hvordan samhandlingsreformen er forstått lokalt – i kommune og sykehus.

Det er helt tydelig ulik forståelse for samhandlingsreformen i kommune og sykehus. Dette vil vi beskrive som en av hovedutfordringene som er kommet fram gjennom vår undersøkelse når det gjelder innføringen av samhandlingsreformen. Forståelsen for mål og hensikt med reformen beskrives ulikt av lederne fra kommunen og lederne fra sykehusene. Lederne fra sykehusene utviser en større eller bredere forståelse for bakgrunn og mål med reformen. Noe

av grunnlaget for dette virker å være at lederne fra sykehusene har opplevd behov for endringer i helsetjenestene.

Driften av sykehusene, med korridorpasienter og utfordringer med utskrivningsklare pasienter, har skapt eller tydeliggjort et behov for at endringer i pasientbehandlingen var påkrevd. Det er tydelig at det gradvis har blitt en erkjennelse i sykehusene om at endringer initiert av reformen var nødvendig. Med bakgrunn i daglig drift klarer lederne fra sykehusene på en måte å beskrive erkjennelsen eller behovet for reformen og endring på en måte som kan virke som en «bottom utp-tilnærming» til de initierte endringene. Mål og hensikt med reformen stemmer overens med det som oppleves som utfordringer i tjenestene og det skapes gjennom dette en større forståelse for reformen.

Lederne fra kommunen beskriver ikke en opplevelse av det samme behovet for krevende endringer i sin virksomhet. Her kan det virke som at tjenestetilbudet til pasientene i større grad var tilpasset behovet for tjenester før reformen kom, og de opplever ikke at endringer er påkrevd for at tjenestene til pasientene skal være tilfredsstillende. Dette kan forklare en mindre tydelig oppfatning av mål og hensikt med reformen i kommunen, og dermed også en mer uklar forståelse for samhandlingsreformen som sådan. De opplevde egentlig at de måtte ta over sykehusenes utfordringer uten å få tilført ressurser eller tilstrekkelig kompetanse.

Problemene sykehusene opplevde skulle bare overføres til kommunen. Dette beskriver en tydelig «top down-implementering» og det er lett å skjønne at endringsevne, endringsvilje og endringskraft blir krevende å oppdrive. Samtidig beskriver lederne fra kommunen at dette med å få tillagt mer spennende og krevende oppgaver ble opplevd som positivt for ansatte. De beskriver det også som rekrutteringsfremmende. Slik sett kunne reformen vært opplevd som en «bottom up-tilnærming» også i kommunene. Ut fra en individuell forståelse hvor ansatte i kommunen ønsket seg en mer spisset kompetanse og mer spennende oppgaver kunne endringer også her være ønskede og etterspurt.

Når kommunene i tillegg fortsatt opplever sykehusene som storebror og førende i arbeidet med innføringen av reformen vil dette gjøre at kommunene opplever endringene som påtvunget dem og det blir vanskelig å ta eierskap til prosessene. Det blir også vanskelig å skape stor forståelse for reformen. Dette viser at vi fortsatt lever i systemer med sterke hierarkiske strukturer og gamle maktbalanser hvor spesialisthelsetjenesten fortsatt er

spesialistene og førende i pasientbehandlingen til tross for at samhandlingsreformen skulle legge til rette for det motsatte. Denne mangelen på likeverdighet i samhandlingen har helt tydelig vanskeliggjort forståelse for mål og hensikt i kommunen, og det vil også kunne vanskeliggjøre det videre arbeidet for å styrke samhandlingen omkring pasientene hvis en ikke får gjort noe med dette.

I forbindelse med den lokale oversettelsen av samhandlingsreformen er det tydelig at den kunnskap som ligger til virksomheten og den konteksten reformen oversettes i har betydning for hvordan en forstår samhandlingsreformen lokalt. En oversettelse av reformene som er tett knyttet til den kontekst endringene skal foregå i virker å være vesentlig. En felles enighet om hvordan reformen skulle forstås på et tidlig tidspunkt kunne skapt en mer lik forståelse for mål og hensikt med reformen og hvordan den var ment å virke. Når samhandling er det ene førende prinsipp for utviklingen av helsetjenestene i offentlig sektor må det sannsynligvis til et betydelig arbeid for å sikre gjensidighet og likeverd i samarbeidet. En felles forståelse i den videre utviklingen kan se ut til å ha stor betydning for hvordan det kan skapes større, bedre og mer omforent forståelse for nødvendige endringer knyttet til samhandlingen og tjenestene til pasientene.

Når vi nå ser på hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt, ser vi at denne forståelsen bærer preg av at offentlig styring fortsatt kjennetegnes av målstyring, resultatoppnåelse og at det leveres fragmenterte tjenester. Vår undersøkelse bekrefter helseminister Bent Høie (2019) sitt poeng med at virkemidlene i reformen ikke støtter i sterk nok grad opp omkring hovedmålet som er samhandling for bedre pasientbehandling og pasientforløp. Det virker som det er god forståelse for den enkelte virksomhets ansvar, men det felles ansvaret for samhandling kommer lite tydelig fram i intervjuene av lederne både i kommune og sykehus.

Bent Høie (2019) sin påstand om at helsetjenestene fortsatt leveres av parter i et samarbeid og ikke gjennom samstyring som partnere bekrefte dermed av undersøkelsen. Denne forståelsen bekrefter også helseministeren sin påstand om at virkemidlene til nå har vært styrt av jus og økonomi. Noe som sannsynligvis forsterker de hierarkisk oppbygde strukturene med hensyn til hvordan tjenestene forventes levert. Det kan imidlertid oppfattes som at lederne tydelig etterspør og ser et sterkt behov for samstyring for å muliggjøre bedre samhandling. Dette er et mulighetsrom som bør nyttes i det videre arbeidet for å videreutvikle de opprinnelige intensjonene med samhandlingsreformen.

Når det gjelder hvordan drivkrefter knyttet til endringsarbeidet i virksomhetene har påvirket forståelsen for samhandlingsreformen er dette også noe ulikt. Faktorer som ledere i kommunen oppfatter som hemmere for endring kan lederne i sykehusene oppfatte som fremmere for endring og motsatt. Dette viser også tydelig at det er flere forhold som påvirker vår konklusjon om at forståelsen for samhandlingsreformen er ulik i kommune og sykehus. Det er imidlertid ett forhold som helt klart har skapt stor motstand og dermed vanskeliggjort forståelsen for reformen. Det at kommunene har fått flere og mer kompliserte oppgaver uten en opplevelse å ha fått tilført tilstrekkelige ressurser har skapt frustrasjon og lite forståelse for intensjonene med reformen. Sykehusene gir samtidig uttrykk for usikkerhet med tanke på kompetansen som finnes i kommunene, og de tydeliggjør også en usikkerhet knyttet til hvor godt kommunene var og fortsatt er beredt med hensyn til reformens mål og hensikt. Alle lederne beskriver denne opplevde mangelen på forberedelser, særskilt i kommunene, som en vesentlig hemmer for endringene.

Den store driveren eller fremmeren for endring beskrives av alle som E-meldingene som kom med samhandlingsreformen, altså en bedre dokumentasjon- og informasjonsutveksling mellom kommune og sykehus. Dette forbedret helt tydelig tjenestene og samhandlingen. Det forenklet kommunikasjonen omkring pasientene og reduserte misforståelser. Ansatte så stor nytte av disse endringene og det er tydelig at dette bidrar til god forståelse for reformen, og reformens mål og hensikt. Det er også et godt eksempel på at endringer som oppleves gode, riktige og dermed nyttige fremmer videre endring og troen på at det er behov for endringer. Det er stort potensiale i at fastleger og andre aktuelle aktører, samt pasienten selv, kan dra stor nytte av dette for å bedre leveransen av helsetjenester til pasientene. Det viser også at det nytter med enkle virkemidler for å styrke samhandlingen, og dette er viktig ha som utgangspunkt når en ønsker å videreutvikle samstyringen av tjenestene og også når det blir snakk om samskapelse innenfor helsetjenestene.

Forståelsen for samhandlingsreformen viser seg gjennom vår masteravhandling å være påvirket både av hvordan reformen er formidlet og kommunisert av myndighetene, videre hvordan den er kommunisert i samhandlingsrommet og hvordan den er tatt imot og oversatt i den enkelte virksomhet. Den lokale forståelsen av samhandlingsreformen virker i tillegg å være preget av at det ikke er gjort tilstrekkelig arbeid i forkant og i starten av innføringen. Miljøene virker ikke å være klargjort for endring i tilstrekkelig grad. Opptiningen av miljøene med hensyn på å skape mening knyttet til endringene virker mangelfull. Ingen av lederne

opplevde at de var forberedt når reformen kom. Dette viser at det i liten grad er skapt forståelse for at endringer var nødvendig både i kommune og sykehus i 2012 når reformen kom. Lederne tilkjenner i vår undersøkelse at mangelfulle forberedelser som skulle vært en forutsetning for endringsforståelsen har vanskeliggjort forståelse for samhandlingsreformen.

Ledere både i kommunen og sykehusene savner helt tydelig et mer koordinert arbeid for samhandlingen omkring pasientene, der behov, evaluering, gevinster og nye problemstillinger blir diskutert og hvor en får omforente beslutninger for helhetlige tjenester til pasientene. Lederne beskriver at det i liten grad er skapt klima for endring i samhandlingsrommet. De beskriver at det har vært mangelfulle prosesser knyttet til samstyring og at en av den grunn ser at det fortsatt er stort potensiale for å levere mer helhetlige og koordinerte tjenester. Det vil fortsatt kunne være store utfordringer med tanke på å bygge bro på tvers av virksomhetene, og få til kollektivt bindende beslutninger der samstyring kan være et alternativ for å oppnå ønskede målsetninger i samhandlingen.

Når en i tillegg ser på de nye ideene for offentlig tjensteyting hvor samskapelse skisseres som en løsning for å nærme seg samfunnets «wicked problems» må vi ta innover oss at dette vanskeliggjøres av de strukturene og den hverdag lederne i vår undersøkelse beskriver. Samskapelse vil imidlertid kunne bidra til å løse utfordringer i helsetjenesten ved å mobilisere ressurser utenfor de tradisjonelle offentlige helsetjenestene. Dette vil imidlertid kreve et helt annet samarbeid enn hva en ser i dagens samhandling mellom kommune og sykehus.

I vår undersøkelse framhever lederne en utfordring med at forståelsen for reformens innhold og intensjoner virker mangelfull både hos pasienter og pårørende. Dette viser at det er langt fram til at samskapelse skal være et naturlig valg når det gjelder leveranse av helsetjenester. Det offentlige har enda ikke i tilstrekkelig grad sett hverken pasienter, pårørende eller andre som en ressurs for å kunne levere helhetlige helsetjenester. I undersøkelsen refererte lederne til et godt eksempel som kunne vært løst gjennom samskapelse. De refererte til en pasientgruppe, utrygge og hjemmeboende eldre, som kunne hatt god nytte av tjenester levert for eksempel av frivillige. Trygghet i heimen etter utskrivning fra sykehus for aleneboende eldre er en type tjeneste som kunne vært egnet å prøve ut gjennom samskapelse. Her har sykehus, kommune, frivillige, pasient og pårørende god mulighet for å skape en tjeneste sammen til det beste for pasienten. Dette vil sannsynligvis betinge enkle løsninger i kommunikasjon og samarbeid omkring pasienten, som for eksempel E-meldingene som

lederne i vår undersøkelse bekrefter at allerede er vel fungerende. Når løsninger er viktige, riktige og gode vil det kunne legges til rette for at endringer gjennomføres og blir varige.

Vår undersøkelse bekrefter at vi trenger både endringsevne og endringskraft i offentlig sektor. Dette vil kunne styrkes både gjennom endringer i den offentlige styringen, en bedre implementering av reformer eller større endringer og god ledelse av endring i den enkelte virksomhet. Slik vi ser det må virksomhetene gjøres bedre i stand til å forstå nasjonale føringer og reformer hvis dette fortsatt skal være myndighetenes strategi for å skape endring i offentlig sektor.

Vi vil nå helt til slutt i vår oppgave sette våre funn inn i en større sammenheng og ta framtidbrillene på. Med dette ser vi noe lengre fram og ut over hvordan samhandlingsreformen forstås i dag. For oss vil det være interessant å sette de funn vi har gjort inn i en sammenheng som vil kunne ha betydning for neste skritt i utviklingen av koordinerte og helhetlige helsetjenester for pasientene.

7.0 Veggen videre

De siste årene har vist at det gis tydelige føringer for endring i offentlig sektor. Samhandlingsreformen 2008-2009, Nasjonal helse- og sykehusplan 2015 med en tydeliggjøring av «Pasientens helsetjeneste», Perspektivmeldingen 2017 og helseministeren sin sykehustale 2019 er eksempler på dette. For at Norge skal opprettholde dagens velferdstilbud til befolkningen må det tenkes nytt og helsetjenestene vil stadig være i endring.

I Midt-Norge er vi allerede i gang med nyvinning på området samstyring innen helsetjenestene, der flere parter er i ferd med å bli partnere. Helse Midt-Norge RHF og Trondheim kommune er i ferd med å bli partnere i innføringen av Helseplattformen – En innbygger – En journal, som er den nye felles journalløsning for helsetjenesten i regionen. Målet er at alle kommuner, fastleger, private aktører og sykehus i regionen skal gå sammen om å innføre felles journal for pasienten.

Dette skal gi store gevinster med tanke på økt kvalitet på pasientbehandlingen, økt pasientsikkerhet, styrket brukervennlighet og effektivisering av helsetjenestene. Vi kan

allerede se at det gjennom dette legges opp til en samstyring innenfor helsetjenestene. Partnerne inngår i et eget aksjeselskap for å sikre en vellykket implementering der nye tekniske løsninger og endrede arbeidsprosesser skal reformere pasientbehandlingen.

Modenhetsanalyse knyttet til virksomhetenes endringsforståelse og endringsevne er allerede initiert. Dette viser at det både kan synes å være lagt til rette for endrede styringsformer der en har gått i partnerskap, og at den enkelte virksomhet forberedes til stor endring. Kanskje vil Helseplattformen bli et eksempel på hvordan partnerskap mellom virksomhetene kan bidra til bedre samhandling.

Det er stor sannsynlighet for at vi i framtiden må se på flere løsninger for å kunne ivareta bærekraftige helsetjenester. Det blir spennende å se om felles løsninger mellom offentlig sektor, private aktører og frivillige organisasjoner gjennom samskapelse vil kunne svare ut de behov for helsetjenester som innbyggerne forventer å få i framtiden. Det kan være fristende å stille spørsmål ved om samskapelse kan bli den potensielle reformstrategien for koordinerte og helhetlige helsetjenester til innbyggerne.

Det er mulig at morgendagens «Kari 100 år fra Vågå» vil oppleve en helsetjeneste der hun selv gjennom samskapelse med pårørende, kommunen og frivillige i lokalsamfunnet tar vare på sin egen helse og opplever trygghet i heimen. Den dagen hun får behov utover dette blir hun midlertidig utskrevet til spesialisthelsetjenesten.

Litteratur:

- Bloor, M., Frankland, J., Thoms. Og Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. Sage, London.
- Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S.J. og Vanebo J.O. (2011) A. *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget
- Busch, T., Johnsen, E., Klausen K.K. og Vanebo J.O. (red.) (2011) B. *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget
- Brunsson, N. og Olsen, J. P. (1990) *Makten att reformera*. Stockholm: Carlssons Bokforlag
- Brunsson, N. & J.P. Olsen (1997) *The Reforming Organization*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fullan, M. & Pomfret, A. (1977): Research on curriculum and instruction implementation. *Review of Educational Research*. Winter 1977, Vol. 47, No. 1, Pp. 335-397
- Gautun, H. og Syse A. (2013) NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Rapport nr 8/13. *Samhandlingsreformen – Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: Allkopi
- Haga, G. (2011) *Kontrollen med maktutøvelsen i en fragmentert styringsstruktur I*: Busch et.al (red.) *Modernisering av offentlig sektor. Trender, ideer og praksiser*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 319-333
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS
- Haukelien, H., Vike, H. og Vardheim (2015) Telemarksforskning – Nasjonalt forskningsinstitutt med regional forankring og internasjonal relevans *Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse – og omsorgstjenestene*.
- Helsedirektoratet (2019) *Innsatsstyrt finansiering 2019. Regelverk IS-2991*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1490/ISF-regelverket%202019%20IS-2791.pdf>
- Higdem, U. (2009) *Governance og partnerskap i offentlig planlegging og forvaltning i Norge*. I: *Kart og plan*, 2-2009, Vol. 69 s. 113-125
- Holmen, A.K.T. (2011) *Governance networks in city regions: In the spirit of democratic accountability?* I: *Public Policy and Administration*, 26 (4): 399-418.
- Holmen, A.K.T. (2016) *Endrede styringsregimer = endring i lederroller*. I: *Magma Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, 2/2016, s. 34-39.
- Høie, B (2019) *Sykehustalen 2019*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2019/id2625399/>
- Jacobsen, D.I. (2018) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget

- Jacobsen, D.I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo : Cappelen Damm AS
- Johannesen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag
- Klijn, E. og Koppenjan, J. (2012) *Governance network theory: past, present and future*. Policy & Politics vol 40 no. The Policy Press, s. 587-606
- Klijn, E. og Koppenjan, J. (2016) *Governance networks in the Public Sector*. London and New York: Routledge
- Kotter, J.P. (2012) *Leading Change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press
- Kotter, J.P (2018) *8 steps to accelerate change in your organization*.
<https://www.kotterinc.com/wp-content/uploads/2018/05/8-Steps-eBook-Kotter-2018.pdf>
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Interview. Intruksjon til et håndverk*. København: Hans Reitzels forlag
- Lewin, K. (1997) *Resolving Social Conflict & Field Theory in Social Science*. Washington: American Psychological Association
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2015) Sluttrapport
 Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, *Råd for veien videre*
- Norges Forskningsråd (2016) *Evaluering av Samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av Samhandlingsreformen*. Oslo: 07 Media / Forskningsrådet
- Pedersen D. (2004) «Ledelsesrummet i managementstaten». I: Pedersen, D. (red.) *Offentlig ledelse i managementstaten*. København: Samfundslitteratur, s. 104-136
- Riksrevisjonen (2016) Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015-2016)
- Røvik, K.A. (2014) *Translasjon – en alternativ doktrine for implementering*. I: Kjell Arne Røvik, Tor Vidar Eilertsen og Eli Moksnes Furu (red.) *Reformidéer i norsk skole. Spredning, oversettelse og implementering*. Oslo : Cappelen Damm Akademisk.
- Røvik, K.A. (2007) *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget
- Røiseland, A. og Vabo, S.I. (2008) *Governance på norsk. Samstyring som empirisk og – analytisk fenomen*. I: Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, Nr 01-02, s. 86-107
- Røiseland, A. og Vabo, S.I. (2016) *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget

- Ry Nielsen, J. C. og Repstad, P. (2004) *Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon*. I: Dugnadsånd og forsvarsverker: Tverretatlig samarbeid, teori og praksis (2004), s. 234-252.
- Sand, I.J. (2004) «Stat og ledelse i det polycentriske samfunn». I: Pedersen, D. (red.) *Offentlig ledelse i managementstaten*. København: Samfundslitteratur, s. 64-84
- Stortinget (2009) St.meld.nr.47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*
- Stortinget (2015) St.meld. nr.11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-19*
- Stortinget (2017) St.meld.nr.29 (2016-2017) *Perspektivmeldingen 2017*
- Sørensen, E. og Torfing, J. (2005) *Netværkstyring – fra government til governance*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Sørensen, E. og Torfing, J. (2009) *Making governance networks effective and democratic through metagovernance*. I: *Public Administration*, 87(2): 234-258
- Torfing, J., Røiseland, A. og Sørensen, E. (2016) *Samskapelse er bedre og billigere*. I: *Stat og styring* 01 / 2016 (Vol. 26), s. 10-14.
- Tranøy, B. og Østerud, Ø. (2001) *En fragmentert stat*. I: *Den fragmenterte staten: reformer, makt og styring*. Oslo: Gyldendal Akademiske, s. 9-36
- Trønderavisa 30.03.19, Artikkel: «*Pasienter som ligger for lenge truer beredskapen*».
- Weick, K.E. 1995. *Sensemaking in Organization*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Winter, S.C. og Nielsen, V.L. (2008) *Implementering af politik*. Århus: Academica

Vedlegg nr. 1: Godkjenning av forskningsprosjekt, DAC HNT



Senter for virksomhetsstøtte og utvikling

Postboks 333
N-7601 LEVANGER
E-post: postmottak@hnt.no

Telefon: 74 09 80 00
Org.nr: 983 974 791
www.hnt.no

Kari Hynne Skjærpe og
Hilmar Hagen
Senter for virksomhetsstøtte og utvikling
Helse Nord-Trøndelag

Vår ref.:
2018/4024 - 7080/2019

Deres ref.:

Dato:
19.02.2019

Svar på søknad om godkjenning av forskningsprosjekt - tredje gangs behandling

Prosjekt:

Hvordan forstås Samhandlingsreformen lokalt?

- *En studie av endring, endringsledelse og translasjon av en reform i helsetjenesten*

Master of Public Administration, NTNU

Masterstudenter:

Kari Hynne Skjærpe og Hilmar Hagen, Senter for virksomhetsstøtte og utvikling, HNT

Prosjektledere:

Kari Hynne Skjærpe og Hilmar Hagen, Senter for virksomhetsstøtte og utvikling, HNT

Behandlingsansvarlig:

Helse Nord-Trøndelag HF

Prosjektperiode:

01.12.18 - 01.05.19

Vurdering:

Forskningsansvarlig instans i Helse Nord-Trøndelag HF (DAC) har vurdert søknaden i henhold til personvernforordningen, relevant særlovgivning og Helse Nord-Trøndelag HFs egne retningslinjer/strategier for forskning.

Det ble i svarbrev fra DAC, datert 03.01.2019 pekt på mangler i forskningsprotokollen knyttet til den vitenskapelige tilnærmingen og manglende informasjon om innsamling, lagring og analyse av data. Det ble stilt som vilkår for godkjenningen at protokollen ble oppdatert i henhold til disse punktene.

For å svare ut de manglende punktene ble det ettersendt en prosjektoppgave gjennomført i forbindelse med emnet Samfunnsvitenskapelig metode. DAC anser at denne prosjektoppgaven svarer ut punktene knyttet til metode og analyse på en tilfredsstillende måte. Videre vurderer DAC at en mer inngående vitenskapelig tilnærming som tar høyde for forskning innen feltet vil bidra til å løfte oppgaven ytterligere, og vil anbefale at dette implementeres i protokollens bakgrunn. Men det vil ikke stilles krav om at dette gjøres.

Vedtak om godkjenning:

Prosjektet godkjennes med følgende vilkår;

- Data innhentet i prosjektet skal kun lagres på HNTs filområde for sikker lagring av prosjektdata I:\Felles\Forskning og kvalitetsregistre\Forskningsprosjekter_kvalitetsregistre
- På grunn av mulige kontrollhensyn skal en kopi av info/samtykkeskjema ettersendes DAC
- Forskningsansvarlig vurderer at HNT kun har behandlingsansvar for de opplysningene som innhentes fra egne ansatte

Behandlingen av personopplysninger har behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1, bokstav a.

For søknader der det etterspørres ytterligere dokumentasjon, ber vi om at denne ettersendes postmottak@hnt.no så snart det foreligger. E-posten skal merkes med 2018/4024

Acknowledgements:

Viser til vedlagte retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra eller benytter data innsamlet i Helse Nord-Trøndelag HF.

For ytterligere opplysninger, ta kontakt med Kristine Hole (kristine.hole@hnt.no).

Behandlet i DAC, 12.02.2019

Med vennlig hilsen



Bodil Landstad, professor
Forskningsjef i Helse Nord-Trøndelag

Kopi:

Leder Stein Erik Breivikås, Senter for virksomhetsstøtte og utvikling

Retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra ansatte eller benytter data innsamlet i Helse Nord-Trøndelag

Kreditering

Når forskningsresultatene skal publiseres, må prosjektleder påse at reglene for forfatter- og medforfatterskap blir fulgt. Det er prosjektleders ansvar å forsikre seg om den enkelte forsker er kjent med disse og å kontrollere at reglene blir fulgt i henhold til Vancouver-reglene.

Ansatte i HNT som medvirker til publisering skal oppgi HNT som adresse. Dette følger av *veiledende retningslinjer for kreditering av vitenskapelige institusjoner* ved publisering utarbeidet av Universitets- og Høgskolerådet (UHR) i samarbeid med Forskningsinstituttene fellesarena (FFA) og nasjonalt samordningsorgan for helsefaglig forskning (NSG).

Den korrekte engelske benevnelsen på HNT er **Nord-Trøndelag Hospital Trust**

For mer info om publisering og kreditering vises det til våre nettsider:

<https://hnt.no/helsefaglig/forskning/forskningsstotte/publisering>

Acknowledgements

Alle forskningspublikasjoner som helt eller delvis baseres på data innhentet i HNT, skal omtale HNT ved beskrivelse av for eksempel datagrunnlag eller metode, eventuelt under acknowledgements.

Forslag til tekst som kan brukes i acknowledgements:

Norsk: Vi takker klinikere og andre ansatte i Helse Nord-Trøndelag for bistand og hjelp i forbindelse med gjennomføring av dette prosjektet.

Engelsk: We want to thank clinicians and other employees at Nord-Trøndelag Hospital Trust for their support and for contributing to data collection in this research project.

Vedlegg nr. 2: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt via fokusgruppeintervju

- En studie av hvordan samhandlingsreformen forstås lokalt – i kommune og sykehus

Bakgrunn:

Vi er to mastergradsstudenter ved NTNU, Master of Public Administration, som til daglig jobber i Helse Nord-Trøndelag. Våren 2019 skal vi levere vår masteroppgave og ønsker i den forbindelse å intervju dere som ledere i helseforetak eller kommune.

Vårt utvalg til undersøkelsen i vår masteravhandling er ledere som arbeider nært pasientbehandlingen både i sykehus og kommune.

Anonymitet ivaretas gjennom at vi ikke bruker hverken navn, kjønn, avdeling eller klinikk i vår oppgave.

Tema for oppgaven:

Norsk offentlig sektor befinner seg i en konstant endringsprosess. Det har de siste 10 – 15 årene vært stort fokus på endringer ved å gjennomføre reformer. Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 er ett eksempel på dette. Hvordan denne reformen er blitt forstått i helsetjenesten har skapt nysgjerrighet hos oss. Dette har vi valgt å undersøke i vår masteroppgave med bakgrunn i teori omkring styring i offentlig sektor, implementering av reformen og endringsledelse. Vi er nysgjerrige på hvordan nasjonalt utformede og besluttede reformer forstås lokalt i henhold til overordnede myndigheters intensjoner.

Fokusgruppeintervju er en åpen dialog i gruppe der vi stiller spørsmål, og dere samtaler, deler forståelse og erfaringer, tar ordet fritt når det måtte passe. Det er viktig at alle deltar i samtalen. Det vil ikke bli håndsopprekking, og vi styrer ikke samtalen annet enn ved å stille nye spørsmål når emner oppleves ferdig diskutert.

Samtykke til deltagelse i studien

For å kunne bruke de data vi samler inn gjennom intervjuene må vi ha deres samtykke til dette.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

.....

Vedlegg nr. 3: Intervjuguide

Intervjuguide masteroppgave, MPA ved NTNU.

Problemstilling i vår masteroppgave:

Hvordan forstås Samhandlingsreformen lokalt – i kommuner og sykehus?

Forskningsspørsmål 1: Hvordan er formålet med Samhandlingsreformen oppfattet hos ledere i kommuner og helseforetak?

1. Hva oppfatter dere var grunnen til at regjeringen iverksatte arbeidet med Samhandlingsreformen?
2. Hvordan har dere forstått målet/målene med Samhandlingsreformen?
3. Hvordan har dere forstått kommunens ansvar som er beskrevet i Samhandlingsreformen?
4. Hvordan har dere forstått sykehusenes ansvar som er beskrevet i Samhandlingsreformen?

Forskningsspørsmål 2: Hvilke faktorer internt i organisasjon har bidratt til å fremme eller hemme endringer knyttet til Samhandlingsreformen?

5. Hva mener dere har fungert som drivere for endring?
Kan du gi noen eksempler?
6. Hva har bidratt til oppslutning om Samhandlingsreformen i din enhet?
Kan dere gi noen eksempler?
7. Hva mener dere har fungert som hemmere for endring?
Kan dere gi noen eksempler?
8. Hva har bidratt til motstand mot Samhandlingsreformen i din enhet?
Kan dere gi noen eksempler?

Forskningsspørsmål 3: Hvordan er behov for endring kommunisert og gjennomføring av endringer evaluert når det gjelder Samhandlingsreformen?

9. Hvordan er behovene for endringer for å nå målene i Samhandlingsreformen blitt diskutert og synliggjort i din enhet?
Kan dere gi noen eksempler?

10. Hva er bakgrunnen for at akkurat disse behovene ble diskutert?
11. Hvordan har man evaluert / snakket om endringer som er blitt gjennomført knyttet til samhandlingen mellom kommuner og helseforetak?
Kan dere gi noen eksempler på hvilken måte dette er diskutert / evaluert?
12. Kan dere si noe om områder/praksis som er endret som følge av samhandlingsreformen?
13. Hvorfor har denne endringen skjedd?
14. Hva er bakgrunnen for at det har blitt en varig endring?

