

Hvilke faktorer hemmer og hvilke faktorer fremmer kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging i kommunene?



Bente Kne Haugdahl

Trondheim, mars 2017

Masteroppgave i helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, NTNU

Sammendrag

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen har endret seg betydelig de siste hundre årene. Fra å utgjøre en liten andel av kommunens samlede tjenester er helse- og omsorgstjenesten i dag kommunens største sektor. Flere helsereformer har bidratt til en omfattende og kompleks tjeneste som er avhengig av samspill med flere sektorer i kommunen. I et fremtidsperspektiv ser vi at tjenesten møter flere utfordringer som forutsetter langsiktig planlegging. For at de tiltak som settes inn skal være mest mulig treffsikker for å dekke fremtidige behov i sektoren må planene være bygd på et godt gjennomarbeidet kunnskapsgrunnlag.

Hensikten med denne studien var å finne frem til faktorer som er viktige for at kommunene skal lykkes med innhenting, analyse og implementering av kunnskap i sektorplanen. Flere studier har belyst norsk kommuneplanlegging, men jeg har funnet få studier som har kunnskapsbasert planlegging som forskningsmål. For å besvare problemstillingen har jeg brukt kvalitativt design som baserer seg på semistrukturert intervju med åtte helse- og omsorgsledere i små og middelstore kommuner. Grounded theory ble brukt som metode i analyse av data. Studien kan gi en bedre kunnskap og en hjelp til å forstå hvordan man arbeider i planprosesser for å oppnå kunnskapsbasert tilnærming til planverket.

Mine funn viser en rekke faktorer som er av betydning for kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging. Kapasitet og kompetanse blir av informantene pekt på som viktige faktorer for gjennomføring av den kunnskapsbaserte tilnærmingen til helse- og omsorgsplanlegging. I tillegg blir betydningen av å ha et mangfoldig kunnskapsgrunnlag som inkluderer både faktabasert og erfaringsbasert kunnskap fremhevet. Den erfaringsbaserte kunnskapen nås gjennom en bred involvering og forankring i hele organisasjonen, deriblant forankring blant politikere og brukere.

Man kan konkludere med at hvis man skal lykkes med å skaffe til veie et mangfoldig kunnskapsgrunnlag, ved å involvere mange aktører i planprosesser, vil en kommunikativ planleggingsmodell øke muligheten til et bedre kunnskap- og beslutningsgrunnlag. I praksis ser man imidlertid ofte at tidspress og begrensede ressurser leder til at en mer instrumentell tilnærming. Her sitter helse- og omsorgslederen, med ansvar for planleggingen, sammen med sin ledergruppe og tar beslutninger om hvilket kunnskapsgrunnlag man skal benytte. Først når denne kunnskapen er ferdig analysert og innarbeidet i plan jobbes det med å informere øvrige ansatte, brukere og politikere.

Summary

Health care within local communities has changed considerably over the last hundred years. From representing only a small portion of the municipality's total services, health care today has become the largest sector of the municipality. Several health reforms have contributed to a comprehensive and complex service, which depend on cooperation between several municipal sectors. Future challenges for these services require long-term planning. To ensure high accuracy between plans and future needs, sector plans must build on a well-refined knowledge base.

The purpose of this study was to identify factors that are important for municipalities in order to succeed in obtaining, analysis and implementation of knowledge for the sector plan. Several studies have illustrated Norwegian municipality planning, but I have found few studies about evidence-based planning. In the present study, I use a qualitative design with semi-structured interviews with eight health care managers in small and medium-sized municipalities. I used a grounded theory approach for analyzing the data. This study may lead to better knowledge and help to understand how to work with planning processes to achieve knowledge-based approach to health care plan.

My findings suggest a number of factors that are important for knowledge-based health care planning. The informants identified capacity and competence as two of the key factors for implementation of a knowledge-based approach to health care planning. In addition, they highlighted the importance of having several knowledge base that includes both factual and experiential knowledge. An experiential knowledge base may be obtained by broad processes of involvement, and support from the entire organization, and from politicians and users.

This study indicate that a communicative approach of planning will increase the opportunity to create better grounds for knowledge- and decision making within the sector. In practice, however, time constraints and limited resources often lead to a more instrumental approach. The head of municipal health care, along with his management team, has the responsibility for planning and making decisions about which knowledge base to use. Once this knowledge is fully analyzed and incorporated into the plan, work progresses to inform other employees, users and politicians.

Forord

Temaet i denne masteren har sitt utspring i et spennende arbeid som leder for et prosjekt som søker å bistå med kunnskapsgrunnlag for helse og omsorgsplanlegging. Jeg har et ønske om å bidra med kunnskap som kan styrke helse- og omsorgsplanleggingen i kommunene fordi jeg mener dette er helt essensielt for å møte fremtidens krav og utfordringer til sektoren. Jeg opplever at studien har gitt meg ny kunnskap og kompetanse på området som jeg kan benytte i mitt daglige arbeid.

Det har vært en lang og kronglete vei frem til målet. Det har vært krevende, men utrolig lærerikt!

En lang prosess går nå mot slutten og det er tid for å takke.

Først vil jeg takke mine informanter som har delt sine historier. Jeg ønsker å takke veiledere Marit Solbjør og Jostein Holmen for god hjelp og støtte underveis og de har stilt opp når behovene har vært der. Det har vært mange gode faglige innspill og viktig veiledning.

Jeg vil også takke Steinar Barstad og Ottar Vist for gode faglige innspill.

Takk til min ektemann som har vist stor tålmodighet og som vært til god hjelp som korrekturleser og diskusjonspartner, og til familie og venner for øvrig – nå er jeg klar for sosial deltakelse igjen.

Og sist men ikke minst, takk til mine ledere og kollegaer som har hatt stor forståelse for en krevende tid som masterskribent. Deres omsorg og støtte har bidratt til at jeg endelig kom i mål.

Jeg håper at resultatet av masteren er noe som vi kan dra nytte av.

Trondheim, mars 2017

Bente Kne Haugdahl

Innholdsfortegnelse

1.	Introduksjon til tema	1
1.1	Innledning og bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Kunnskapsbasert planlegging i helse- og omsorgstjenesten	2
1.2.1	Historisk utvikling av helse- og omsorgstjenesten i kommune	3
1.2.2	Den kommunale helse- og omsorgstjenestens fremtidige utfordringer	6
1.2.3	Krav til planlegging av helse- og omsorgstjenesten	8
1.2.4	Behovet for kunnskapsbaserte planer	10
1.2.5	Kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging i det kommunale plansystemet	11
1.2.6	Forskning på tema	13
1.3	Problemstilling	16
1.3.1	Oppgavens oppbygging	17
2	Teori	19
2.1	Planleggingstradisjoner	20
2.2	Planleggingskompetanse	23
2.3	Kunnskapsbegrepet	24
2.4	Kunnskapsbasert politikktutforming	27
2.5	Innbygger- og brukermedvirkning i planprosesser	29
2.6	Samarbeid og samstyring	30
2.7	Kapasitetsbyggende og legitimerende planarbeid	32
3	Metode og gjennomføring	35
3.1	Vitenskapelig forankring	35
3.1.1	Egen forforståelse	37
3.2	Metode	38
3.3	Valg av kommuner og informanter	39
3.4	Intervju	40
3.5	Bearbeiding og analyse	41
3.6	Etikk	44
4	Resultater/funn	45
4.1	Planprosessene	45
4.2	Hemmende og fremmende faktorer	46
4.2.1	Nødvendig kapasitet og kompetanse	47
4.2.2	Mangfoldig kunnskapsgrunnlag	52
4.2.3	Forankring og involvering	56
5	Diskusjon	63
5.2	Styrker og svakheter ved studien	64
5.3	Kapasitet og kompetanse i arbeidet med kunnskapsbaserte planer	66

5.4	Innhenting av kunnskap som grunnlag for kommunal helse- og omsorgsplan	69
5.5	Samspill med flere aktører i analysen og implementeringen av kunnskapsgrunnlaget	71
5.5.1	Utforming av planen.....	75
5.6	Kommunikativ versus instrumentell planlegging av helse- og omsorgstjenesten.	75
6.	Konklusjon og avsluttende refleksjoner	79

1. Introduksjon til tema

1.1 Innledning og bakgrunn for valg av tema

Noe av det som har preget helse- og omsorgstjenesten de siste 20 årene er tilførsel av nye oppgaver og nye brukergrupper (St.meld.nr 47 (2008-2009)). Flere reformer har ført til at det er mange nye brukergrupper innenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette har igjen ført til at helse- og omsorgstjenesten i kommunene er blitt en omfattende tjeneste som i mange kommuner krever mye ressurser (ibid).

I flere NOU'er og Stortingsmeldinger, laget de senere år, skisseres mange framtidsutfordringer på helse- og omsorgsområdet. Utfordringer som vil involvere de fleste samfunnsområder. Flere samfunnsanalytikere hevder at morgendagens helse- og omsorgsutfordringer ikke kan løses ved kun å gjøre mer av det vi gjør i dag. Det vil kreve en ny tilnærming til hvordan vi løser oppgavene i denne sektoren og vi må finne nye og kreative løsninger for å møte de kommende utfordringene. For å møte disse utfordringene og finne nye tilnærminger vil det stilles krav til langsiktig planlegging. St. melding nr. 25 (2005-2006) peker på at denne planleggingsoppgaven fremstår som kommunenes viktigste planoppgave.

Til tross for at sektoren står overfor krevende fremtidsutfordringer er det fortsatt mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringer på dagsorden i sin kommuneplanlegging (Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013)). I tillegg viser en kartlegging, utført av Senter for omsorgsforskning, at de plandokumenter som foreligger for helse- og omsorgstjenesten er mangelfull på mange måter (Disch og Vetvik 2009, Disch og Vetvik 2012). Plandokumentene viser kun status for tjenesten og bygger lite på evalueringer av de problemer og utfordringer som eksisterer i dagens situasjon og hvilke analyser man har for fremtidige utfordringer. Plandokumentene anses å være lite egnet for strategiske handlinger i forhold til kommende økninger i oppgaver (ibid).

For å lage så treffsikre tiltaksplaner som mulig må planen være basert på et bredt og opplyst kunnskapsgrunnlag (St. meld nr. 25 (2005-2006), Disch og Vetvik 2012, Befring 2015).

Kunnskapsbaserte planer betyr i denne sammenhengen planer som inneholder relevant kunnskap om tjenesteutførelsen, brukeren og samfunnet som skal danne grunnlag for analyse av de fremtidige utfordringer i helse- og omsorgstjenesten.

Jeg har i løpet av de siste fem årene jobbet i et prosjekt i regi av Fylkesmennene i Nord- og Sør-Trøndelag. Prosjektet har til hensikt å lette kommunenes arbeid i å ta i bruk faktabasert kunnskap som grunnlag for å gjøre det enklere å avgjøre hvilken satsning som er riktig for morgendagens helse og omsorg. Prosjektet «Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommune» har som mål å samle statistikk, analyser og forskning og gjøre dette tilgjengelig i et nettsted. En kan her innhente erfaringer, analyser og annen informasjon som grunnlag for planleggingen.

Som prosjektleder har jeg hatt dialog med flere kommuner og fått et innblikk i hvordan kommunene jobber med kunnskapsinnhenting til sine planer. Jeg har ofte hørt utsagn som ressurskrevende, manglende kompetanse, manglende tverrfaglig samhandling, skuffeplaner, etc. Jeg har gjennom mitt arbeide lest mange samfunnsplaner som, etter min mening, har et godt oppbygd kunnskapsgrunnlag. Men, jeg har også lest mange planer som jeg vurderer som mer en kopi, eller en «klipp og lim», fra statlige styringssignaler uten at det er foretatt analyser eller refleksjoner om lokale utfordringer for kommunen.

Når planleggingen skal bygge på et bredt kunnskapsgrunnlag så vil det være naturlig å stille spørsmål om hvordan kommunene skal jobbe systematisk for å hente frem, analysere og ta i bruk denne kunnskapen i helse- og omsorgsplanleggingen. Formålet med denne studien er derfor å undersøke hvilke faktorer som hemmer og hvilke faktorer som fremmer kommunenes arbeid med å kunnskapsbasere sine planer på helse- og omsorgsfeltet.

1.2 Kunnskapsbasert planlegging i helse- og omsorgstjenesten

For at helse- og omsorgstjenesten i kommunene i fremtiden evner å dekke de kommende behovene vil være avhengig av hvordan de bygger opp og organiserer tjenesten. Det vil kreve en helhetlig og langsiktig planlegging for å nå de målene man setter for sektoren, og planleggingen må baseres på en tilstandsanalyse (Disch og Vetvik, 2012).

Hvorfor helse- og omsorgsplanlegging er blitt en viktig planleggingsoppgave i kommunene og hvorfor planleggingen må bygges på et godt kunnskapsfundament må se i lys av den historiske utviklingen av tjenesten og de utviklingstrekk vi mener vil komme.

1.2.1 Historisk utvikling av helse- og omsorgstjenesten i kommune

Det offentlige helsevesen hadde sin spede begynnelse mot slutten av 1800-tallet og i starten av 1900-tallet. Da startet kampen mot nye sykdommer og en stadig høyere dødelighet i befolkningen (Schøitz, 2003). De store epidemiene, spesielt kolera og lepra, var nok den viktigste drivkraften for starten av det offentlige helsevesen og den mest opplagte årsaken til at myndighetene tok affære. Myndighetene gikk bort fra tidligere prinsipper om minst mulig offentlig innblanding. For å møte disse alvorlige epidemiene og for å forhindre nye epidemier, startet arbeidet med en ny lov som ble kjent som Sunnhetsloven, og det ble opprettet sunnhetskommisjoner rundt omkring i landet (ibid).

Sunnhetsloven av 1860 og opprettelse av sunnhetskommisjoner medførte starten på en økning i det offentliges ansvar for helsetjenesten (Schjøtz, 2003, Ringard mfl, 2013). Sunnhetsloven ble retningsgivende for den kommunale helseadministrasjonen og myndighetenes tenkning rundt ansvaret for sine borgere, både i forhold til å forebygge sykdom og ta vare på de syke og pleietrengende (Schjøtz, 2003). Frem til andre verdenskrig ble det opprettet både institusjonstjenester og hjemmetjenester. Både kommuner og private organisasjoner var initiativtakere til denne utbyggingen (Hallandvik, 2002). Men ansvaret for sosiale tjenester var på den tiden mest overlatt til familien, selv om det fantes noen offentlige tiltak mot fattigdom og nød (Schjøtz, 2003).

Etter andre verdenskrig startet overgangen fra private handlinger til offentlig tjeneste for fullt (Schjøtz, 2003). Offentlige tjenester tok mer ansvar for helse- og omsorgstilbudet, men ennå lå det en forutsetning at familien hadde det største ansvaret for hjelpetilbudet til syke som bodde hjemme. De som ikke hadde nær familie fikk et tilbud i den kommunale fattigforsorgen (Otnes, 2015)

I 1950 -60 årene ble det klart for myndighetene at de etablerte løsninger innen helse- og omsorg ikke ga tilfredsstillende hjelp til alle som trengte det (St.meld.nr 25 (2005-2006)). Gjennom det økende antallet innbyggere med økt behov for hjelp og bistand så man behovet for å avlaste familien (NOU 2011:11). Myndighetene erkjente at man ikke kunne løse disse oppgavene innenfor familierammen. Oppgavene ble rett og slett ble for mye for familien. Ansvaret for de som ikke kunne ta omsorg for seg selv ble flyttet fra familien til det offentlige, det juridiske omsorgsansvaret for sine slektninger falt bort og ble heretter sett på

som et offentlig ansvar (St.meld.nr 25 (2005-2006), NOU 2011:11). Lov om sosial omsorg fra 1964 medførte at man avsluttet fattigforsorgen og innsatsen ble satt inn mot et mer rettighetsbasert system (ibid).

Kritiske røster møtte helse- og omsorgstjenesten i 1960- 1970 tallet. Til tross for kraftig utbygging av tjenesten var det fortsatt mange mål som ikke var oppfylt (Lange, 2015). Mange hevdet at velferdsstaten var blitt for stor og byråkratisk og at den ikke nådde frem til de som trengte den mest (Schøitz, 2003). Følgen av en politisk endring i denne perioden skapte en bølge av tiltak og reformer i helsesektoren som ønsket å desentralisere oppgaver og overføre makt til folkevalgte organer (ibid). På 1970 – tallet fikk kommunene en lovpålagt forpliktelse til å etablere helsetjeneste.

Sykehusloven av 1970 bidro til en omfattende bygging og vekst i sektoren. Gjennom loven ble ansvaret for sykehjem lagt innunder fylkeskommunen og det ble et offentlig ansvar å yte omsorg for de hjelpetrengende (Otnes 2015, St. meld nr. 25 (2005-2006)). Sykehusloven ga fylkeskommunene ansvar for å drive sykehjem mens kommunene hadde ansvar for aldershjemmene gjennom lov om sosial omsorg (Hjelmbrekke mfl, 2011). Driften av sykehjemmene ble gradvis flyttet fra de private veldedighetsorganisasjonene til det offentlige og hjemmesykepleieordningen ble gjort til et kommunalt ansvar i midten av 1970- årene (St. meld nr. 26 (2014-2015)).

Fra 1984 og utover de neste tiårene ble den kommunale helse- og omsorgstjenesten endret gjennom tre store reformer (Barstad, 2006). Først kom kommunehelsereformen der kommunen fikk det samlede ansvaret for all primærhelsetjeneste (ibid). I forbindelse med desentralisering av primærhelsetjenesten kom sykehusreformen som overførte ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå. (Barstad 2006, Hermansen og Gautung 2013). Den tredje reformen var HVPU- reformen (Helsevernet for psykisk utviklingshemmede) som medførte nedleggelse av institusjoner i det fylkeskommunale HVPU og ansvaret for denne gruppen ble gitt til kommunene (ibid). Tanken bak reformene var at kommunene kunne ta en mer helhetlig vurdering av behov og tjenestetilbud til sine brukere (Barstad, 2006). Desentralisering av tjenestene var et virkemiddel for å legge til rette for en samordning av helse- og sosialtjenestene på lokalplanet. Man ønsket å oppnå bedre ressursutnyttelse, styrke det forebyggende arbeidet og legge til rett for en bedre fordeling av helsepersonellet (Schøitz, 2003). Etter at reformene var gjennomført hadde kommunene fått

tilført et betydelig ansvar for helse- og omsorgstjenestemottakerne, og den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde vokst og blitt en av kommunens største sektor (Barstad, 2006).

I 2001 startet sykehusreformen og med den ble ansvaret for sykehusene flyttet fra fylkeskommune til stat (ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Bakgrunnen for reformen var et ønske om å sikre pasientene bedre tilbud på spesialisthelsetjenester, og sikre en mer effektiv utnyttelse av ressursene innenfor personell, bygninger og utstyr. Endringene hadde til hensikt å skape en klarere ansvars- og rollefordeling, og målet var å få til et mer likeverdig tilbud over hele landet (ot.prp. nr. 66 (2000-2001)). Men evalueringer av sykehusreformen viste at man hadde fått et mer oppstykket og fragmentert helsevesen (NOU 2005:3). Dette var bakgrunnen for at det ble satt ned et utvalg (Wisløff-utvalget). De hadde som oppgave å se på samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og komme med anbefalinger for å bedre samhandlingen. Utvalget hevdet at sykehusreformen hadde brutt opp gamle samarbeidsmønstre mellom kommune og fylkeskommunen. Før reformen eksisterte mange faglige møteplasser mellom kommuner og sykehus, men resultatet av reformen medførte færre faglige møteplasser (ibid). Utvalget drøftet også pasientrelaterte samarbeidsproblemer i helsetjenesten, og hevdet at de mest grunnleggende årsakene var at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble godt nok ivaretatt (NOU 2005:3).

Den siste reformen i helse- og omsorgshistorien så langt, Samhandlingsreformen, hadde utredningen fra Wisløff-utvalget som bakgrunn. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen» pekte på at det offentlige helsevesen var preget av fragmenterte tjenester og at tjenestene gjorde for lite for å begrense sykdom. I tillegg var den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet utfordringer som truet samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Et av målene med reformen var at en større del av pasientforløpene skulle behandles av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Reformens intensjon var å styrke og utvikle kommunenes tjenestetilbud slik at pasienter kunne tilbys helsehjelp nært hjemmet (ibid). Kommunen skulle sørge for helhetlig tenkning med forebygging, behandling og oppfølging av pasientene. Et sentralt poeng var at kommunene kunne se helse- og omsorg i sammenheng med andre samfunnsområder (ibid). Som en del av reformen ble det foretatt endringer i lovverket. Helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft 1. januar 2012 til erstatning for Kommunehelsetjenesteloven og deler av Sosialtjenesteloven (Ot.prp. 91L (2010-2011)). Et av hovedbudskapene i den nye loven er at kommunene plikter «å sørge for» nødvendig helsetjeneste ifølge Kommunehelsetjenesteloven

og «yte tjenester etter» Sosialtjenesteloven. Man har gjennom den nye Helse- og omsorgstjenesteloven slått sammen de to lovene slik at kommunens overordnede ansvar samles (ibid).

Med unntak av sykehusreformen har alle reformer etter 1980- årene bidratt til at kommunene har fått flere oppgaver innen helse- og omsorgstjenesten. Oppsummert kan man si at synet på det offentliges oppgaver og ansvar har forandret seg i takt med samfunnsutviklingen (Nylenna, 2003). Helse- og omsorgstjenesten i dag er blitt til som et resultat av to hovedpåvirkninger: *«På den ene side er den formet av de til enhver tid eksisterende helsetrusler kombinert med tidens medisinske erkjennelse. På den annen side er det formet av den allmenne samfunnsutvikling, spesielt det rådende syn på det offentliges ansvar og oppgaver og enkeltmenneskenes plass og betydning»* (Nylenna, 2003:1650). Helse- og omsorgstjenesten har utviklet seg i omfang og bredde, og utgjør i dag en tredjedel av kommunens virksomhet (Hjelmbrekke mfl 2011, St. meld nr. 26 (2014-2015)). Den har blitt en komplisert tjeneste med stiller økte krav til personell med riktig kompetanse og differensierte tjenestetilbud (Hjelmbrekke mfl 2011, St. meld nr. 26 (2014-2015)).

1.2.2 Den kommunale helse- og omsorgstjenestens fremtidige utfordringer

En av de største utfordringene for helse- og omsorgstjenesten fremover er endringer i demografien. Den stadig større andelen av eldre mennesker vil resultere i at flere vil ha behov for helse- og omsorgstjenester og dette vil gi tjenesten store utfordringer (Otnes 2015, Hjelmbrekke m fl 2011, Helsedirektoratet 2012). Selv om mye tyder på at den eldre befolkningen blir friskere og man beholder sin funksjonsevne lengre vil en fordobling av antall eldre frem mot 2040 bety at det vil kreves mer helse- og omsorgsressurser (Otnes, 2015). Økt levealder vil bety at stadig flere vil leve lengre med kroniske sykdommer (Hermansen og Gautung, 2013). Bedre behandlingsmetoder vil føre til at flere overlever sykdommene. Dette resulterer i at flere vil være avhengig av tjenester fra helse- og omsorgstjenesten fremover (ibid). En kan også anta at framtidige eldre også vil ha andre krav til tjenesten, de vil ha høyere utdanning og være mer ressurssterke og vant til å bestemme over eget liv (St. melding nr. 25 (2005-2006)). Det betyr at når hjelpebehovet melder seg, vil de ha større forventninger til helse- og omsorgstjenesten (ibid).

Økt levealder har også gitt oss utfordringer med at det forventes at flere vil utvikle demens. Det anslås at personer med demens vil øke med 40 % mot år 2040 (Helsedirektoratet 2016). I «*møte fremtidens utfordringer innenfor tjenester til personer med demens, må det utvikles et bredere spekter av tjenester*» (Helsedirektoratet, 2016:40). Sykdommen vil representere en av de største utfordringene for tjenesten fremover og all kommunal helse- og omsorgsplanlegging må ta utgangspunkt i dette (Sosial- og helsedirektoratet 2007, Helsedirektoratet 2016).

Men det er viktig å ha med seg at den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke bare er eldreomsorg. Ved at man gjennom de siste tiår har overført mer helse- og omsorgsoppgaver til kommunene, har man fått en økning i antall yngre brukere under 67 år. Helse og omsorgstilbudet i kommunene har endret seg fra å være mer eldreomsorg til å tilby tjenester i alle aldersgrupper (Hermansen og Gautung, 2013:63). Det har vært vekst av tilbud til personer med utviklingshemming, funksjonshemming, rus og psykiatri (Hermansen og Gautung, 2013). I tillegg skriver sykehusene ut pasienter tidligere enn før. En stor andel av disse pasientene er personer under 67 år som blir mottakere av helse- og omsorgstjenester i kommunen (ibid). Yngre brukere av helse- og omsorgstjenesten vil ha andre behov enn de eldre, og sammen med brukere i den eldre generasjonen vil det bety at man må ha et mer mangfoldig tilbud. Dette vil kreve omstillinger i tjenestetilbudet, og en differensiert og høyere kompetansesammensetning i tjenesten. (Abrahamsen, 2006, Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013). I tillegg blir også bemanningsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten også påvirket av de demografiske endringene. Det vil bli færre yrkesaktive i forhold til andelen eldre i befolkningen (Hjelmbrekke m fl, 2011). Det betyr at det sannsynligvis vil være færre i yrkesaktiv alder som kan tilby helse- og omsorgstjenester i forhold til antall mottakere, og dette vil kunne gjøre det vanskelig å rekruttere nok personell inn i tjenesten fremover (ibid).

Det kan her se ut som det kun er demografiske utfordringer som helse- og omsorgstjenesten møter frem i tid, men det er nok ikke tilfelle. Helse- og omsorgstjenesten står også overfor organisatoriske utfordringer som en følge av tjenestens utvikling. I de siste årene er det flere offentlige dokumenter som har beskrevet utfordringsbildet for sektoren. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), Primærhelsemeldingen (2014-2015), Folkehelsemeldingen (2014-2015), Omsorg 2020 og Demensplan 2020 skisserer en oppstykket tjeneste og manglende helhet. De viser til pasienters og pårørendes manglende medvirkning, og utfordringer i kompetanse og ledelse. Tiltaksmålene som er skissert er å styrke pasienten, fornye og

forbedre helsetjenesten, rekruttere nok helsepersonell med riktig kompetanse, oppnå bedre kvalitet og bedre oppgavefordeling. I tillegg er det et tiltaksmål å bedre samarbeid og samhandling innad i kommunen og mellom kommunen og sykehus.

Sentrale styringsdokumenter viser tydelige politiske føringer for at det fremover skal legges vekt på kommunale helse- og omsorgstjenester. Det betyr at det er i kommunens helse- og omsorgstjeneste fremtidens store utfordringer først og fremst skal møtes og løses (Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) viser imidlertid til at de krevende utfordringene ikke kan møtes av helse- og omsorgstjenesten alene. Det vil være nødvendig å involvere flere sektorer, frivilligheten, lokalsamfunnet, organisasjoner og virksomheter. Dette krever planlegging som er basert på god kunnskap om samfunnet, innbyggerne, tjenestene og mottakerne (ibid). Kunnskapsbaserte planer vil være et godt politisk styringsredskap som skal legge til rette for ulike tiltak for å møte fremtidige utfordringer (Aarsæther mfl. 2012).

1.2.3 Krav til planlegging av helse- og omsorgstjenesten

All planlegging, herunder også helse- og omsorgsplanlegging, reguleres av Plan- og bygningsloven. Loven definerer et kommunalt ansvar for å ivareta et vidt spekter av hensyn og oppgaver.

I likhet med utviklingen av helse- og omsorgstjenesten har Plan- og bygningsloven blitt evaluert og revidert i takt med samfunnsutviklingen (Ot.prop.32 (2007 - 2008)). I 2008 kom den siste endringen i Plan- og bygningsloven. Da var det 20 år siden loven ble revidert. Årsaken til revidering av loven, og herunder krav til samfunnsplanlegging, var samfunnsendringer som hadde ført til en større konkurranse om ressursene i kommunene (Ot.prop.32 (2007 - 2008)). Samfunnsutviklingen hadde medført økt sektorisering i kommunene (ibid). I forarbeidene til ny Plan- og bygningslov ble det påpekt at krevdes mer helhetlige løsninger: «Plan- og bygningsloven skal være et virkemiddel for å legge rammer for hvordan summen av enkeltbeslutninger skal påvirke omgivelsene og samfunnet i et lengre perspektiv» (Ot.prop.32 (2007 - 2008): 5).

For å forstå utviklingen av Plan og bygningsloven vil jeg her ta et kort historisk tilbakeblikk. Den første landsdekkende planloven var Plan- og bygningsloven fra 1965 som hadde sitt utgangspunkt i lover rundt byplanlegging ((Aarsæther mfl., 2012, Ot.prop.32 (2007-2008)).

Plan- og bygningsloven av 1965 innførte et nasjonalt plansystem med en rekke nye plantyper som kommunale oversiktsplaner i form av generalplaner (ibid). Loven fra 1965 var mest innrettet mot arealplanlegging (Miljødepartementet, 2012). Det var først i 1985, sammen med en ny og revidert Plan- og bygningslov, at loven hadde med seg elementer av samfunnsplanlegging (ibid) Planleggingen skulle da være redskap for å koordinere hele kommunens styring og samfunnsutvikling (Falleth, 2010). Samfunnsplanlegging, herunder helse- og omsorgsplanlegging fikk sin første regulering innenfor denne loven.

Men den koordinerende styringsintensjonen viste seg å ikke fungere etter intensjonene. Årsaken var at det kom statlige krav og anmodninger om delplaner innenfor de ulike sektorene (Hagen, 2001). Det var en forventning om at det ble utarbeidet ca. 30 forskjellige delplaner rundt 2000-tallet. Disse delplanene ble kritisert for å ikke bidra til helhetlig tenkning og samordning i kommunene (ibid). Delplaner innenfor kommunens plansystem har nok en sammenheng med den tidens markedstenkning med mål- og resultatstyring. New Public management (NPM) ble innført i kommunene på 90-tallet og hadde med seg en effektiviseringstanke hentet fra privat sektor (Aarsæther mfl, 2012). Den skulle være motsatsen til den byråkratiske ledelsen som fant sted etter krigen. Hver sektor fikk sitt eget resultatansvar og NPM førte til en desentralisering og oppsplitting av kommunene (ibid). Aarsæther mfl. (2012) hevder at samfunnsansvaret i offentlig sektor ble svekket på bakgrunn av dette. Det ble en større avstand mellom tjenesteproduksjon og politiske beslutninger og utgjorde derfor en stor utfordring for samfunnsplanleggingen i kommunene (ibid). Dette var en av årsakene til at man reviderte Plan- og bygningsloven i 2008. Samfunnsutviklingen med økende sektorisering medførte en endring fra tidligere lov (Falleth, 2015).

Sektorplanleggingen skulle heretter innlemmes i en overordnet samfunnsplan for kommunen (Falleth, 2015) og arealplanlegging, samfunnsplanlegging og økonomiplanlegging skulle bindes sammen (Miljøverndepartementet, 2015).

Hva da med helse- og omsorgsplanleggingen etter den nye plan og bygningsloven av 2008? I oppgavemelding mellom kommune, fylke og stat (St.meld. nr. 31 (2000-2001)) ble det pekt på at sektorvise plankrav svekker den helhetlige kommunale planleggingen, og særlover innenfor planleggingen ble foreslått fjernet. Det ble anbefalt at samfunns- og arealplanleggingen i kommunene skulle heretter skje med utgangspunkt i Plan- og bygningslovens system (ibid). I 2003, mens forarbeidene til gjeldende Plan- og bygningslov var under utvikling, ble loven om planlegging av helse- og sosialtjenester i kommunene opphevet. I ny plan og bygningslov (2008) ble bestemmelsen om all sektorplanlegging fjernet

(ibid). Etter det hadde ikke helse- og omsorgsplanlegging noen klar plass i det lovpålagte systemet, men måtte knyttes til generelle lovkrav om kommuneplanleggingen.

I dag finnes ikke noe rapporteringssystem for det planarbeidet som blir gjort av kommunene, og det er derfor lite kunnskap om hvordan kommuneplanleggingen fungerer i praksis (Omsorg 2020). Selv om kommunen har et klart ansvar for å utarbeide helhetlige planer er det mange kommuner som ikke har satt helse- og omsorgsutfordringene på dagsorden i sin kommunale planlegging (Kommuneloven 1992, Omsorg 2020). Disch og Vetvik (2012:105) hevder at «*god kommunal planlegging er en nødvendig forutsetning for en formålstjenlig bruk av ressursene i helse- og omsorgstjenesten*» Systemet rundt helse- og omsorgsplaner som en kommunedelplan må revurderes fordi helse- og omsorgssektoren nå er den største og mest krevende i de fleste kommuner. Sektoren må derfor få et større fokus i det sentrale kommunale planarbeidet (Disch og Vetvik, 2012).

I forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven av 2012 henvises det til at kommunene i betydelig grad selv bør velge hvordan tjenestene skal organiseres (Ot.prop.91 L (2010–2011)). Det forventes at lokale myndigheter har de beste forutsetninger for å ta de beste beslutningene. Men at for at helse- og omsorgstjenesten skal utføres på en forsvarlig måte, må man planlegge. Kravet til denne planleggingen betyr at kommunene må vurdere behov og legge plan for hvordan behovet skal dekkes (Ot.prop.91 L (2010–2011)). I forarbeidene til dagens gjeldende plan og bygningslov legger man vekt på at planleggingen skal gi kunnskap om utfordringer i samfunnet slik at de med beslutningsmyndighet kan vurdere systematisk hvordan dette skal løses (Ot.prp.nr 32 (2008-2008)). Man skal fremme bærekraftig utvikling som er til det beste for individ, samfunn og fremtidige generasjoner. Det forutsettes at man vektlegger langsiktige løsninger og at man beskriver konsekvensene for miljø og samfunn (Plan- og bygningsloven, 2008).

1.2.4 Behovet for kunnskapsbaserte planer

Både Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013), «*Morgendagens omsorg*» og Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) «*Samhandlingsreformen*» berører planlegging som en viktig faktor og grunnlag for riktige beslutninger i forhold til hvordan man skal møte morgendagens utfordringer i tjenesten. Ny plan- og bygningslov vil være et viktig verktøy for kommunene i dette arbeidet. I kommuneplanens samfunnsdel skal det beskrives i hvilken retning

kommunen skal gå. Videre hvilke områder det skal satses på, hvilke problemområder som er kritiske for kommunen, og det skal utarbeides strategier for kommunens langsiktige arbeid (St. meld. 29 (2012–2013)).

Den helhetlige planleggingen forutsetter at kommunene involverer både innbyggere, frivillige organisasjoner, sivilsamfunnet og næringslivet (St. meld. 29 (2012–2013)). Den må bygge på disse aktørenes erfaringer i planleggingsprosessen fordi det stilles stadig større krav til at offentlig sektor skal ta i bruk best tilgjengelig kunnskap som grunnlag for beslutninger og tiltak (St.meld.29 (2012-2013, Disch og Vetvik 2012). Ved å involvere bredt vil man få viktig kunnskap og dermed bedre grunnlag for beslutninger hvordan man skal forme tjenesten (St.meld. 29 (2012-2013), St.meld.nr 47 (2008-2009)). Det vil være viktig å åpne opp og se andre løsninger enn de som man tradisjonelt har brukt. I møtet med framtidens helse-omsorgsutfordringer blir det nødvendig å ta i bruk nye metoder og finne nye løsninger, og ikke bare forlenge dagens praksis og gjøremåter. Kommuneplanlegging vil derfor være et viktig verktøy både i arbeidet med å kartlegge og analysere framtidens utfordringer og for å utvikle nye løsninger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (ibid). Det vil være en forutsetning med gode og presise behovsvurderinger som resulterer i et strategisk beslutningsgrunnlag (Disch og Vetvik, 2012).

1.2.5 Kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging i det kommunale plansystemet

«Planleggingen er en kunnskapsbasert, handlingsorientert og fremtidsrettet aktivitet» (Aarsæther mfl, 2012:).

Kommuneplanleggingen er et rullerende system som arbeider sammen med de fireårige valgperiodene i kommunen (se figur 1). Det er en forventning om at det utarbeides planstrategi hvert fjerde år som skal vedtas innen et år etter valg av nytt kommunestyre (Plathe, 2015). Planstrategien er ikke en plan i seg selv, men mer et verktøy som skal vise hvilke planer det nye kommunestyret skal sette i gang med eller hvilke planer som skal videreføres (Plathe, 2015). Planstrategien skal inneholde statusbeskrivelser, det vil si å definere hvilke utfordringer kommunen har. Den skal formulere mål og hvilke strategiske valg kommunen må gjøre for å møte disse utfordringene (Miljødepartementet 2012, Aarsæther 2012).

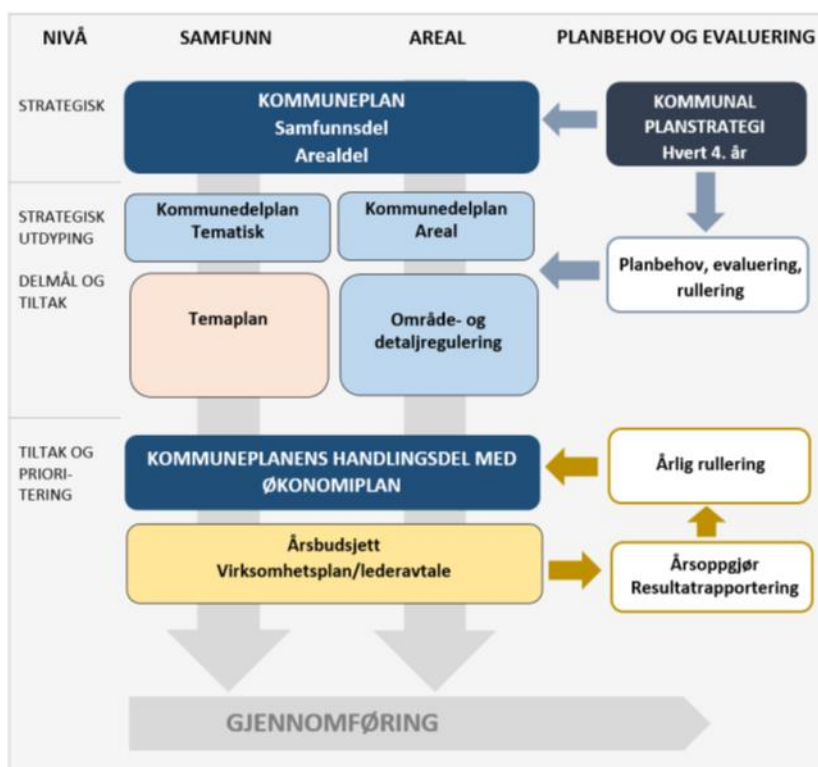


Fig. 1 Det kommunale plansystemet med års-hjul (Plathe, 2015)

Kommuneplanen er kommunens langsiktige plan som omfatter både samfunnsplanen og arealplanen, og som igjen er koblet til økonomiplanen (Plathe, 2015). Kommunens samfunnsdel er det overordnede styringsdokument. Kommuneplanen skal gi rammer for en langsiktig utvikling av kommunesamfunnet med et tidsperspektiv på minimum 12 år (ibid). Samfunnsdelen vil ha samme krav til seg som planstrategien i forhold til å definere utfordringer kommunen har (Aarsæther mfl, 2012). Den må inneholde statusbeskrivelse og definere tiltak for å løse avdekte utfordringer. Samfunnsdelen må være basert på kunnskap fra hele kommunesamfunnet og peke på behov, trender og muligheter i et helhetlig perspektiv (Aarsæther mfl, 2012).

Kommunene står fritt til å lage temaplaner eller sektorplaner ifølge plan og bygningsloven. Hvis kommunene velger å utarbeide delplaner så har disse som mål å utdype enkelte tjenestoområder som et tillegg til kommuneplanen (Plathe, 2015). Helse- og omsorgsplan er et eksempel på en slik sektorplan og det vil være viktig at den henger sammen med kommunens overordnede samfunnsdel fordi kommunens samfunnsdelen skal inneholde en handlingsdel.

Handlingsdelen er et viktig verktøy for å sikre gjennomføring av samfunnsdelen. Den skal beskrive hvordan man skal gjennomføre tiltakene for de neste fire årene og skal gi grunnlag for prioritering av ressurser, oppgaver og samarbeid (Miljøverndepartementet, 2012).

Evaluering av planer er viktig for å se sammenhengen mellom kunnskap og handling (Amdam, 2011). Det er gjennom evalueringer av planene man ser om tiltakene er gjennomført som planlagt og at tiltakene har hatt effekt (ibid). Evaluering kan gi nyttig kunnskap som fører til eventuell endring av tiltak. Målene i samfunnsplanleggingen er langsiktig mens tiltak for å nå målene krever faste evalueringspunkt.

Det er en forventning at hele planprosessen skal være kunnskapsbasert og at den skal tilpasses behovet i den enkelte kommune (Aarsæther mfl 2012, Plathe,2015). Den fremtidsrettete handlingen, som helse- og omsorgsplanlegging representerer, skal være forankret i kunnskap og skal utformes med tanke for å utvikle samfunnet. Den skal på bakgrunn av denne kunnskapen analysere, utforme mål og prioritere tiltak for å nå målene (Aarsæther mfl 2012, Plathe 2015)

1.2.6 Forskning på tema

Jeg har foretatt flere litteratursøk i ulike databaser uten at det har resultert i funn av kunnskapsbasert planlegging. Det er imidlertid flere studier, både fra Norge og andre land, som kan belyse ulike tema innenfor planlegging i kommunene og som er relevante for min studie.

Et tema som er relevant for en god kunnskapsproduksjon i planleggingsprosessen er kommunenes ressurser og gjennomføringsevne i forhold til planleggingsoppgaver. En vesentlig faktor for å lykkes med planleggingsarbeidet er at kommunen prioriterer tid og ressurser til arbeidet (Hofstad mfl, 2015). Jeg har funnet flere studier som beskriver at mange kommuner manglet nødvendig kapasitet i planarbeidet (Langseth 2014, Disch og Vetvik 2012, Whøni 2007). Disch og Vetvik (2012) mener at manglende administrativ kapasitet til å gjennomføre planprosesser gjør at mange kommuner ennå ikke har satt fremtidens helse- og omsorgsutfordringer på dagsorden (ibid). Flere studier beskrev årsaken til manglende administrativ kapasitet med at løpende driftsoppgaver kom foran planleggingsoppgaven (Langseth 2014, Disch og Vetvik 2012). De utfordringer som ligger i den daglige driften av

helse- og omsorgstjenestetilbudet var ofte mer enn nok å ta tak i, og planleggingsoppgaven har måttet vike for mer kortsiktige behov (Disch og Vetvik, 2012). En annen årsak til manglende kapasitet og nedprioritering av planoppgaver var begrunnet i en presset kommuneøkonomi (Langseth 2014). I tillegg ble manglende kapasitet i planoppgaver begrunnet i liten interesse eller forståelse for oppgaven av det politiske miljøet og ble av den grunn ikke satt på dagsorden (Langseth, 2014). Store forventninger fra regionale og statlige aktører i planarbeidet ble opplevd som ressurskrevende, og ble også oppgitt som en av årsakene til at kapasiteten ble bundet opp (ibid). Opplevelsen av manglende kapasitet hadde en sammenheng med kommunes størrelse, dvs. at kapasitetsutfordringen økte dess mindre kommunene var (Langseth, 2014).

Et annen faktor som påvirket den kunnskapsbaserte planleggingen var kommunenes kompetanse til å gjennomføre planleggingsoppgaven. I tillegg til å ha nok kapasitet i planleggingsarbeidet så vil kompetanse til planleggingsoppgaver være en vesentlig suksessfaktor (Hofstad mfl, 2015). I Disch og Vetvik (2012) sin studie oppga kommunene at manglende kapasitet og kompetanse ofte er hovedårsaken til at planarbeidet ikke er startet opp eller gjennomført godt nok. En vurdering av de helse- og omsorgsplanene som eksisterte viste at de ikke inneholdt tilfredsstillende analyser av sektoren (ibid). Langseth (2014) oppgir i sin studie at kompetanseutfordringer i planleggingsoppgaver ikke ble presentert som et problem, men stiller spørsmål om kapasitet og kompetanseutfordringer henger sammen. Planleggere i en liten kommune må ta seg av mange andre oppgaver enn selve planleggingsoppgaven og har derfor ikke nok kapasitet og da heller ikke nok kompetanse (ibid). Skjeggedal og Harvold (2008) fant i sin studie at den formelle kompetansen innen planlegging varierer sterkt mellom kommuner. Store kommuner hadde flere ansatte med planleggingskompetanse enn de mindre kommunene.

Hofstad mfl. (2015) understreker at det er viktig å systematisere kunnskapen og skape gode forandringsprosesser i kommunen (ibid). Veenstra mfl (2015) viser i sin studie at det å utarbeide lokale delplaner for helse- og omsorg og sette temaet på dagsorgen i kommunene, bidrar til en felles forståelse av kunnskapsgrunnlaget. Ansatte i ulike deler av kommuneadministrasjonen, tjenestene og politikere kommer sammen og utvikler en felles forståelse over hva som er utfordringer, prioriteringer og løsninger i kommunens pleie- og omsorgssektor. Det tverrsektorielle samarbeidet løftes frem av Hofstad mfl. (2015) som en nøkkel til suksess i planarbeidet. Medvirkning av andre aktører bidrar til at mer informasjon

blir gjort tilgjengelig og planprosesser med medvirkning får frem engasjement og synspunkter fra alle berørte (Whøni, 2007). Imidlertid viser det seg at det er mange planer og planprosesser som er stykkevis og delt (Disch og Vetvik, 2012). Zeiner og Hansen (2012) avdekket i sin studie en praksis med store koordineringsutfordringer i fragmenterte tjenester som ofte gjøre det vanskelig å inkludere ulike aktører.

Den kommunikative planleggingsformen blir presentert som en planleggingsform hvor man gjennom kommunikasjon kommer frem til mål som ivaretar flere synspunkter (Amdam og Veggeland, 2011). Evju (2014) hevder at kommunikative planprosesser kan skape forståelse og legitimitet som ikke bare vil sikre en bedre demokratisk prosess, men som også kan legge fundamentet for et samarbeid på tvers av planer og prosesser. Evju (2014) sin studie viser likevel at planmyndigheten heller informerer om ferdig plan enn å ha reel medvirkning i form av dialog under planprosessen. Det eksisterte ikke en faktisk dialog eller tilhørighet mellom deltakerne i planprosessen og planmyndigheten (ibid). Cruickshank og Evju (2015) hevder at det kan virke som kommunikasjon blir forvekslet med informasjon. De peker på at en av hovedutfordringene for at kommunikativ planlegging virkelig skal fungere er forståelsen av forskjellen mellom kommunikasjon og informasjon (ibid). Det vil si at man istedenfor å gi informasjon om utfordringer og tiltak for å møte utfordringene, har en dialog om tema hvor flere parter blir hørt og inkludert.

Når kunnskapen er innhentet og analysert så vil dette være et godt kunnskapsgrunnlag for beslutninger av det politiske nivået. Wist (2010) peker på at helseforvaltningen og kommunale politikere legger ulikt innhold i begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Helseforvaltningen krever evidens for at tiltak har effekt for å kalle det kunnskapsbasert, mens politikere vektlegger et bredt kunnskapsgrunnlag, hvor erfaring, fakta og brukermedvirkning til sammen utgjør det kunnskapsbaserte arbeidet (ibid). Elliott og Popay (2000) har gjennom sin studie identifisert noen faktorer som fremmer eller hemmer evidensbasert politikk på lokalt nivå. De finner at de politiske beslutningene ofte ble farget av faktorer som økonomiske begrensninger og tidsressurser. I tillegg var beslutningstakeren/politikeren farget av egen erfaringskunnskap. De viser til at politikken ble mer påvirket av forskning på en indirekte måte, gjennom debatter og dialog mellom tjenesteyteren og brukerne (ibid).

Forskningsmessig har kommunal planlegging hatt et stort fokus, men det er få studier som viser hvordan kommuner arbeider med å kunnskapsbasere sine planer. I enkelte studier av folkehelseplanlegging finner man at temaet er berørt, men jeg har ikke avdekt studier som har kunnskapsbasert tilnærming til helse- og omsorgsplanarbeid som hovedproblemstilling. Denne oppgaven vil derfor være et bidrag til å belyse dette temaet nærmere.

1.3 Problemstilling

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har endret seg betydelig de siste hundre årene, fra å være en liten ubetydelig tjeneste til å bli en av kommunens største sektor. Store helsereformer har bidratt til at det har blitt en stor og kompleks tjeneste som er avhengig av samspill med flere sektorer i kommunen. Planlegging av helse- og omsorgssektoren er et viktig virkemiddel for å styre tjenestene og for å danne grunnlag for beslutninger. Fremtidens utfordringer for helse- og omsorgstjenestene fremstår som en av kommunesektorens aller viktigste oppgaver og forutsetter langsiktig planlegging.

Når man skal planlegge for de fremtidige utfordringene så peker Barstad (2006) på at det i utgangspunktet er umulig å forutsi hva fremtiden bringer da det er vanskelig å ha oversikt over alle utfordringer og muligheter som endrer seg raskt (ibid). Nye behandlingsmåter og ny teknologi er eksempler på en hvor raskt utviklingen kan skje. Barstad (2006) peker likevel på at vi har noe kunnskap, bl.a. om hvilke trender som sannsynligvis vil påvirke helse- og omsorgstjenesten (ibid). Planlegging som aktivitet tilstreber å forutse fremtiden og ta beslutninger i forkant av utviklingen for at fremtiden skal bli mest mulig slik man ønsker. Så selv om planlegging foregår med en viss usikkerhet, er det allikevel å foretrekke fremfor bare «å vente og se».

For at fremtidens helse- og omsorgstjenestetilbud skal dekke de behovene som befolkningen har, må den langsiktige planleggingen baseres på kunnskap og tiltakene som innføres må være kunnskapsbaserte. Hensikten med kunnskapsbaserte planverk er å hjelpe beslutningstakere til å fatte de mest riktige beslutninger utfra den kunnskapen som foreligger i dag og samtidig innta et langsiktig perspektiv.

Hvordan man kan lykkes med å utarbeide kunnskapsbasert planer for helse- og omsorgstjenesten, er derfor et mål med oppgaven.

Problemstillingen er dermed:

Hvilke faktorer fremmer og hvilke faktorer hemmer kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging?

Problemstillingen er blitt utledet av spørsmål om hvordan kommunene har jobbet med innhenting, analysering og implementering av kunnskap i helse- og omsorgsplaner.

Kunnskapsbasert tilnærming til sektorens planlegging er stor og omfattende. Det er mange aktører som bidrar i dette arbeidet, men studien er avgrenset til å se helse- og omsorgsledernes perspektiv.

Oppgaven vil komme inn på samhandlingsrommet mellom helse- og omsorgstjenesten og politikerne, brukerne og andre sektorer i kommunen, men stemmene til disse ikke er inkludert i studien.

Utgangspunktet for studien var også å inkludere en evaluering av prosjekt «Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommune», men på grunn av begrensede ressurser ble dette elementet tatt bort i etterkant av at intervjuene var gjennomført.

1.3.1 Oppgavens oppbygging.

Studien er inndelt i sju kapitler. I dette første kapitlet har jeg gitt en oversikt over valg av tema og bakgrunn, samt at jeg har presentert problemstillingen som jeg ønsker å gi finne svar på. I kapittel to presenteres det teoretiske bakteppet for analysen. Kapittel tre fokuserer på metode, og her redegjøres det for valg av metodisk tilnærming, forskningsdesign, utvalg og utvalgsprosessen, analyseprosessen og etiske hensyn. Kapittel fire inneholder funnene fra min undersøkelse og i kapittel fem presenteres analysen. I det avsluttende kapitlet oppsummeres studiens hovedfunn.

2 Teori

” Planlegging dreier seg om å forberede møtet med fremtiden, og sørge for å innrette seg slik at også dette møtet blir best mulig – til størst fordel eller til minst ulempe – for dem planleggingen angår” (Kleven, 2011:18). «En viktig funksjon for planleggingen er at den skal systematisere kunnskap og legge den til rette på en slik måte at politiske beslutninger og avveininger kan tas på et informert og kunnskapsbasert grunnlag». (Kleven mfl., 2011:90).

Planlegging er derfor et viktig verktøy for å lage et godt beslutningsgrunnlag som vil gjøre helse- og omsorgstjenesten i stand til å realisere ønskede mål.

Planlegging er bygd på et sett med grunnleggende premisser:

- *Planlegging skal bygge på kunnskap*
- *Planlegging som verktøy for politisk styring*
- *Planlegging skal sørge for helhetlig samordning*
- *Planlegging skal sikre informasjon, åpenhet og deltakelse*
- *Planlegging skal sikre bærekraftig utvikling* (Kleven mfl, 2011:28)

Helse- og omsorgsplanleggingen skal baseres på den kunnskapen som ligger i kommunesamfunnet som er relevant for sektoren, for å analysere dagens aktiviteter og finne gode løsninger for fremtiden (Amdam, 2011). Kommunens politiske ledelse vil ha et overordnet ansvar for planleggingen, mens administrasjonen skal ha rollen som prosessledere og skaffe frem kunnskap og være de som iverksetter politiske beslutninger i henhold til plan (Aarsæther mfl. 2012). Planlegging og politikk hører sammen og kan ikke ses på som to separate oppgaver (Kleven, 1998). En kunnskapsbasert plan skal bidra til at politikerne har et godt grunnlag for å treffe riktige beslutninger (ibid).

Det er et mål i Plan- og bygningsloven (2008) at planleggingen skal sikre en helhetlig samordning. I det ligger en forutsetning om at alle sektorene i kommunen skal inkluderes slik at kunnskapsgrunnlaget for helse- og omsorgstjenesten blir så bredt som mulig (Kleven mfl, 2011). Medvirkning eller deltakelse fra innbyggere, frivillige organisasjoner og interesseorganisasjoner vil også være med å bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag i planverket (Aarsæther mfl, 2012). I tillegg vil en helhetlig samordning med deltakelse fra organisasjonen og samfunnet for øvrig bidra til en økt måloppnåelsen for planen (ibid).

I henhold til Plan- og bygningsloven (2008) skal planlegging bidra med å sikre en fremtidsrettet og bærekraftig utvikling i kommunene, og det er et mål for planleggingsaktiviteten å se både nåsituasjonen og framtidssituasjonen (Aarsæther 2012, Amdam 2011). Planleggingen skal sikre en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten som skal dekke behov både for dagens generasjon og kommende generasjoner (Amdam, 2011).

2.1 Planleggingstradisjoner

«Et sentralt kjennetegn ved planlegging er at den er kunnskapsbasert» (Aarsæther mfl 2012:30).

Et spørsmål som stilles her er *hvilken* kunnskap, og ikke minst *hvem sin* kunnskap planleggingen skal baseres på. I planleggingsteorien skilles det i hovedsak mellom to planleggingsmodeller, instrumentell og kommunikativ planlegging (Farner, 2015). De to hovedformene for planlegging tar utgangspunkt i ulike arbeidsmåter når man skal kunnskapsbasere planleggingen.

Den instrumentelle planleggingsmodellen var på 1960-tallet den dominerende modellen (Innes, 2013). Den tar utgangspunkt i en vitenskapelig tilnærming hvor man tar utgangspunkt i objektiv kunnskap og forskningsbasert viten (Innes 2013, Aarsæther mfl 2012). Den instrumentelle modellen krever full oversikt over nåsituasjonen der man finner klare årsakssammenhenger. Modellen egner seg best når man skal planlegge på områder som er relativt oversiktlige, som for eksempel vann- og avløpssystemer (Amdam 2011, Amdam og Veggeland 2011, Hofstad 2012). Det forutsettes i denne modellen at planleggeren har klare og konkrete mål for planleggingen, og at hun/han kan skaffe til veie eller har all relevant kunnskap både om problemstillingen og om hvordan man skal løse problemet (Amdam og Veggeland, 2011).

I den instrumentelle modellen blir det ofte et skille mellom politikk og planlegging: Politikeren blir oppdragsgiveren og planleggeren skal legge til rette for politiske beslutninger (Amdam 2011, Aarsæther mfl 2012, Amdam og Veggeland 2011). Planleggerens rolle i den instrumentelle planleggingsmodellen blir å hente inn faktakunnskap og analysere kunnskapen som grunnlag for politiske beslutninger (Amdam, 2011).

Den instrumentelle modellen ble tidlig kritisert for å ha for enkelt syn på å hente inn og analysere kunnskap (Amdam, 2011). Den objektive, vitenskapelige måten å se samfunnsspørsmål på vil være en utfordring der man har komplekse årsaker og mange mulige virkninger av tiltak som iverksettes. Gjennom den instrumentelle modellen blir det stilt spørsmål om planleggeren er i stand til å innhente kunnskap som viser mangfoldet i tjenesten eller i samfunnet (Amdam og Veggeland, 2011). Det er svært få som har all kompetanse innenfor alle områder i kommunen (Amdam, 2011). Ofte kan det være et samfunnsspørsmål der det er flere meninger i forhold til hvilken kunnskap som skal ligge til grunn for planleggingen (ibid). Av den grunn vil en være avhengig av å samarbeide med utøvere av tjenesten, og med andre sektorer og med innbyggerne i kommunen. Disse vil representere ulik kompetanse og være et viktig bidrag inn i kunnskapsproduksjonen (Amdam 2011, Aarsæther mfl. 2012).

På mange områder innenfor helse- og omsorgstjenesten kan det være vanskelig å finne årsakssammenhenger på grunn av at utfordringene er store og komplekse. Ett eksempel på dette kan være pasientgrupper med store behov hvor én tjeneste ikke kan løse utfordringene alene. Et annet eksempel kan være å finne den beste organisatoriske modellen for å dekke fremtidige behov i sektoren. For å løse de problemene som sektoren er satt til å betjene kan det derfor være vanskelig å finne en objektiv, vitenskapelig kunnskap om årsak og virkning. Kjennetegnet på slike utfordringer, som helse- og omsorgssektoren har mange av, finner vi beskrevet i Hofstad (2102) sin avhandling. Hofstad bruker Rittel og Webber (1973) sin beskrivelse på slike komplekse problem (wicked problems): Dette er problemer som er vanskelig å definere og lokalisere, problemer med mange motsetninger, og det finnes ingen objektiv riktig løsning på disse utfordringene. Komplekse problemer er også kontinuerlige i den betydning at man ikke kan finne en løsning som gjøre at utfordringen forsvinner når tiltaket er gjennomført (ibid).

For å få et godt kunnskapsgrunnlag som skal danne grunnlag for de beste løsningen på slike komplekse utfordringer vil kreve en bredere kunnskapstilnærming enn hva den instrumentelle modellen krever (Aarsæther mfl, 2011). For å få frem den brede kunnskapstilnærmingen, kreves det bred deltakelse av flere aktører som i en dialog kan identifisere alle sider ved utfordringene (Amdam, 2011). Dette bringer oss inn på den kommunikative planleggingsmodellen som kom som ny idé rundt 1980 (Amdam og Veggeland, 2011). Toppstyrt instrumentell planlegging ble erstattet med en demokratisk prosess hvor man involverte flere aktører i planleggingsarbeidet (Amdam og Veggeland 2011, Amdam 2011).

Man ønsket mer inkluderende prosesser. I tillegg ønsket man å oppnå en større anerkjennelse og forståelse av planverket ved å inkludere en mer allsidig kunnskap (Amdam og Veggeland, 2011). Fellesnevneren for denne modellen er en kommunikativ og demokratisk planlegging hvor man baserer seg på et samarbeid mellom planleggeren og interessenter (ibid).

Fordi det ofte er vanskelig å definere og lokalisere de enkelte utfordringene i helse- og omsorgssektoren, kan det også være vanskelig å definere det riktige kunnskapsgrunnlaget. I slike tilfeller er derfor den kommunikative modellen bedre egnet enn den instrumentelle modellen (Amdam 2011). I tillegg vil de komplekse utfordringene i helse- og omsorgstjenesten kreve en tverrsektoriell tilnærming. Den kommunikative modellen er bedre egnet der man må ha en dialog for å finne felles mål med de aktuelle samarbeidsaktørene som skal gjennomføre planen (Aarsæther m.fl., 2012). I den kommunikative modellen er kommunikasjon en viktig faktor, der dialogen i seg selv er viktig for å skape legitimitet i planprosessen (Amdam og Veggeland, 2011). I den kommunikative modellen diskuterer man seg frem til et resultat hvor alle aktørene er likestilte og alles argumenter betyr like mye (Amdam, 2011). «*Kjernen i denne posisjonen er Habermas teori om «herredømmefri dialog»*» (Hofstad, 2012: 22). Habermas mente at kunnskapen eller fornuften skapes gjennom samtaler og erkjennelser (Aadland 2004, Langergaard mfl 2006). Dette innebærer at man får en felles forståelse gjennom en reell og likeverdig diskusjon, der alle sine stemmer blir hørt (Amdam 2011, Hofstad 2012). Habermas kritiserer den instrumentelle modellen hvor man gjør krav på sannheten uten å ta høyde for alle verdier og interesser i samfunnet (Aarsæther mfl, 2012). I den kommunikative modellen vil man derimot erkjenne et mangfold av virkeligheter (Hofstad, 2012). Dersom man inkluderer alle berørte interessenter inn i planarbeidet, vil den kommunikative modellen skape en større kunnskapsplattform og en felles forståelse av utfordringsbildet (Hofstad, 2012).

Det er argumentert for at den kommunikative planleggingsmodellen vil være den som er best egnet innenfor helse- og omsorgstjenesten, og den er fortsatt den nyeste modellen i planteorien. Det er imidlertid flere som har hevdet at den ene modellen ikke utelukker den andre (Amdam 2011, Hofstad 2012, Kleven mfl 2011). Hofstad (2012) viser til Fauldi og Waterhaut (2006) som mener at den instrumentelle og den kommunikative retningen kan kombineres med at faktakunnskap inngår som en del av den kommunikative prosessen (ibid).

Faktakunnskap vil her ligge til grunn for dialogen i den kommunikative modellen (Farner, 2015). Med bidrag fra de ulike aktører vil man kunne avklare et nødvendig

forståelsesgrunnlag basert på fakta. Deretter vil aktørene gjennom sin kunnskap, holdninger og verdier komme frem til løsninger basert dette faktagrunnlaget (ibid).

2.2 Planleggingskompetanse

Kompetanse er et mangfoldig begrep og kan forstås på mange måter.

Lai (2010:48) har definert kompetanse på denne måten: *«kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål».*

Begrepet er sammensatt og kan være kompetanse en har ervervet seg gjennom utdanning og kompetanse man får gjennom erfaring. Innenfor planleggingsteorien vises det ofte til formell kompetanse, realkompetanse og prosesskompetanse (Skjeggedal og Harvold, 2008). Formell kompetanse er den kompetansen man får gjennom utdanning mens realkompetanse er en erfaringskompetanse. Prosesskompetanse handler om den kompetansen man har til å sette i gang og gjennomføre planprosesser i et samarbeid med mange aktører (ibid). Jeg har i denne studien valgt å fokusere på det generelle kompetansebehovet innenfor de to beskrevne plantradisjonene: instrumentell og kommunikativ planlegging.

Instrumentell planlegging blir drevet av fagprofesjoner som blir betegnet som eksperter i det som det skal planlegges for (Amdam, 2011). Fagprofesjonene eller ekspertene vil i denne modellen være de som definerer hvilken kunnskap som skal brukes, og den ferdige planen vil være bygd på fagkunnskap og en nøytral analyse av ekspertene (Amdam og Veggeland, 2011, Innes 2013). I den instrumentelle planleggingen vil det være et krav at planleggeren har ferdigheter i å skaffe til veie relevant kunnskap som må analyseres. De må ha evnen til å sette sammen kunnskap fra fortid, nåtid og fremskrive behovet for tjenesten (Amdam, 2011).

I den kommunikative planleggingstradisjonen vil planleggeren være mer en tilrettelegger enn en ekspert (Amdam, 2011). Planleggerne må trekke inn relevante aktører, stille relevante spørsmål og skape en gruppedynamikk som får deltakerne til å reflektere over status i dag og hvordan de ønsker at fremtiden skal se ut (ibid). I denne modellen må planleggeren derfor ha kompetanse eller ferdigheter i prosessledelse for å starte opp og gjennomføre planprosesser som involverer mange aktører (Amdam, 2011). De må kommunisere med flere aktører og mobilisere deltakelse inn i planprosessen og skape gode samarbeidsarenaer (Aarsæther mfl,

2012). Utfordringen for planleggerne er å få til en lik maktfordeling mellom aktørene slik at dialogen blir så åpen som mulig (Amdam og Veggeland 2011, Hofstad 2012). Planleggerne må derfor også ha kunnskap og ferdigheter innenfor nettverksbygging og konfliktløsning (Amdam, 2011).

En kan skille kompetansekrevet til planlegging i forhold til de ulike planleggingstradisjonene men dette skillet blir ofte kunstig. Som beskrevet tidligere er det argumentert for at man kan benytte seg av begge plantradisjoner. Planleggerne må derfor ha kompetanse både innenfor instrumentell og kommunikativ planlegging. Den sentrale utfordringen for planleggerne i helse- og omsorg er å skaffe seg best mulig kunnskap og omsette kunnskapen til planer (Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)). Uavhengig av planleggingstradisjon må de ha kjennskap til den sektoren de planlegger innenfor og ha ferdigheter i selve utforming av planen (Aarsæther mfl 2012, Amdam 2011). Man må inneha kompetanse i å styre prosessen i kunnskapsinnhenting og i analysen av denne kunnskapen (Amdam, 2011).

2.3 Kunnskapsbegrepet

«Planlegging er per definisjon en kunnskapsbasert virksomhet. Uten forankring i kunnskap driver vi ikke med planlegging» (Aarsæther mfl, 2012:16).

«Planlegging er underlagt et krav om handling, og planaktøren må etter beste evne gjøre kunnskapen operativ i et planfremlegg som kan gi grunnlag for å treffe fremtidsrettet valg» (Aarsæther mfl, 2011:31).

Men hva er kunnskap og hva legger vi i begrepet kunnskapsbasert? Her gjelder ikke bare den faktabaserte kunnskapen eller det vitenskapelige fundamentet i planlegging, men også den lokale erfaringskunnskapen som må ligge til grunn for utarbeidelse av helse- og omsorgsplaner.

Det er flere faser i planprosessen hvor man har behov for kunnskap. Disse er ifølge Aarsæther mfl (2011): i analysen av nåsituasjonen, i vurdering av hvilke virkemidler, i planproduksjon og i evaluering av planleggingen.

Det er umulig å operere med sikker kunnskap om fremtiden, og det vil det være utfordrende å innhente kunnskap for å få en god oversikt (Aarsæther mfl, 2011). Ulike kunnskapskilder eller former for kunnskap vil derfor være avgjørende for å skape et godt produkt.

Aadland (2011) spør om det er forskjell på fakta og erfaringsbasert kunnskap. Han stiller videre spørsmål om det er forskjell mellom kunnskap på den ene siden og erfaring på den andre siden (ibid). Satt på en annen måte stilles det spørsmål om det er forskjell mellom den kunnskapen man erverver seg gjennom en instrumentell planlegging og den kunnskapen man får gjennom kommunikativ planlegging. Aadland (2011) viser til at vi blir mer og mer presis på den faktabaserte kunnskapen, men vi må også trekke inn andre perspektiver som verdier, normer og forestillinger i kunnskapsgrunnlaget (ibid).

For å skissere kunnskapsbegrepet velger jeg å bruke den greske filosofen Aristoteles beskrivelse av forskjellige former for kunnskap. Han fremholdt at det fantes tre former for kunnskap: teoretisk (episteme), praktisk (techne) og erfaringsbasert (fronesis) (Grimen, 2008).

Episteme er den vitenskapelige kunnskapen som Grimen (2008) betegner som evig og uforanderlig kunnskap. Det er denne formen for kunnskap man vanligvis betrakter som vitenskapelig kunnskap, og som etterstreber sannhet i aller sterkeste forstand (Langergaard mfl. 2006, Aadland 2011). Denne kunnskapsformen er en upersonlig, objektiv kunnskap som vil være uavhengig av synsinger og menneskers subjektive oppfatninger. Dette er kunnskap om ting som ikke kan være annerledes (Aadland 2011, Øvreid 2009) Den instrumentelle planleggingsmodellen er basert på en slik kunnskap hvor man gjennom vitenskapelig prosesser skaper kunnskap uavhengig av omstendighetene rundt (Amdam, 2011). Forskningsbasert viten og annen målbar kunnskap, f. eks. statistikk, vil falle inn i den kategorien.

Techne er også en instrumentell kunnskap (Øvreid, 2009). Den beskriver en form for kunnskap som er knyttet til praktisk håndverk og produksjon av konkrete ting. En kunnskap man må ha for å beherske å skape et produkt (ibid). Techne kan forstås som ferdighetskunnskap hvor det handler om å vite hvordan en anvender metoder og fremgangsmåter for å nå et mål (Grimen 2008, Langergaard mfl. 2006, Øvreid, 2009). I planleggingskontekst kan en forstå techne som en kunnskap om hvordan man utfører selve planleggingsprosessen. I tillegg tolker jeg kunnskapsformen techne som en viktig kunnskapsform i forhold til å forstå hvordan man utøver selve tjenesten i helse- og

omsorgssektoren. Denne kunnskapen er viktig for å forstå tjenestens innhold og utfordringer.

Fronesis er en kunnskap som krever dømmekraft og erfaring, og kjennetegnes som handlingskunnskap (Grimen, 2008). Fronesis er en del av det enkelte menneskets virkelighetsbilde og er en erfaringsbasert kompetanse som man har lært gjennom praksis (Grimen 2008, Øvrelid 2009). Denne kunnskapen er i motsetning til episteme en foranderlig kunnskap etter som menneskets erfaringskunnskap kan endre på virkelighetsbildet (Langergaard mfl., 2006). Fronetisk kompetanse er personlig og en kompetanse man har ervervet seg gjennom erfaring. Det handler om noe mer enn kunnskaper eller ferdigheter man har lært seg gjennom formell utdanning (Øvrelid, 2009). Denne kompetansen er et resultat av det man lærer eller erfarer i dagliglivet. Den er praktisk og situasjonsnært og kan kun læres gjennom konkrete sammenhenger, og er en subjektiv kunnskap som avhenger av personen som er i situasjonen (Aadland, 2011).

Aadland (2011:284) beskriver fronesis slik: *«denne formen for kunnskap bør danne grunnlaget for samfunnsordninger og politiske beslutninger»*. Den innsikt man får gjennom denne kunnskapsformen vil være når man gir den epistemiske kunnskapen en dypere verdibasert kunnskap (ibid). Erfaringskunnskap fra politikere, ansatte, andre aktører, brukere av helse- og omsorgstjenesten og andre interessenter vil her være viktige kunnskapskilder. For å tilegne seg denne kunnskapsformen vil man fremskaffe viten gjennom dialog som den kommunikative planleggingsmodellen baseres på.

Den ene kunnskapskategorien ekskluderer ikke de andre, og de tre kunnskapsformene vil være like viktige i helse- og omsorgsplanleggingen. Hvordan man skal gjennomføre planleggingen er et eksempel på techne (ferdighetskunnskap). For å skape et godt kunnskapsgrunnlag i planverket må episteme (objektiv kunnskap) knyttes opp mot fronesis (subjektiv kunnskap) og visa versa. For å utforme tiltak i tjenesten må vi forstå tjenesten, og utelatelse av annen kunnskap enn den instrumentelle, objektive kunnskapen vil redusere muligheten for å reflektere og skape nye teorier (Aadland, 2011). Får den vitenskapelige og faktabaserte kunnskapen for dominerende rolle kan kunnskapsgrunnlaget i planen bli innsnevret og ensidig. På den andre siden vil det være viktig at den fronetiske erfaringslæren må bryne seg på den faktabaserte kunnskapen (ibid).

2.4 Kunnskapsbasert politikkutforming

«Planlegging er politikk» skriver Pløger (2002:20) og skisserer den kunnskapsbaserte planleggingen i en sammenheng med den kunnskapsbaserte politikkutformingen (ibid).

Politikkens beslutninger må baseres på kunnskap om sammenhenger mellom tiltak og effekt i mange komplekse problemstillinger som kommunen har ansvar for å løse (Kleven mfl, 2011). Planlegging og politikk er gjensidig avhengig av hverandre, men i praksis kan det oppstå ulike måter å tenke problemløsning på (Kleven, 1998). I planleggingsprosessen vil man prøve å søke å finne de optimale løsningsforslagene, mens i den politiske prosessen vil en prøve å finne mulighetsrommet (ibid).

Politikerne blir ofte påvirket av omgivelsene (Kleven 1998). Som lekfolk vil de ofte ha en problemforståelse som er mer basert på erfaring enn på empirisk kunnskap, og de vil søke etter løsninger som har bred politisk støtte. Fagfolk vil også kunne søke etter løsninger som er etablert i praksis og vil bruke et subjektiv kunnskapsgrunnlag. Fagfolkene vil ofte argumentere ut fra det en selv mener er riktig og kunnskap som de ikke oppfatter som relevant i forhold til det blir ikke tatt hensyn til. Planleggingen vil derfor møte flere virkelighetsoppfattelser som er preget av normer og verdier (ibid).

Det er tidligere i oppgaven pekt på at den instrumentelle og den kommunikative formen kan kombineres og at alle kunnskapsformer må tas i bruk når man planlegger. De to kunnskapsbaserte planleggingsformer er den objektive instrumentelle planleggingen og den subjektive kommunikative planleggingen (Irgen, 2011). Planleggingens viktige funksjon vil være å systematisere kunnskap og legge den til rette på en slik måte at politiske beslutninger og avveininger kan tas på et informert og kunnskapsbasert grunnlag (Kleven mfl., 2011). Målet er å hjelpe beslutningstakere til å ta gode informerte avgjørelser (Fossestøl, 2009).

For å se litt nærmere på kunnskapsbasert politikkutforming, kan man se dette i sammenheng med kunnskapsbasert praksis eller kunnskapsbasert medisin. Dette er en metode der praksis baseres på flere kilder, som forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Nordtvedt, 2007). Ser man dette opp mot politikken, beskriver Fretheim (2013:205) den kunnskapsbaserte politikkutformingen som: «en tilnærming til politiske beslutninger der en søker å benytte den beste, tilgjengelige forskningsbaserte kunnskapen – samtidig som det tas høyde for lokale verdier og preferanser og politisk skjønn».

Beskrivelsen viser at man søker etter det samme som kunnskapsbasert praksis bygger på. I kunnskapsbasert praksis vil helsetjenestens utøvere baserer sine handlinger på det som har dokumentert effekt (Nortvedt, 2007) Man yter helse- og omsorgstjenester basert på kunnskap som har sin forankring i brukererfaringer, de profesjonelles erfaring og resultater fra forskning. Helse- og omsorgstjenestens ansatte etterspør, finner og bruker eksisterende forskning i sin fagutøvelse og ser denne opp mot de to andre kunnskapskildene. Kunnskapskildene ses i relasjon til hverandre, og den forskningsbaserte kunnskapen vil påvirkes av ansatte og brukernes forståelse, erfaringer og verdier (ibid).

I den kunnskapsbaserte politikktutforming vil forskningsbasert kunnskap være en av flere faktorer som påvirker beslutningene. I en beslutningsprosess vil det være aktuelt å hente inn kunnskap om både omfang av og årsak til et problem, og politikktutforming må baseres på relevant kunnskap (Fretheim 2013, Malterud mfl 2016). Relevant kunnskapsgrunnlag vil være et viktig grunnlag for avgjørelser innenfor helsepolitikken, og Kleven (1998) hevder at det er bred enighet om at tilgjengelig forskningsbevis må brukes i beslutninger sammen med andre kunnskapskilder. Det er viktig å skape en bred og allmenn forståelse av hva det aktuelle problemet består i, og man må søke å få til en felles forståelse av de virkemidler som skal til. (ibid).

Malterud mfl (2016) mener likevel at det å ta metoden kunnskapsbasert praksis inn i politiske prosesser kan være utfordrende på grunn av politikkens rotete natur. Den politiske prosessen er kompleks i seg selv og forskning som gir anbefalinger til praksisfeltet kan ofte bli ignorert i slike prosesser (ibid). Politiske prosesser er ofte preget av ulike verdivalg der forskningsbasert kunnskap får liten plass (Fretheim, 2013). Politikerne kan ofte bli mer opptatt av enkeltsaker enn av den helhetlige planleggingen, og kan fort fatte vedtak som ikke nødvendigvis er basert på administrasjonens anbefalinger gjennom planverket (Kleven, 1998). Den evidensbaserte praksistilnærmingen blir av den grunn for enkel og passer ikke alltid til alle spørsmål som har relevans for politikktutforming (Malterud mfl, 2016). Når planleggingen domineres av faglig ekspertise og det blir lagt for stor vekt på vitenskapelig faktagrunnlag, kan man få manglende engasjementet hos politikerne (Kleven, 1998) Enkelte problemområder blir av den grunn ikke satt på dagorden (ibid).

Likevel har flere hevdet at forskningsbasert kunnskap bør ha sin plass i beslutningsgrunnlaget, og det vil være viktig å erkjenne forskningsbasert kunnskap som en av kildene til det kunnskapsbaserte politikktutforming (Fretheim 2013, Walshe og Rundall 2001). Alle

interessenter i helsevesenet vil ha nytte av bedre og mer kunnskapsbaserte prosesser for å gjøre riktige helsepolitiske beslutninger (Walshe og Rundall, 2001). Det objektive og vitenskapelige faktagrunnlaget sammen med et samordnet kunnskapsbidrag fra faget, andre sektorer, brukere og andre interessenter gjør at man blir i stand til å komme frem til en felles forståelse av løsningsmuligheter (ibid).

2.5 Innbygger- og brukervedvirkning i planprosesser

Selve planprosessen er regulert gjennom Plan- og bygningsloven (2008) og den er særlig opptatt av at planleggingen skal sikre åpenhet, informasjon og deltakelse. Planlovutvalgets første delutredning (NOU 2001:7 s130) definerer medvirkning slik: ” *med medvirkning menes enkeltpersoner og gruppers rett til å delta i og påvirke beslutningsprosesser. Medvirkning betyr at innbyggerne i et samfunn er med på å selv å planlegge sin framtid.* ”. Det vil si at det i planprosessen skal legges til rette for at alle som ønsker det skal ha mulighet til å delta i planprosessen (ibid).

Plan og bygningsloven § 16-1 regulerer medvirkning slik: ” *Planleggingsmyndighetene i stat, fylkeskommune og kommune skal fra et tidlig tidspunkt i planleggingsarbeidet drive en aktiv opplysningsvirksomhet overfor offentligheten om planleggingsvirksomheten etter loven. Berørte enkeltpersoner og grupper skal gis anledning til å delta aktivt i planprosessen.* ” Dette bygger på et ønske om at planlegging skal være mest mulig demokratisk der man legger til rette for at berørte og interessenter kan bli hørt.

Medvirkning betyr ikke at rollen som folkevalgt blir mindre viktig (Klausen mfl, 2013). Det vil heller virke motsatt ved at politikerne blir i bedre i stand til å utøve sin rolle. Et ansvar som ligger til det å være politiker er å fatte vedtak som er i samsvar med brukernes og innbyggernes behov og ønsker. Beslutninger om fremtidige løsninger i helse- og omsorgstjenesten vil bli bedre om man har viktig kunnskap og innspill fra innbyggerne (ibid).

Medvirkningen i planarbeidet bidrar til at man inkluderer kunnskap og erfaringer fra brukere og innbyggere som har lokalkunnskap om utfordringene i sektoren og i samfunnet. Like viktig som den instrumentelle kunnskapen, eller ekspertkunnskapen, er den erfaringsbaserte kunnskapen som folk har i sitt hverdagsliv (Healy,1997).

Med åpne prosesser i planleggingen vil det føre til at mer informasjon og kunnskap blir tilgjengelig der alle har en mulighet til å vurdere ulike argumenter og finne frem til løsninger som har felles aksept (Healy 1997, Whøni 2007). Involvering av brukere og innbyggere vil øke kvaliteten på plangrunnlaget og da på beslutninger som gjelder helse- og omsorgstjenesten, men den vil også redusere eventuelle interessekonflikter (Whøni, 2007). Inkluderende planprosesser med kommunikative dialoger skaper en gjensidig forståelse mellom innbyggere, brukere, administrasjonen og politikerne og man kan komme frem til omforente løsninger (Healy 1997, Amdam og Veggeland 2011). Den samme beskrivelsen finner vi hos Amdam og Veggeland (2011) Gode medvirkningsprosesser vil få et bedre kunnskapsgrunnlag samtidig som det gir forankring til planverket. Kommunikative dialoger som resulterer i at aktørene bifaller planen gjør at planen får større aksept i lokalsamfunnet (Amdam og Veggeland, 2011).

2.6 Samarbeid og samstyring

«Styring handler om å påvirke og endre samfunnet på en bevisst og planmessig måte»
(Røiseland og Vabo, 2012: 10).

Helse- og omsorgssektoren i den kommunale forvaltningen har gjennom historien blitt mer og mer et offentlig anliggende og sektoren er i dag hovedsakelig offentlig styrt. Selv om vi finner mange privat institusjoner er disse i stor grad regulert av det offentlige (Røiseland og Vabo, 2012).

Den kommunale offentlige styringen har i hovedsak vært preget av tre styringsformer etter krigen (Røiseland og Vabo, 2012). Offentlig administrasjon har preget samfunnsstyringen etter krigen og har vært dominerende når det kommer til styring av helse- og omsorgstjenesten. Dette styringssystemet vektlegger styring gjennom byråkratiets retningslinjer (ibid).

Rundt 1980 kom et nytt styringsregime som medførte et opphør av det offentlige administrasjonsregimet og den byråkratiske ledelsen og er kjent som New Public Management (NPM), med styringsprinsipper hentet fra det private næringsliv (Røiseland og Vabo, 2012). I denne styringsformen er det et klart skille mellom politikktutforming og administrasjon. Administrasjonens oppgave er å iverksette politikken som blir besluttet, og

enhetene får ansvar for å gjennomføre politikken på sitt område (Røiseland og Vabo 2012, Zeiner og Hanssen, 2012). NPM står for oppsplittelse i mindre og selvstendig resultatenheter (Røvik, 2007). Enhetene får sine fastlagte mål og har budsjettansvar. Oppfølging av administrasjonen skjer gjennom mål og resultatstyring (Zeiner og Hanssen, 2012). I dette regimet bestreber man raske avgjørelser og effektivitet. Lederne har økt frihet til selv å velge hvordan enheten skal drives gjennom fullmakter (Røvik, 2007).

Det nyeste styringsregime kom omkring 1990, New Public Governance eller «samstyring» som Røiseland og Vabo (2012) kaller det. Dette regimet tar ikke over for de to nevnte styringsformene, men representerer heller et supplement (Røiseland og Vabo, 2012). Bakgrunnen for innføring av samstyring er at sektorer og tjenesteutøvingen er blitt mer og mer fragmenterte, og i tillegg er de offentlige virksomhetene blitt mer og mer komplekse (Røiseland og Vabo, 2012). Den store og komplekse helse- og omsorgssektoren kan ikke lenger ses separat fra andre sektorer eller aktører i kommunen. Når NPM står for oppdeling av sektorer for å gjøre den enkelte deloppgave mer håndterbar ser man at dette har gitt utfordringer i å ha et helhetsperspektiv (Jacobsen, 2012). Tiltak griper lett inn i hverandre og det som besluttes og gjennomføres i en sektor kan ha betydning for andre sektorer (Røiseland og Vabo, 2012). Nye komplekse og kompliserte styringsoppgaver har forsterket behovet for samordning mellom ulike aktører (Zeiner og Hanssen, 2012).

Samstyring er en ideologi der man mener at komplekse problemer løses best gjennom en helhetlig styring der berørte aktører samarbeider (Røiseland og Vabo 2012, Zeiner og Hanssen 2012). Koordineringsbehovet som kom etter NPM har betydd at man nå ser på behovet for helhetlig styring mellom ulike typer offentlige organisasjoner og andre berørte aktører (Røiseland og Vabo, 2012). Samarbeid mellom de ulike aktørene bidrar at flere stemmer blir hørt og at prosessene blir mer effektiv gjennom at aktørene samles og gjennomfører vedtakene med sine ressurser (Zeiner og Hanssen, 2012). Ved å kommunisere og samarbeide om planene får man en økt bevissthet om helheten, hvordan deloppgaver henger sammen og man får en felles forståelse av utfordringene i kommunen (Jacobsen, 2012). De ulike aktørenes oppslutning om planen sikrer da gjennomføring av tiltak (Zeiner og Hanssen, 2012).

Dette bringer oss tilbake til den demokratiske kommunikative planleggingen, hvor man beveger seg fra en ekspertbasert styring ovenfra til å være mer inkluderende. Man inkluderer flere aktører til å komme med sin kunnskap og innspill til planene som utarbeides. Man sikrer

en kunnskapsbredde samtidig som man skaper en felles forståelse av utfordringene, og man blir enig om gjennomføring av løsninger til det beste for sektoren og for brukerne.

2.7 Kapasitetsbyggende og legitimerende planarbeid

Aarsæther mfl (2011) viser til Friedmann (1987) som sier at planlegging handler om å knytte kunnskap til handling. Kunnskapsgrunnlaget som Friedmann (1987) viser til vil være avhengig av samarbeid for å få tilgang til et bredt kunnskapsgrunnlag. Helse- og omsorgstjenesten er som sagt avhengig av flere aktører for å gjennomføre planer og den instrumentelle modellen vil ikke ivareta andre aktører, ansatte og innbyggere sitt syn. Ekspertdominansen som denne modellen representerer kan fort føre til passivering (Aarsæther mfl, 2011). Planene får liten legitimitet og blir dårlig forankret hos de som skal gjennomføre planene (Aarsæther mfl 2011, Amdam 2011, Amdam og Veggeland 2011).

Planlegging bør derfor stimulere til kapasitetsbygging som vil gjøre helse- og omsorgsplanen bedre skikket til å møte utfordringer (Amdam, 2011). Denne kapasitetsbyggende planleggingen er basert på et samarbeid mellom flere aktører. Healy (1998) argumenterer for at samarbeidende planlegging bidrar til å bygge en institusjonell kapasitet i samfunnet. Det vil si den samlede kompetansen innbyggere og samarbeidsaktører har i kommunikative prosesser som påvirker utviklingen i samfunnet i riktig retning (Healey mfl, 1999). Institusjonell kapasitet er de nettverkene og relasjonene som er involvert i utviklingsprosesser som planmyndighet, privat sektor, frivilligheten og andre interessenter (ibid). Det vil si at flere uavhengige aktører samarbeider her mot samme mål.

Healey beskriver faktorer som må være tilstede i en slik prosess for øke kapasiteten for hele samfunnet i endringsprosesser slik at den gir resultater (Amdam og Veggeland 2012, Healey mfl 1999). Healey (1998) bruker begreper som relasjonsressurser, kunnskapsressurser og mobiliseringsevne. Disse tre begrepene utgjør til sammen den institusjonelle kapasiteten som samarbeidende planlegging bidrar til å bygge opp. Med å øke relasjonsressursen og kunnskapsressursen oppnår man institusjonell kapasitetsbygging som påvirker mobiliseringsevnen. Kunnskapsressursen og relasjonsressursen settes da i bevegelse gjennom mobiliseringsressursen (ibid).

For å se nærmere på de tre begrepene så kan man omtale kunnskapsressursen som kunnskap som kommunen har, og herunder inkluderes flere kunnskapsformer som episteme, techne og fronesis (se kapitel 2.2). Innenfor denne ressursen fremhever Healey mfl (1999) viktigheten med å ha et bredt kunnskapsgrunnlag fra flere aktører og interessenter, hvor man utvikler en felles forståelse gjennom bevisst refleksjon. (Amdam 2005, Amdam 2011, Amdam og Veggeland 2012).

Relasjonsressursen forstås som omfanget av aktører som er i en planprosess og hvilken relasjon de har til hverandre. Healey mfl (1999) skisserer at man må skape et samarbeid med flere aktører som er knyttet til relevante nettverk. Nettverkene må også ha tilstrekkelig samarbeid seg imellom og skape tette bånd (Amdam 2005, Amdam 2011, Amdam og Veggeland, 2012).

Aktivering av kunnskaps- og relasjonsressurser i plan- og utviklingsarbeidet må skje gjennom aktiv mobilisering (Healy mfl, 1999). Mobiliseringsevnen kan forstås som kommunens ressurser til å mobilisere og skape engasjement i planprosesser (ibid). For å få slike mobiliseringsprosesser skisserer Healy mfl (1999) fire suksesskriterier. For det første må man være enige om de beste mulighetene. For det andre må man ha evne til å identifisere nøkkelressurser og hvor makten ligger som kan bidra til å gjøre endringer. For det tredje må man ha kapasitet til strategisk handling. Det siste handler om tilgang til gode endringsagenter i kommunen (Amdam 2011, Amdam og Veggeland, 2012).

Kunnskapsproduksjon i planlegging er oppgavens hovedtema. Felles kunnskapsgrunnlag for å mobilisere og handle er viktige bidrag i teorien til Healey. Den samlede kunnskapen som skapes i en slik prosess er viktig ressurs i utviklingsprosesser (Healey mfl, 1999). Aktørene samler kunnskap og handling som gir mening for dem, og en slik meningsdannelseprosess med bred deltakelse forutsetter en likevekt mellom partene slik at alles mening er like mye verdt (Aarsæther mfl, 2012). Kunnskapen blir da noe som er sosialt konstruert mellom flere samarbeidsaktører (Healy mfl. 1999). Det er ikke nok at kunnskapsressursen er tilstede i samfunnet, den må aktivt mobiliseres for å bygge opp bredest mulig kunnskap om tjenesten og den kapasitetsbyggende prosessen vil gjøre planleggingen bedre i stand til å møte utfordringer frem i tid for helse- og omsorgstjenesten (Healey mfl 1999, Amdam 2011, Aarsæther mfl, 2012).

3 Metode og gjennomføring

3.1 Vitenskapelig forankring

«Å forske kvalitativt innebærer å forstå deltakernes perspektiv ... hensikten er å få tak i den opplevelsen eller erfaringen som mennesker har når det gjelder fenomenet (Postholm, 2010:17).

I samfunnsforskningen finnes mange teorier som representerer ulike verdenssyn. Kognitivismen, konstruktivisme og positivisme er eksempel på slike teorier om hvordan man ser på verden og hvordan man kommer frem til ny kunnskap (Postholm, 2010).

Positivismen betraktes som empirisk tilnærming og er positiv i den forstand at en er opptatt av det som en har mulighet til å erfare (Postholm 2010, Langergaard mfl 2006). I denne vitenskapelige retningen ser man bort fra den subjektive fortolkningen og man ser på sannheten som objektiv og verdinøytral (Langergaard mfl, 2006). Kognitivismen står for kunnskap som mennesket tolker ut fra påvirkning utenfra, som for eksempel det man får av lærdom når man studerer (Postholm, 2010). *«Kunnskap er sett på som ikke-materiell. Det vi vet og kan, eksisterer som refleksjoner eller bilder av verden i vårt intellekt»* (Postholm, 2010:21). De to retningene oppfattes som ulike, men de har en ting til felles, og det er at begge retningene har en oppfattelse av at mennesket ikke selv skaper kunnskapen som blir til vår virkelighetsforståelse (Postholm, 2010).

Jeg har gjennom mitt prosjektarbeid (beskrevet i kapitel 1.3) arbeidet mye innenfor det naturvitenskapelige paradigmet der blant annet positivismen har sin forankring. I starten av prosjektet arbeidet jeg med ulike statistiske beregninger, noe som dannet utgangspunkt for min forståelse av den kunnskapsbaserte planleggingen i helse- og omsorgstjenesten. Tidlig i prosjektperioden forsto jeg at såkalte objektive sannheter som blant annet statistikk, ble tolket på ulikt vis, noe som var med og forandret mitt syn på statistikk som kun objektiv sannhet. Jeg forsto da at også faktabasert kunnskap ble tolket og analysert i en konstruksjon mellom planleggerens egne opplevelser og gjennom dialog med samarbeidsaktører og andre interessenter.

Dette danner utgangspunktet for at min vitenskapsteoretiske forankring. Studien er basert på et konstruktivistisk perspektiv, og herunder et sosialkonstruktivistisk syn. Kunnskapen skapes gjennom en konstruksjon av forståelse og mening skapt i den sosiale samhandlingen mellom mennesker (Postholm, 2010). Jacobsen (2015) beskriver at det vil være en forskjell når man studerer fysiske ting og når man studerer samfunnsskapt fenomen. Vitenskapsteoretisk vil konstruktivismen være motpolen til realismen, som mener at virkeligheten er en objektiv realitet som eksisterer uavhengig av vår erkjennelse av den (Jacobsen, 2015). Å studere mennesker eller sosiale systemer som er i kontinuerlig utvikling gjør det vanskelig å snakke om objektiv virkelighet. Forskningen må ta utgangspunkt i hvordan mennesker fortolker. En må fokusere på hvordan mennesker fungerer i ulike sammenhenger og man må sette seg inn i de andres situasjon og la de snakke med egne ord (ibid).

Egne ord eller språket er sosialkonstruktivismens forutsetning for å utvikle kunnskap. Postholm (2010) beskriver at det er gjennom samhandling med andre og i samtale med hverandre man skaper en virkelighetsforståelse, noe som blir produsert i den sosiale samhandlingen, der språket er en forutsetning for å fortelle hverandre hva vi tenker (Aadland, 2011). Virkelighetsforståelsen vil da være en erkjennelse av det som blir sagt og vil være basert på vår fortolkning (Aadland 2011, Fuglsang og Olsen 2004). Denne fortolkningen vil igjen preges av hva vi har med oss av erfaringer og verdier samt hvilken sosial kontekst vi befinner oss i (Aadland, 2011). For å gi et eksempel på dette kan en si at helse- og omsorgstjenesten er skapt og bygd av forslag, ideer og idealer gjennom de siste hundre år, og det er skapt gjennom en interaksjon mellom flere representanter. Deres kunnskap er blitt kommunisert og man har etablert en felles oppfatning om hvordan tjenesten skulle utvikle seg, en oppfatning som er skapt gjennom sosial interaksjon mellom flere interessenter (Aadland, 2011).

Det eksisterer ulike retninger innenfor sosialkonstruktivismen. Kort fortalt aksepterer de moderate utgavene av sosialkonstruktivisme at virkeligheten (objektivt) finnes, mens den sosiale virkeligheten mennesket oppfatter er utformet gjennom sosiale prosesser. De mer radikale utgavene hevder at det finnes ingen virkelighet utenfor det sosiale skapte som man får gjennom språket (Aadland, 2011). Aadland beskriver (2011) at felles for alle retninger innenfor sosialkonstruktivismen er at de er interessert i hvordan virkeligheten oppstår og etablerer seg i en sosial kontekst. Jeg forholder meg til den moderate utgaven av sosialkonstruktivismen fordi jeg mener det er naturlig å erkjenne den objektive virkeligheten i

form av antall og størrelser, men når vi skal kunnskapsbasere helse- og omsorgsplanene vil vi også være avhengig av andre perspektiver og meninger.

Denne oppgaven legger derfor vekt på informantenes perspektiv der de er, i deres settinger og kontekst. Studien tar altså utgangspunkt i informantenes hverdagshandlinger i deres omgivelser (Postholm, 2010). Den kvalitative tilnærmingen innebærer et nært samspill mellom meg som forsker og mine informanter. Jeg har tro på at kunnskapen og forståelsen blir skapt i en sosial interaksjon mellom informantene og meg (Postholm, 2010). Ut fra et konstruktivistisk ståsted vil oppmerksomheten på språket være viktig i produksjonen av kunnskap, og samtidig en erkjennelse av at erfaringene som blir presentert ikke er nøytrale. Utgangspunktet for oppgaven er derfor informantenes opplevelse av tema.

3.1.1 Egen forforståelse

Min forforståelse for temaet kunnskapsbasert planlegging i helse- og omsorgstjenesten knytter seg til mitt arbeid i prosjektet som er beskrevet i kapittel 1. Det overordnede prosjektmålet var å gjøre kunnskap lett tilgjengelig for planleggingen av morgendagens helse- og omsorgstjeneste. Jeg har ledet dette prosjektet i fem år og har gjennom denne perioden hatt mange kommunedialoger. Dette har gitt meg en del erfaring om hvordan kommuner kunnskapsbaserer sin planlegging i helse- og omsorgstjenesten, og vi har under veis drøftet flere faktorer som kanskje har medvirket til om de har lyktes eller ikke. Dette var bakgrunnen til at jeg ønsket å studere temaet mer inngående.

Egen erfaring kan være positivt når man skal forske på et tema, bl.a. fordi man kjenner de praktiske sidene av temaet (Krumsvik, 2014). Jeg har imidlertid ingen egne praktiske planleggingserfaringer fra en kommune, og tidligere erfaringer er basert på innspill fra kommunene gjennom prosjektperioden, i tillegg til at jeg har lest teori. Men jeg kjenner temaet såpass godt at det vil hjelpe meg til å få frem ulike perspektiver gjennom samtalene med informantene. Erfaringen som mine informanter vil dele i denne studien vil gi meg kunnskap om deres subjektive meninger om temaet.

Dialogen med helse- og omsorgsledere i prosjektperioden har gitt meg en forforståelse av at planlegging av sektoren oppleves som kompleks og krevende og at det mangler kapasitet og kompetanse til å gjennomføre oppgaven. I tillegg er det blitt presentert utfordringer i å lage

sammenhengende planer i et tverrsektorielt samarbeid. Dette danner grunnlaget for min forforståelse.

Det har vært viktig for meg å være bevisst min forforståelse i arbeidet med denne studien. Valg av analysemetode var basert på at mine forforståelse ikke skal få for dominerende rolle. Men basert på et sosialkonstruktivistisk ståsted mener jeg det vil være vanskelig å oppnå en helt objektiv forståelse av informantenes meninger gjennom min tolkning av deres svar. Det som var viktig for meg i denne studien var å unngå å farge informantenes meninger basert på egne erfaringer. Målet var å få innsikt i den forståelsen de hadde av problemstillingen.

Mine analyser har utviklet seg i et samspill med det mine informanter har informert meg om og mine egne erfaringer. Mine erfaringer fra prosjektet var derfor et viktig grunnlag i drøftingen av de funn som blir presentert. Mye av det som jeg har erfart gjennom kommunedialogen har vist seg å stemme overens med det som denne studien presenterer. Men gjennom den kvalitative metoden har jeg avdekt flere underkategorier som har gitt meg nye perspektiver og som har tilført ny kunnskap.

3.2 Metode

For å få riktig tolkning av funnene i studien har det vært essensielt at jeg har kunnet nærme meg temaet så åpent som mulig. Metoden som er valgt er en induktiv kvalitativ metode, der jeg har søkt å få frem kunnskap gjennom kvalitative intervju. Selv om jeg har valgt intervju én etter én, har jeg hatt en helhetlig tilnærming der jeg har undersøkt tema i den sammenhengen eller konteksten de inngår i.

Analysen består i å utvikle kategorier ut av det transkriberte materialet basert på Grounded theory (Postholm, 2010). Grounded theory er induktiv, noe som innebærer at forskeren prøver å se bort fra sine subjektive teorier og lar det innhentede datamaterialet tale for seg selv (Postholm, 2010). Jeg som forsker skal søke å legge bort egne perspektiver, prøve å se bort fra egne perspektiver, og la teorien utvikles på grunnlag av materialet. Min forforståelse eller leste teorier skal i minst mulig grad påvirke resultatet (ibid).

Til tross for en slik tilnærming vil jeg ikke helt greie å unngå å være påvirket av egne oppfatninger og leste teorier. Selv med grounded theory som metode vil nok mine egne subjektive og individuelle betraktninger være med i forskningen, men fremgangsmåten vil

kunne hjelpe meg til å bli bevisst på mine egne fordommer og synspunkter angående temaet. Jeg mener derfor at denne metoden vil hjelpe meg å møte datamaterialet med så åpent sinn som mulig (Postholm, 2010)

I tillegg har valget av kvalitativ metode vært basert på et ønske om å få en dypere forståelse av problemstillingen, noe som ikke ville være lett ved bruk av kvantitativ metode (Malterud, 2011). Jeg ønsket å søke etter et mer nyansert bilde av problemstillingen med å forske på helse- og omsorgsledernes erfaringer og opplevelser innen temaet. Jeg ønsket å få fram erfaringer som de hadde med å kunnskapsbasere helse- og omsorgsplaner i sin kommune. Ved hjelp av den kvalitative metoden ønsket jeg å se problemstillingen fra helse- og omsorgsledernes side og høre deres erfaringer og opplevelser av temaet. Jeg ønsket å få tak i både deres vurderinger, tenkning, viten og handlinger (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.3 Valg av kommuner og informanter

Ut fra min problemstilling fant jeg det mest hensiktsmessig å intervju helse- og omsorgsledere i det høyeste ledernivå i kommunen. Jeg valgte kommuner som var piloter i prosjektet «Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten», fordi jeg hadde en forventning om at lederne i disse kommunene hadde en god kunnskap om temaet jeg skulle forske på.

Jeg kontaktet de åtte kommunenes rådmenn via telefon hvor jeg fortalte om formålet med studien. Jeg ba fortrinnsvis om å få intervju ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten og som hadde vært med på utforming av helse- og omsorgsplanen i kommunen. I etterkant sendte jeg en mail med informasjon om studien. Alle rådmennene var positive til deltakelse i undersøkelsen. De ga meg navn på de informantene som de mente var best egnet å intervju for å få kunnskap om temaet for denne studien. De utvalgte informantene ble først kontaktet per telefon. Deretter fikk de ytterligere informasjon om studien, og et samtykkeskjema for å delta ble tilsendt per mail.

Jeg fikk i mitt utvalg åtte informanter fra åtte kommuner som har valgt forskjellige måter å organisere seg på. Fem av informantene var kommunalsjefer i en tre-nivåmodell, der rådmannen er på toppen med kommunalsjefer plassert i nivået under og de tjenesteytende

enhetene under der igjen. Kommunalsjef helse- og omsorg er nærmeste leder for sine driftsledere.

Tre av informantene var helse- og omsorgssjefer i en to-nivåmodell, hvor det går en direkte linje fra rådmannen til den enkelte driftsenhet.

Informantene kom fra kommuner med ulik størrelse. Fem av informantene kom fra kommuner med en befolkning på 1.000-5.000 innbyggere og tre informanter kom fra kommuner med 10.000 – 20.000 innbyggere. Tre av informantene som var organisert i tre-ledernivåmodellen var fra større kommuner, mens to kom fra mindre kommuner. Alle informanter fra to-ledernivået var fra små kommuner.

To av de åtte helse- og omsorgslederne var forholdsvis nyansatte i sine stillinger, noe som påvirket svarene om kommunens organisering rundt planarbeid. En av de to lederne hadde likevel god kunnskap om kommunal planlegging gjennom tidligere erfaring.

3.4 Intervju

Data ble samlet ved hjelp av kvalitative, semistrukturerte forskningsintervjuer. Intervjuene ble gjennomført med en intervjuguide som hadde bestemte åpne tema. Semistrukturerte intervjuer er hensiktsmessige når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2009). Det semistrukturerte intervjuet ligger nært opp mot en samtale, med verken åpen eller lukket spørsmålsskjema som verktøy. En intervjuguide fungerer her mer som en huskeliste for hvilke tema man skal dekke gjennom samtalen (ibid). De fleste intervjuene ble gjennomført på kontoret til helse- og omsorgslederne, men av praktiske grunner ble to av intervjuene gjennomført via telefon. Telefonintervjuene ble et greit alternativ som fungerte godt.

Jeg startet alle intervjuene med å informere om min studie, om anonymitet og retten til å trekke seg hvis de følte for det underveis. Jeg hadde i forkant reflektert rundt roller, makt og påvirkning i intervjusituasjonene, og var oppmerksom på at mitt arbeidssted og min rolle kunne påvirke resultatet av intervjuet. Jeg ba om at min posisjon gjennom mitt arbeid ikke skulle styre svarene fra informantene. De fleste av informantene hadde også selv skrevet masteroppgaver. De kjente til forskjellen mellom min rolle som forsker og min rolle i mitt arbeid. Vi hadde derfor en gjennomgang av denne problemstillingen i intervjuet.

Intervjuguiden ble bare et hjelpemiddel i samtalen med informantene, ettersom at de fleste hadde utfyllende svar som gikk inn i flere av mine spørsmål. I det første intervjuet var jeg nok litt bundet til intervjuguiden, men etter hvert forholdt jeg meg relativt fritt til intervjuguiden. Jeg tok opp intervjuene på lydfil med tillatelse fra de som ble intervjuet. Intervjuene varte fra ca. 40 til 90 minutter. I intervjuene fikk jeg muligheten til å stille oppfølgende spørsmål der jeg følte behov for det.

Stemningen under intervjuene var preget av en trygg og avslappet atmosfære, med verbale, fokuserte og reflekterte informanter som var lett å få i tale. Intervjuene hadde sekvenser med mye tale, men også refleksjon og pauser. Jeg grep fatt i de historiene og erfaringene de kom med, og gikk også tilbake til hva de hadde sagt tidligere for å sjekke ut eventuelle sammenhenger. På den måten fikk jeg undersøkt om jeg hadde forstått det de sa, og kunne reflektere sammen med informantene om mulige sammenhenger i historiene. Når jeg var ferdig med alle spørsmålene lot jeg ordet være fritt og spurte om det var mer de ønsket å tilføye. Det var flere som benyttet muligheten til å utdype flere av de spørsmålene som var gjennomgått tidligere i intervjuet.

3.5 Bearbeiding og analyse

Alle intervjuene ble transkribert fra lydfilen, og hvert intervju kom til å utgjøre mellom 16 og 27 A4-sider. Transkriberingen ble utført av meg selv, og jeg transkriberte ord for ord, men sløyfet stedsnavn og andre identifiserbare opplysninger. Gjennom transkriberingen redigerte jeg i noen grad teksten fra et muntlig språk til skriftlig tekst. Jeg har valgt å gjengi uttalelsene på en mer sammenhengende måte og utelatt gjentakelser av ord, sukk, og uttrykk som ”eh”, ”hm” og lignende. Jeg omformulerte i tillegg enkelte setninger for å gi flyt i språket. Prosessen med å lese over og transkribere gjorde at jeg ble godt kjent med stoffet.

For å sikre at meningen i intervjuene ble riktig gjengitt slik jeg oppfattet de, sendte jeg det transkriberte materialet til informantene for gjennomlesning. Informantene hadde da mulighet til å komme med innspill på materialet som jeg har fått skriftlig nedtegnet. Ingen korrigerende tilbakemeldinger kom fra informantene.

Analysemetoden som er brukt i denne oppgaven er basert på Grounded theory. Den kvalitative metoden er utviklet av forskerne Glaser og Strauss i 1960-årene og ble utviklet

som en motvekt til den kvantitative måten å se verden på (Glaser og Strauss, 1967). Glaser og Strauss ønsket å flytte fokus fra å teste ut en forhåndsbestemt teori til å fremstille teori ut fra datamaterialet (Krumsvik, 2014). Grounded theory er en induktiv metode som baserer seg på at man med så fordomsfrie øyne som mulig lar datamaterialet tale for seg selv og lar nye teorier utvikle seg (Aadland 2004, Krumsvik 2014). Metoden er basert på at man utvikler kategorier gjennom grundige refleksjoner av materialet (Krumsvik, 2014). Man vil utføre løpende sammenligninger i flere steg med flytende overganger. Man samler inn data, koder og analyserer og disse stegene vil gå hånd i hånd (ibid).

Metoden i Grounded theory baserer seg på tre faser:

Fase 1 – åpen koding

Første fase handler om å lete etter og sette navn på kategorier (Glaser og Strauss, 1967). Alle intervjuene ble lest og avsnitt ble kodet med ulike begrep. Jeg gikk gjennom intervjuene flere ganger for å sikre meg at det ikke fantes flere variasjoner. Når de ulike egenartene ble identifisert i datamaterialet kunne jeg begynne å gruppere begrepene. Målet her er å gi kategorier navn som beskriver fenomenet ved å stille spørsmål om datamaterialet gir uttrykk for (Glaser og Strauss, 1967). Dette arbeidet er ifølge Postholm (2010) nødvendig for å redusere antall enheter som jeg skulle jobbe videre med under neste fase i analyseprosessen. Jeg oppdaget fort at det ble mange begreper som ble identifisert i datamaterialet og arbeidet med gruppering av begrepene gjorde at datamaterialet ble mer håndterlig og begripelig.

Fase 2 aksial koding

Neste fase i metoden er det som kalles aksial koding hvor målet er å spesifisere og bearbeide kategoriene (Postholm, 2010). Etter å laget en matrise med forskjellige grupperingene så jeg på om det fantes fellesnevner eller sammenhenger mellom de ulike gruppene. Dette ble gjort for å få mer presise og fullstendige forklaringer på de de ulike kategoriene (Postholm, 2010). Målet er å finne kjerne kategorier der man ser på om de ulike grupperingene kan relateres til hverandre (ibid). Jeg utforsket forholdet mellom kategoriene og søkte etter å lage forbindelser for å se etter årsaksforhold og sentrale fenomen. Jeg så etter bekræftelser på utsagn og mulige unntak. Etter hvert som jeg gikk dypere ned i datamaterialet oppdaget jeg at de ulike

kategoriene hang sammen som igjen førte til at det ble gjort noen endringer i underkategoriene. I løpet av denne prosessen vekslet jeg mye mellom fase en og fase to i analysen.

Fase 3 – selektiv koding

I den siste fasen av analysen består arbeidet i å identifisere kjerne kategorier som kan relateres til de underkategoriene (Postholm, 2010). Denne fasen handler om å sy sammen de ulike kategoriene til en helhetlig fortelling (Glaser og Strauss, 1967). Jeg så først på hovedtrekkene i intervjuene og kom frem til tre kjerne kategorier som kunne svare på problemstillingen til oppgaven. Jeg har gjennom intervjuene forsøkt å lete etter oppfatninger og synspunkter på hva som hemmer eller fremmer kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging. Kategoriene representerer innholdet i informantenes oppfatninger av hvilke muligheter kommunene har for å kunne oppnå kunnskapsbaserte planer i helse- og omsorg. Kjerne kategoriene som kom frem av materialet er:

- Nødvendig kapasitet og kompetanse
- Mangfoldig kunnskapsgrunnlag
- Forankring og involvering

Tabell 1: Oversikt over kategorier og tilhørende underkategorier:

Kategori	Nødvendig kapasitet og kompetanse	Mangfoldig kunnskapsgrunnlag	Forankring og involvering
Underkategori	Kapasitet til å utføre helse- og omsorgsplanlegging	Kunnskapsgrunnlag fra flere kilder	Helse- og omsorgsleders fokus og rolle
	Avstand fra driftsoppgaver	Faktabasert kunnskap	Involvering av ansatte
	Statlige krav og forventninger	Erfaringsbasert kunnskap	Tverrsektorielt samarbeid
	Kompetanse i planlegging av helse- og omsorg		Brukerdeltakelse
			Politisk deltakelse
			Utforming av helse- og omsorgsplan

3.6 Etikk

Innsamling av data gjennom forskningsintervjuer innebærer flere etiske problemstillinger, og det er vanlig å dele i tre. Selve forskningsprosessen, personvernet og bruken av forskningsresultatene (Kvale og Brinkman 2010, Ringdal 2001)

Jeg har tilstrebet at den informasjonen som intervjuobjektene har gitt meg blir behandlet slik at den blir presentert så sannferdig som mulig. Identiteten av deltakerne og kommunene er anonymisert slik at personnavn og kommunenavn er utelatt.

Det at jeg kjente mine informanter gjennom mitt arbeid som prosjektleder kan representere en utfordring i at de fortalte mer enn det de selv ønsket før intervjuet. Jeg forsikret alle mine informanter om at datainnsamlingen hadde kun forskningsformål og informasjonen ikke ville bli brukt i andre sammenhenger. Det transkriberte materialet ble sendt til informantene slik at de kunne lese gjennom og kommentere datamaterialet før det ble analysert. Ingen informasjon som blir brukt ved analysene eller ved presentasjon av resultatene vil kunne kobles til intervjuobjektene som person, og lydopptak ble slettet etter studiens slutt.

Underveis i forskningsprosessen ble det avklart at deltakelsen er basert på frivillighet, og gjennomføring var i tråd helse- og omsorgslederens ønsker for tid og sted. Dette for at belastningen ved å la seg intervjuet skulle bli så liten som mulig. I forkant av intervjuet hadde alle informantene mottatt samtykkeerklæring og beskrivelse av prosjektet, men jeg valgte likevel å gjenta disse før intervjuet for å forsikre meg at alle hadde oppfattet studiens formål og frivillighet knyttet til deltakelse. Alle informantene ble informert om at de til enhver tid hadde mulighet for å trekke tilbake sin deltakelse uten å måtte gi en begrunnelse.

I forkant av studien var det søkt godkjenning for gjennomføring hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). Prosjektet ble godkjent av NSD og gjennomført i tråd med deres retningslinjer og de rammer som ligger til grunn for deres godkjennelse.

4 Resultater/funn

4.1 Planprosessene

Innledningsvis i intervjuene beskrev informantene planprosessene i sine kommuner.

Arbeidet med kommunens planer ble ofte knyttet opp mot kommunenes strategiske ledergruppe bestående av rådmann og sektorledere. Strategisk ledergruppe hadde det overordnede ansvaret for kommunens planlegging. Strategisk ledergruppe skulle også sørge for koordinering og sammenfatningen av samfunnsplanen før den gikk til politisk behandling.

Ansvaret for helse- og omsorgsplanen ble stort sett delegert til kommunalsjef/helse- og omsorgssjef som hadde myndighet til å designe planprosessen innenfor sektoren. De fleste informanter oppga at ansvaret for arbeidet med innhenting, analysering og implementering av kunnskap i helse- og omsorgsplanene lå hos de som ledere. Med et unntak ble det beskrevet at ivaretagelse av denne oppgaven var opp til den enkelte sektorleder. I den kommunen som skilte seg ut som et unntak ble det oppgitt at det eksisterte overordnede kommunale retningslinjer hvordan planprosessen skulle ivaretas.

Kommunalsjef/helse- og omsorgssjef organiserte stort sett sitt planarbeid gjennom sektorens lederteam bestående av enhetsledere og virksomhetsledere. Hvordan man tilnærmet seg planoppgaven i lederteamet ble oppgitt noe ulikt. De fleste brukte lederteamet til kunnskapsutveksling, drøfting av ideer og retningsvalg. Mens enkelte informanter oppgav at de brukte lederteamet sitt til å informere om de valg og planbeslutninger som var foretatt i strategisk ledergruppe. Den enkelte enhetsleder/virksomhetsleder hadde ansvar for å formidle innholdet i planen videre ned i organisasjonen.

De to største kommunene oppga at de hadde egen utviklingsstab som ble brukt som analyseressurs og prosessveileder i arbeidet med planen, mens de minste kommunene ikke hadde denne ressursen.

7 av 8 informanter oppgav at kommunene hadde egne sektorplaner for helse- og omsorg, men det var ulike oppfatninger om hvorvidt helse- og omsorgsplanen hadde en sammenheng med det helhetlige planverket i kommunen. Enkelte informanter hevdet at de hadde gode prosesser hvor man klarte å få en sammenheng mellom alle planene i kommunen. De mente at kommunen hadde laget seg klare prinsipper eller verdivalg som hovedtema i alle planene, og

på den måten lyktes de å skape en sammenheng mellom planene. Andre informanter oppga at sektorplanen ikke var forankret i den overordnede samfunnsplanen. De opplevde at samfunnsdelen og arealdelen og sektorplaner levde sine egne liv i kommunene, og det ble oppgitt at det eksisterte mange sektorplaner innenfor mange områder. Mange av disse var i tillegg utdaterte, og det ble oppgitt at en hadde et ønske om å revidere og forenkle planene slik at man fikk en helhetlig behandling av alle planer i kommunen. Hvordan denne forenklingen skulle gjøres ble ikke beskrevet.

4.2 Hemmende og fremmende faktorer

I analysen av datamaterialet fant jeg tre viktige faktorer som hemmer og fremmer kunnskapsbasert planlegging:

Den første faktoren som blir presentert er «Nødvendig kapasitet og kompetanse». Denne faktoren fikk under bearbeidelsen av datamaterialet fire underkategorier. Kapasitet til planleggingsoppgaven, å ha avstand fra driftsoppgaver, statlige krav og forventninger og kompetanse i planleggingsoppgaven.

Den neste faktoren er «Mangfoldig kunnskapsgrunnlag» som under bearbeidelsen fikk tre underkategorier. Et kunnskapsgrunnlag fra flere kilder, faktabasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap.

Siste faktoren som presenteres er «Forankring og involvering». Denne fikk seks underkategorier. Helse- og omsorgsleders fokus og rolle, involvering av ansatte, tverrsektorielt samarbeid, brukerdeltakelse, politisk deltakelse og utforming av helse- og omsorgsplan.

4.2.1 Nødvendig kapasitet og kompetanse

Kapasitet til å utføre helse- og omsorgsplanlegging

En faktor som kom tydelig frem under intervjuene var kapasitet til å jobbe med innhentning, analysering og implementering av kunnskap i helse- og omsorgsplanene. Det å ha nok tid til å jobbe med strategi og planprosesser ble beskrevet som avgjørende for kvaliteten på helse- og omsorgsplanen. Opplevelsen av en omfattende og ressurskrevende planprosess innenfor helse- og omsorgstjenesten representerte ofte en utfordring i forhold til å finne tid og rom til oppgaven.

Det ble oppgitt noe ulikt om hvor mye tid den enkelte helse- og omsorgsleder avsatte til å jobbe med planoppgaver. Dette hadde en sammenheng med hvor øverste helse- og omsorgsleder var plassert i kommuneorganisasjonen. Informanter fra kommuner som hadde organisert helse- og omsorg med øverst ansvarlig leder i en tre-nivå-modell, beskrev at de brukte mye tid til å arbeide med strategier og planleggingsoppgaver. Informanter fra kommuner som hadde organisert øverste helse- og omsorgsleder i en to-leder-nivå-modell beskrev utfordringer med å sette av nok tid til gjennomføring av oppgaven. Det å jobbe med planlegging kom ofte i skvis med den daglig driften.

En informant fra en to-leder-nivå modell beskriver det slik: «Jobber alt for lite med dette fordi at man havner litt for mye i fokus på daglig drift. Fordi at det har mye i forhold til det med personal og den biten der. Så det blir for lite tid til å holde på med slike ting. Så det er en utfordring.».

En informant fortalte at en av konsekvensene av manglende tid til oppgaven resulterte i at man enkelte ganger tydde til snarveier. Tekst fra nasjonale rapporter og styringssignal ble kopiert inn i planverket og den lokale kunnskapen ble derfor ikke hensyntatt som plangrunnlag.

Flere informanter pekte også på kapasitetsutfordringer i forhold til evaluering av helse- og omsorgsplanen. De fleste planprosesser ble presentert som en arbeidsoppgave som ble gjennomført i et begrenset tidsrom. Enkelte kommuner organiserte planarbeidet i en arbeidsprosess i sektorens ledergruppe, mens andre prosjektorganiserte helse- og omsorgsplanleggingen. I den prosjektorganiserte planleggingen ble det ansatt egen

prosjektleder til å ivareta oppgaven. Når planene skulle evalueres og revideres kom kapasitetsutfordringen til syne. Informantene oppgav at det ikke var avsatt nok tid til å evaluere planverket og dette kunne lett føre til at helse- og omsorgsplanene ble utdaterte.

En informant beskrev det slik: «...*det kan være litt vanskelig dette med nok ressurser. F.eks. bare for å være litt konkret da når vi skulle skrive demensplanen. Så måtte vi jo plukke ut noen resurspersoner til å jobbe med det(...)da vet vi jo at sånne prosesser tar tid(...) og det som vi ser i utfordringene er å få revidert en del planer som vi har på plass.»*

Avstand fra driftsoppgaver

Selv om alle informantene var enige om at hverdagen i helse- og omsorgstjenesten var travel med mange administrative og faglige beslutninger, så viser resultatene at jo nærmere informantene kom de daglige driftsoppgaver, jo vanskeligere var det å ha fokus på strategi og planoppgaver. Helse- og omsorgsledere som var organisert i en to-nivå-modell beskrev at de oftere kom i skvis mellom daglige utfordringer og det å planlegge for å møte fremtidige utfordringer. Det å sitte med driftsoppgaver i tillegg til å jobbe med strategi- og planleggingsoppgaver gjorde det vanskeligere å prioritere denne oppgaven.

En informant sa: «...*nå blir det foretatt en omorganisering med ansettelse av kommunalsjefer her og det er jo nettopp det her med at det å få lov til å tenke strategi har vært litt mangelfullt, fordi når man sitter som enhetsleder blir man sittende veldig i driften»*

I tillegg ble det påpekt av enkelte informanter at det å ha mulighet til å ha et overordnet blikk på tjenesten, kommunen og ytre påvirkningsfaktorer var et incitament, en fremmede faktor, for å kunne jobbe med helse- og omsorgsplanlegging. Det å ha litt avstand fra driftsoppgaver ga dem en oversikt over tjenesten, og de fikk et viktig helhetsbilde av sektoren og kommunen. Informantene hevdet at utfordringen med å være tett på daglig drift gjør at man ofte ikke i samme grad har anledning til å løfte blikket.

«*Jeg tror du må løfte deg opp, derfor har jeg tatt den rollen som sitter litt unna tjenestene og det tror jeg er litt nødvendig å ha litt avstand for å se helheten.»*

Dette mente flere informanter var viktig for å skape gode planprosesser og et helhetlig planverk for sektoren. I tillegg hevdet en informant at det ofte var avsatt for lite tid til å sette seg sammen med andre sektorer å diskutere felles utfordringer. Det helhetlige tverrsektorielle perspektivet ble derfor en mangel.

Statlige krav og forventninger

Det å være en del av en større sammenheng der man blir påvirket av statlige føringer og vedtak, ble presentert som en selvfølge av informantene. Utfordringen som ble beskrevet lå i mengden av statlige styringssignaler. Disse ble oppfattet som en hemmer for planarbeidet fordi mengden av stortingsmeldinger, NOU' er, rapporter og høringsdokumenter som stadig blir produsert av nasjonale myndigheter var krevende å holde seg oppdatert på.

En informant uttrykte det slik: *«... hvis en har begynt å samle opp de bunkene med materiale, papir som kommer, NOU' er og forskrift i forhold til lovverk og alt mulig. Så greier du ikke å henge med vet du. Det blir for mye ... og når det presses ut så enormt mye. Og det brukes jo så mange ord! Så er det ikke så enkelt da ... det skal jo det til slutt da når det blir vedtatt. Så skal dette inn i våre planverk.»*

Flere informanter hevdet at det kreves store og ressurskrevende utredninger for å få nasjonale styringssignaler tilpasset lokale kommunale forhold.

En informant hevdet at statlige krav og forventninger resulterte i mange delplaner og viste til utfordringer i få disse delplanene til å henge sammen. Informanten beskrev at det var krevende å revidere og oppdatere helse- og omsorgsplaner når mengden av planer i kommunen ble så stor. Revidering av en plan hadde ofte konsekvenser for en annen delplan og man mistet fort helhetsoversikten.

På spørsmål om hvordan statlige føringer påvirker planoppgavene i kommunen svarte en informant: *«... jeg vil helt klart si at det er veldig ressurskrevende for kommunene å forholde seg til og så det tror jeg heller ikke at det hensyn tas nok sentralt ... så er det utrolig stort utredningsarbeid for å komme dit»*

En informant mente imidlertid statlige føringer ikke representerte et problem. Informanten opplyste at man satte lokale hensyn og behov for helse- og omsorgssektoren først. Det vil si at de reviderte planer først og fremst utfra lokale hensyn. Kommunes ressursinnsats til revidering av planverket på bakgrunn av statlige føringer ble derfor en del av de etablerte planprosesser og ikke en arbeidsoppgave som kom i tillegg til. Men samlet sett var hovedinntrykket likevel at informantene opplevde mange krav og forventninger fra sentrale myndigheter og at dette påvirket kapasiteten i planleggingen i negativ forstand.

Kompetanse i planlegging av helse- og omsorg

Kompetanse ble også presentert som en nøkkelfaktor som var avgjørende for å få innhente, analysere og implementere kunnskap i sine planer. Det kreves kompetanse til å hente inn riktig og nødvendig informasjon, og videre analysere denne informasjonen. En av informantene beskrev at kunnskapstilfanget er stort og det å klare å identifisere og hente ut nødvendig og tilstrekkelig kunnskap for å få en oversikt over utfordringene i kommunen, var ingen enkel oppgave. I tillegg ble faktakunnskap og forskning løftet frem som en kompetanseutfordring. Det å omsette kunnskap fra tilgjengelig statistikk og forskningsmateriale for sektoren til egne utfordringer, mål og tiltak opplevdes som en kompetansekreven oppgave.

To av informantene som hadde sitt arbeidssted i større kommuner oppga at de hadde samfunnsavdelinger som hadde tilstrekkelig kompetanse til innhenting og analysering av kunnskap som grunnlag for utarbeidelse av planer. Informantene fra de to kommunene mente at dette var en stor styrke og til god hjelp når de skulle lage planverk for helse- og omsorgstjenesten.

Det ble presentert slik: *«Men det er jo ofte en bøyg for veldig mange hvis du ikke har trent organisasjonen på at sånn er det ... så vi har en del nøkkelpersonell som kan dette her med kartlegging av data da i dette her. Og det er jo en stor styrke ...»*

Hva med de andre kommunene? De fleste hevdet at de hadde nok kompetanse tilgjengelig i kommunen uten å ha egen samfunnsavdeling.

En informant hevdet: *«en har jo kompetanse i hver stilling så jeg mener at det ikke er mangel på kompetanse».*

Det var anledning til å bruke flere kompetente fagfolk i kommunen til å utarbeide et kunnskapsgrunnlag for helse- og omsorgsplan. Utfordringen som skisseres ligger heller i kapasiteten i å «ta i bruk» denne kompetansen.

En informant beskrev det slik: *«... jeg mener det er kompetanse nok ... det er ikke det at folk ikke har kunnskap ... det er masse kompetanse ... men de må bruke den».*

Enkelte informanter mente at på grunn av de mange oppgaver man har i helse- og omsorgssektoren resulterte i et tidspres. Dette ble oppgitt som en årsak til at det ligger utfordringer i å nyttiggjøre seg kompetansen som ligger i organisasjonen.

Ved spørsmål om de, som ansvarlige for helse- og omsorgsplanprosessen, hadde nødvendig kompetanse til å innhente og analysere relevant kunnskap, var det flere som hevdet at denne kompetansen manglet. De erkjente et behov for kompetanseheving på dette området og da særskilt i oppgaven med å hente inn og analysere statistikk.

«Jeg har ikke noe stor kompetanse i forhold til det å bruke statistikk og hente inn og bruke den rett ... altså vi må ha litt kompetanseheving på det.».

En informant hevdet imidlertid at kommunen hadde tatt et valg i forhold til hvor kompetansen i å analysere innhentet faktakunnskap skulle være plassert. Kommunens samfunnsavdeling hadde statistikk og analysekompetanse som skulle ivareta oppgaven og bidra med kunnskapsgrunnlag for planene ut i sektorene.

Datamaterialet viste en klar sammenheng mellom kapasitet og kompetanse. ble det laget en hovedkategori med to underkategorier. Opplevelsen mange informanter hadde var mangel på kapasitet til å ta i bruk eksisterende kompetanse i kommunen og ble oppgitt som årsak til kompetansemangel i planprosessene.

4.2.2 Mangfoldig kunnskapsgrunnlag.

Kunnskapsgrunnlag fra flere kilder

Alle informanter uttrykte at det var viktig å ha gode og presise behovsvurderinger som grunnlag for helse- og omsorgsplanene. De løftet frem en rekke informasjonskilder som grunnlag for utarbeidelse av planene. Det ble beskrevet at det eksisterer et mangfold av kunnskapskilder som kan innhentes som grunnlag for helse- og omsorgsplanen. Informantene løftet spesielt fram forskningsmaterieII, statistikk og erfaringskunnskap som viktige bidrag til planverket.

En informant beskrev det slik: «... flere kilder da. Det ene er jo forskningsbasert kunnskap sant? Det er jo om hva som er dokumentert - det er lurt. Også har du jo dette med fakta, det er jo fakta det og med statistikkbasert. Også har du jo dette med erfaringen da, synes jeg er viktig da, erfarings basert kunnskap da at det er sånn både min egen og andre sine erfaringer også er det klart og ... vi er opptatt av å få med brukerne, pårørende brukerorganisasjoner og sine stemmer inni det. Så det er jo litt sånn mangfoldig grunnlag en burde ha når en driver med det planarbeidet.»

Informantene var tydelig på at de ulike kunnskapskildene måtte samspille med hverandre og vektet likt.

Først og fremst ble fakta løftet frem som kunnskapsgrunnlag i planverket. Med fakta mente informantene tilgjengelig data eller statistikk og relevant forskning av helse- og omsorgssektoren. Informantene beskrev videre at denne faktakunnskapen måtte settes i en sammenheng. Her beskrev de at man må kombinere faktakunnskap med erfaringskunnskap som grunnlag for helse- og omsorgsplanen. Med erfaringsbasert kunnskap ble det fremhevet kunnskapen som ansatte i sektoren, andre sektorer, politikere, brukere og befolkningen for øvrig innehar.

I tillegg ble det løftet frem et behov for kunnskap om de rammebetingelser som sektoren måtte forholde seg til. Her ble det spesielt løftet frem kommunens og sektorens økonomiske rammer og statlige føringer:

«... må en jo selvsagt innhente dette med statlige styringssignaler. De bitene her og hva som ligger i våre lokale planer og så må en jo innhente økonomikunnskaper etterhvert ja. Så vi får vurdert hva ting koster og analysere disse bitene her for å ta de riktige valgene»

Statlige føringer ble opplevd som styrende for kunnskapsplattformen i planverket og representerte en stor del av kunnskapsgrunnlaget i planverket. De fleste informantene oppga at de står i et avhengighetsforhold til statlige føringer og var lojale til disse når de planlegger for helse- og omsorgstjenesten. Enkelte hevdet at man langt på vei baserte kunnskapsgrunnlaget på en lokal tilpasning av nasjonale retningslinjer.

En informant beskrev det slik ved spørsmål om statlige føringer i forhold til det kommunale planverket: *«... det er viktig det, de transformasjonsprosessene i fra nasjonalt nivå via regionalt til kommunalt de er viktige, lokale tilpasninger. Handlingsrommet der definerer du jo selv»*

Faktabasert kunnskap

Faktabasert kunnskap var en av de kunnskapskildene som ble mest omtalt under intervjuene, og det var hovedsakelig helse- og omsorgsdata/statistikk som ble løftet frem som kunnskapskilde. Det ble hevdet at statistikken er grunnlaget for å kartlegge utfordringer i tjenesten, og det vil være nødvendig å innhente data i den formen for å få bedre kunnskap om den aktuelle situasjonen i helse- og omsorgstjenesten. Faktakunnskapen lå ofte til grunn før man innhentet erfaringskunnskap fra ansatte, andre sektorer, brukere/pårørende, politikere og fra andre kommuner.

I et tverrsektorielt og tverrfaglig perspektiv ble det av enkelte informanter hevdet at denne kunnskapen bør ligge til grunn for å skape en felles forståelse fra de som deltar i analysearbeidet. Flere informanter beskrev at man i dialogen med ansatte og andre sektorer ofte bruker ord som «tror» og «synes», mens de mente at faktabasert kunnskap heller burde styre diskusjonene.

Som en informant beskrev: «... jeg tror det er kjempeviktig at vi hele tiden bygger på fakta og at vi har en kunnskapsbase som fører oss i dialogen med omgivelsene» «vi har jo avdekt gang på gang at det er for mye "tror" og "syns" i tjenestene slik at faktagrunnlaget må på et vis være det som styrer oss i diskusjonene også.».

Hvem som definerte hvilken faktabasert kunnskap som skulle ligge til grunnlag for diskusjonen kom ikke frem av analysen av datamaterialet i denne studien.

I tillegg ble statistikk ofte brukt i dialogen med samarbeidende kommuner. I dialogen med andre kommuner ville faktagrunnlaget brukes for å sammenligne seg med hverandre og for å avdekke ulikheter. Denne faktakunnskapen lå da som grunnlag for å skaffe seg erfaringskunnskap fra andre kommuner.

Erfaringsbasert kunnskap

Informantene pekte på at statistikk alene aldri vil være nok som grunnlag for helse- og omsorgsplanleggingen. Statistikk som faktakunnskap må kobles med lokalkunnskap. Informantene mente at erfaringsbasert kunnskap er like viktig som faktakunnskap. Det er først når statistikken blir diskutert med brukere, politikere og fagfolk man kan få oversikt over utfordringen som det skal planlegges for.

«... erfaring blir jo og viktig ja, det blir også viktig for da kan en jo si om det en har erfart fungerer og om det en har erfart ikke fungerer. Det blir en kombinasjon da ... statistikken blir på en måte det viktigste i forhold til å ha et grunnlag ... annen informasjon det blir vel mest erfaringsinformasjon fra brukere, pårørende. Men den er jo like viktig for det da selv om den ikke blir så faktabasert på en måte.»

I tillegg til statistikk mente flere informanter at det var viktig å hente inn kunnskap gjennom bruker- og pårøndererfaringer, politikk, andre sektorer og fra ansatte i sektoren. Med medvirkning av flere aktører får man et bredere perspektiv på hva som er viktig for kommunen. Når flere deltar i planprosessen kommer ulike syn lettere frem. Det betyr at medvirkning og bred forankring og deltakelse settes opp som et viktig punkt når man henter inn kunnskapsgrunnlag til helse- og omsorgsplanleggingen.

Brukernes kunnskap ble løftet frem som en viktig kilde til informasjon. De påpekte at planleggingen berører brukere både direkte og indirekte, og man fikk større innsikt i brukernes behov ved å hente inn brukerstemmen.

Sitat: «... brukere f.eks. ... og det er viktig å lytte til stemmen derifra ... det gjør det fordi at det handler jo om hva de har erfart på kroppen ... for det handler jo om at den som har skoene på vet hvor den trykker hen kan jo komme med informasjon som vi som fagpersoner ikke vil greie å se eller greie å komme på.»

Informantene mente at det var viktig å styrke brukerdeltakelsen i planleggingsarbeidet for å kartlegge behovene og problemene.

Erfaring eller god innsikt i fagprosessene og kjernevirksomheten ble også løftet frem av flere informanter.

Som en informant beskrev: «... og så har du nødt til å ha noe innsikt i fagprosessene. Du er nødt på et vis å skjønne hva det er som er kjerneoppgavene i helsetjenestearbeidet da ...».

Dette ble løftet frem som særlig viktig for å få frem ansattes erfaringer av tjenestetilbudet, slik at man unngikk å foreslå tiltak som har vist seg å ikke fungere.

Enkelte informanter mente at forskning eller evidensbasert kunnskap var en type erfaringsbasert kunnskap. I forskningsrapporter av helse- og omsorgstjenesten kunne man finne erfaringskunnskap fra andre som har prøvd ut ulike tiltak og hvor effektene av de ulike tiltak er beskrevet. Dette ble presentert som et viktig kunnskapsbidrag inn i egen analyse av helse- og omsorgstjenesten i kommunen.

I tillegg ble samarbeid med andre kommuner løftet frem som en fremmede faktor når man innhentet kunnskap til eget planverk. Flere informanter beskrev at de møttes i ulike kommunale nettverk hvor de fikk erfaringskunnskap fra andre kommuner. I nettverksmøter ble det en gjensidig informasjonsutveksling om utfordringer, mål og tiltak.

4.2.3 Forankring og involvering

Helse- og omsorgsleders fokus og rolle

De fleste informantene beskrev at man som helse- og omsorgsleder fikk delegert ansvaret for planprosessen innenfor egen sektor. De fleste informantene hevdet at denne rollen som leder representerer en viktig faktor i planarbeidet. De hevdet at en leder må holde fokus på de prioriterte mål som er besluttet av administrasjon og politikken, og deres rolle måtte bestå i å forankre målene slik at hele sektoren hadde en omforent forståelse av hvilken strategi som skulle følges.

Enkelte informanter beskrev at mange ansatte begrenset sitt perspektiv til kun eget tjenestested og egne arbeidsoppgaver. Helse- og omsorgslederne hevdet at ansatte ikke hadde et tilstrekkelig helhetsblikk av sektoren. De mente at deres oppgave som ledere var å motivere, informere, forankre og skape eierskap hos ansatte, slik at de fikk en forståelse av at de tilhørte en større helhet enn den enheten de var ansatt i.

«... strategi altså det kan du sjeldent og aldri holde på med alene, du er nødt til å finne en lederplattform tenker jeg som understøtter strategi. Og du er nødt til å klare å få til en dialog og en samhandling som gjør at alle skjønner det ... du må tenke strategi først og fremst på hele konsernet og så må du bryte det ned på det området og så må du klare å lage strukturer slik at det sildrer ut i resten av organisasjonen da. Så at vi er enig i at "dit skal vi".».

I tillegg ble det av flere informanter fremhevet at mange utfordringer ikke «eies» av en bestemt sektor, men påpekte det tverrsektorielle ansvaret. De løftet frem betydningen av at strategier og mål må forankres i hele organisasjonen, og deres ansvar som prosessledere var å skape nødvendig møtearena hvor felles utfordringer kunne diskuteres.

Involvering av ansatte

Informantene hevdet at en fikk mye erfaringskunnskap hvis en involverte ansatte i planprosessene. I tillegg ville man med involvering av ansatte skape et eierskap til den ferdige helse- og omsorgsplanen, som igjen sikret gjennomføring av planen.

Som en informant beskrev det: «... det at alle får mulighet til å være med på den her prosessen som å skape en helt annen eierskap til den og som sørger for at du ... at det her er en plan vi jobber ut ifra som alle er kjent med ... det sikrer jo gjennomføringen da».

Flere informanter pekte på at manglende deltakelse fra de ansatte kunne skape uvilje mot de endringsforslagene som ble besluttet.

Selv om flere informanter mente at det var viktig med involvering av ansatte, så hevdet enkelte informanter at dette kunne være krevende. Involvering av ansatte skjedde ofte i slutfasen eller ved implementering av planen, og ikke i arbeidet med innhenting og analyse av kunnskap.

Som en informant beskrev det: «Ja ideelt sett så skulle man bygge opp fra bunn av ... gått ut og snakket med folk og tatt ideen der fra og så utvikling ... men sånn er det ikke mulighet til å gjøre så det må jo være noen som tenker for andre og forteller deg om det etterpå hva man kom fram til.».

Selv om enkelte informanter mente at de hadde en strategi for å inkludere fagmiljøer i planprosessen, så hevder fleste informanter at ansatte fikk informasjon etter at strategier og tiltak var ferdig utarbeidet.

Tverrsektorielt samarbeid

Informantene var enige om at en viktig suksessfaktor var å jobbe tverrfaglig og tverrsektorielt i helse- og omsorgsplanarbeidet. Flere mente at kunnskap i andre sektorer hadde betydning for helse- og omsorgsplanen, og at det var viktig med god dialog mellom sektorene. Det ble fremhevet at en av styrkene i en god plan er at den har en tverrfaglig tilnærming med kunnskap fra flere ulike fagmiljøer.

«Det er viktig å jobbe bredt sånn at der er forankret bredest mulig. På et tidlig stadium for at da er det størst sjanse for at du får med deg de faktorene som er viktig.

Og det er mye lettere å få gjennomført ting og når det er forankret og bredt forklart.».

Alle informanter beskrev at man i planleggingsprosessen bør skape en felles forståelse av helhetssituasjonen i kommunen. De mente at det forutsettes at aktørene kommuniserer om de utfordringene kommunen har og hvordan man skal planlegges for å møte disse utfordringene.

Det å skape tverrsektorielle møter var viktig for å skape en felles forståelse for utfordringsbildet kommunen har og ville sikre en god implementering av helse- og omsorgsplanen.

En informant påpekte at det var viktig med et samspill med andre sektorer i kommunen fordi det som planlegges i en sektor ofte vil påvirke andre sektorer.

«... du er nødt til å ha med deg både kultur og oppvekstsiden slik at du vet hva som skjer der og hva du påvirker det som skjer der (...) og så er du nødt til å ha et veldig godt samspill med teknisk, og planverket som går på arealutforming.».

Planlegging i sektorene måtte ses som en sammenhengende øvelse, og den gjensidige avhengigheten mellom sektorene ble løftet frem som en viktig faktor i planprosessene. Denne drøftingen av kommunens samlede utfordringer ble ofte diskutert i strategisk ledergruppe bestående av rådmann og hans/hennes ledergruppe.

Enkelte informanter hevdet likevel at det var utfordrende å samarbeide. En informant hang dette sammen med den økonomiske rammetildelingen i kommunen. Det ble beskrevet at den enkelte sektorleder ofte var mer opptatt av sin egen økonomiske ramme, noe som kunne gjøre det vanskelig å finne felles tiltak for å løse utfordringer.

«... altså først og fremst må man ha en felles forståelse for og at man må jobbe på tvers og ha et samarbeid ... og så er det en utfordring at ... når rammefinansiering og alle blir veldig opptatt av å sørge for at sin ramme ... så kan man bli litt sittende å krangle om hvem som skal ta regningen. Det er en hake ... å klare å løfte seg godt nok å se at det er kommunen som skal gi de her tjenestene ... det er en utfordring ...».

En annen informant mente at utfordringen i å få til et godt samarbeid hang sammen med kapasiteten i planprosessene. Det var utfordrende å finne nok tid til sette seg sammen å planlegge mellom sektorene.

Brukerdeltakelse

Forankring og involvering hos brukerne ble løftet frem som en viktig suksessfaktor for gode kunnskapsbaserte helse- og omsorgsplaner. Informantene hevdet at hvis man lykkes med brukerdeltakelse får man viktig informasjon som bedrer plangrunnlaget. Dette kan ses i sammenheng med det som informantene beskriver om viktigheten med brukerens stemme i

innhenting av kunnskap til planleggingen som er beskrevet i kapittel 4.2.2. I tillegg til den viktige kunnskapen som brukerne innehar vil brukerdeltakelse sikre eierskap til den ferdige helse- og omsorgsplanen. Gjennomføringen av planen blir enklere ved at brukerne kjenner seg igjen og har samme forståelse av helhetsbilde som de som utarbeider planen.

Selv om at alle informantene var enige om at det var viktig å legge stor vekt på brukermedvirkning i hele planprosessen, så ble brukermedvirkning, med et unntak, ivaretatt i form av høring av den ferdig utarbeidete planen og ikke som en aktiv deltaker i planprosessene. Det ble erkjent av de fleste at de ikke lyktes med den aktive deltakende brukeren i planprosessen og manglet rutiner for hvordan brukermedvirkning skal ivaretas.

Som en informant sier: «... det må bli enda mer brukerrettet og opp imot pårørende og den hjelpeinstansen som har utenom helsevesenet. Fordi at vi har vel en tendens til at det blir veldig mye hva vi som fagpersoner mener, og så glemmer vi av litt brukerfokuset.».

I tillegg beskrev en informant at det kan ligge enkelte utfordringer med brukerrepresentantens bidrag inn i planprosessene. Det ble hevdet at mange brukerrepresentanter er mest opptatt av sin egen situasjon og evner ikke å løfte seg opp for å ivareta helhetsbildet. Av den grunn opplevdes ikke brukerdeltakelsen representativt nok som kunnskapsgrunnlag i planarbeidet.

I den kommunen som beskrev en aktiv og deltakende brukerrolle i planprosessen, hadde man brukt mye tid på å informere omkring utfordringsbildet i helse- og omsorgsektoren. Samtidig har de gjennom dialog med flere brukere, organisasjoner og lag skaffet seg en felles forståelse av situasjonen. Dette resulterte i en helse- og omsorgsplan som de fleste kjente seg igjen i og hadde et eierforhold til.

Enkelte informanter fremhevet hvor viktige media var som en aktør i den offentlige debatten om planspørsmål, bl.a. fordi de kan bidra til nødvendig involvering og forankring i befolkningen og hos brukerne. Men oppfatningen var at media helt unntaksvis viet helse- og omsorgsplanene oppmerksomhet. I den grad media omtalte planene var det med en negativ vinkling om enkeltsaker og ikke om hovedbudskapene i planen.

«... media er veldig ut etter oss, av en eller annen grunn ... vi har en lokalavis som er ut etter å finne feil (...) det er kjempekrevenne å få en god dialog med media fordi de er opptatt av det som selger ...».

Hvordan kommunene jobbet opp mot media for å få frem planbudskapet kom ikke frem under denne studien.

Politisk deltakelse

Informantene var tydelig på at det var planleggingsarbeidet som på mange måter la grunnlaget for beslutninger for helse- og omsorgstjenesten. For å få et godt beslutningsgrunnlag var det viktig med deltakelse fra det politiske nivået. Dette ble fremhevet som viktig av to grunner: Det politiske nivået har viktig kunnskap som man må få med i planverket, og administrasjonen har kunnskap som er viktig for politikeren før de tar beslutninger. Informantene mente det var viktig å forankre kunnskapsgrunnlaget i det politiske nivået og skape en felles forståelse av situasjonen i kommunen.

Som en informant sier: «... det er viktig med deltakelse i det politiske miljøet fordi det handler om forankring. Det er det også har de med seg andre erfaringer, og kan bringe inn synspunkter som fagpersoner ikke vil greie å se.»

Samarbeid mellom administrasjonen og politikerne var i de fleste kommunene basert på dialog under planprosessene, men var mer rettet mot å gi politikerne kunnskapsgrunnlag for beslutning og ikke som aktiv deltaker i planprosessene.

En informant beskriver det slik: «Det er veldig viktig å jobbe med politikerne. Så jeg har jo brukt de tre siste årene på en måte å få spredd det kunnskapsgrunnlaget vi mener vi har eller det vi har hatt ... og den tenkninga som har utkrystallisert seg av det, å spredd det til politikerne for å få dem til å skjønne og se det samme bildet som vi ser da.»

Med unntak av en kommune så var politikerne delaktige i prosessen etter at kunnskapen var innhentet og analysert av administrasjonen. Flere informanter hevdet at sektoren som de hadde ansvar for var kompleks og krevende og at politikerne ikke hadde nødvendig kunnskap om tjenesten. Deres rolle som ledere av sektoren ble derfor oppfattet som faglige rådgivere i politikerens beslutningsprosesser.

«... vi kjører en del prosesser med politikerne slik at de henger med på en annen måte i tenkningen. Å klare å myndiggjøre dem slik at de sitter på en egen kunnskap i utforminga av politikken sin ... jeg ser på et vis at det å kjøre disse prosessene gjør at

de har et helt annet eierforhold til det, og klarer å utforme politikken på en annen måte med den kunnskapen de sitter med i ryggen.»

Utforming av helse- og omsorgsplan

Utforming av planverket ble løftet frem som en faktor på om man lyktes med å forankre og implementere planen eller ikke. Informantene viste til språk, innhold og størrelse på dokumentet. Helse- og omsorgsplanene måtte utformes i et språk som var lett å lese eller som en informant beskrev kommunens helse- og omsorgsplan:

«Vi er veldig, veldig fornøyde med at den er såpass kort og at det går an å lese for hvermannn, for det er jo noe av det viktigste.»

Her ble det fremhevet betydningen med at det var lettere å kommunisere rundt et dokument i en språkdrakt som kunne kommunisere med de som ikke har samme fagkunnskap som de som utarbeidet planen.

Det ble fremhevet at man måtte lage «passe» konkrete, kortfattede planer som presenterte hovedstrategiene for sektoren. Store omfattende planer kan være utfordrende å sette seg inn i.

En informant beskriver det slik: *«Men det er jo noen ganger at noen planverk blir så store og vide at en lurer kanskje på har politikerne fått god nok mulighet til å sette seg inn i det her. For det er ganske stor saksmengde en skal gjennom. Så det kan jo være ei utfordring å greie å informere på en god nok måte.»*

I tillegg mente flere informanter at mindre voluminøse planverk ville bidra til å effektivisere arbeidet med å evaluere og oppdatere planene.

Flere informanter mente at planene måtte være konkrete og tiltakene i planen måtte være målbare. Ofte kunne planene bli for generelle i beskrivelsene, og det ble fremhevet at det var viktig å lage planer som konkretiserer mål og tiltak. Informantene hevdet at utfordringen med diffuse planer er at de ikke blir et godt nok arbeidsdokument som skulle ligge til grunn for tjenesteutførelsen. Av den grunn ble disse plandokumentene liggende i en skuff på kontoret uten å bli lest av de som skulle utføre tiltakene i planen.

Enkelte informanter mente imidlertid at selv om helse- og omsorgsplanene måtte være konkrete og tydelige så måtte de ikke bli for spisset. Hvis man utformet planer som var for

detaljerte og konkrete og innholdet i planen ble vedtatt av det politiske nivået, så ville man ikke ha nok handlingsrom til å tilpasse seg ulike samfunnspåvirkninger når det er nødvendig. Særlig i helse- og omsorgstjenesten er det grenser for hvor mye av arbeidet som skal være vedtatt i plan før det går på bekostning av fleksibilitet og tilpasning til brukernes behov og forventninger.

5 Diskusjon

Målet med studien var å kartlegge hvilke faktorer som hemmer og hvilke faktorer som fremmer kunnskapsbasert planlegging i helse- og omsorgssektoren. Etter analyse av data fra åtte intervjuer, kan resultatene grupperes i tre hovedkategorier:

- Kompetanse og ressurser. Planoppgavene i helse- og omsorgstjenesten ble beskrevet som både kompetanse- og ressurskrevende. Det å ha nok kapasitet og kompetanse til gjennomføring av planleggingsoppgaven løftes frem som viktige fremmende faktorer. Materialet viser flere faktorer som virker inn på kapasiteten og kompetansen i arbeidet.
- Et mangfoldig kunnskapsgrunnlag ble fremhevet som viktig når man skal planlegge den komplekse og krevende helse- og omsorgssektoren. Kunnskap om styringssignal, faktabasert informasjon sammen med erfaringsbasert kunnskap ble oppfattet som likeverdige kunnskapskilder i planverket.
- Forankring og involvering av politikere, administrasjon, ansatte og brukere i kommunen ble presentert som en fremmende faktor. Det handler om at kunnskapsbasert planlegging fremmes ved at kunnskap hentes inn, analyseres og implementeres i et bredt samarbeid, både i kommunen, opp mot brukeren og innad i tjenesten. Faktorer som er fremtredende er viktigheten med tydelig ledelse, involvering av ansatte, tverrsektorielt samarbeid, aktiv deltakelse av brukerne og involvering av politikerne. Under dette temaet blir også utforming av helse- og omsorgsplanen og medias påvirkning presentert som faktorer som kan hemme eller fremme involvering og forankring av helse- og omsorgsplanen.

Ut fra litteratursøket jeg foretok gjennom denne studien så er det flere faktorer som har likheter med andre studier av kommunal planlegging. Det denne studien gir er et mer nyansert bilde av enkelte faktorer. Det var for øvrig enkelte faktorer som jeg ikke kan se har vært berørt i andre studier. En faktor er betydningen av hvor sektorplanleggeren er plassert i organisasjonen som igjen har betydning for hvor mye tid man kan avsette til planleggingsoppgaver. Dette blir diskutert i kapittel 5.3. En annen faktor var betydningen av hvordan man utformer planen. Dette blir nærmere diskutert i kapittel 5.5.1.

5.2 Styrker og svakheter ved studien

En av utfordringene i studien var å avgjøre når jeg hadde samlet nok data for å oppnå metning. Glaser og Strauss (1967) mener at man oppnår metning når en ikke oppdager nye ting som endrer innholdet i kategoriene. Dette vil likevel være en subjektiv vurdering (ibid). Da jeg hadde gjennomført de åtte intervjuene som var planlagt, hadde jeg inntrykk av at jeg nærmet meg metning. Jeg var da nødt til å avslutte fordi jeg ikke hadde tid til å gjennomføre flere intervjuer, men kunne ikke være sikker på at metning var oppnådd. Dessuten, selv om det er et begrenset empirisk utvalg begrenser det ikke informantenes opplevelser og historier.

Det transkriberte materialet ble gjennomgått i mange omganger og kategorisert. For å sikre at alle perspektiver var belyst gjennomgikk jeg materialet igjen etter kategoriseringen. Jeg jobbet med analysen og utviklet kategorier helt til jeg ikke fant noe nytt. Jeg mener derfor at mine data er tilstrekkelig til å trekke noen konklusjoner.

Min rolle som prosjektleder for prosjektet «Analyse og planlegging av helse- og omsorgstjenesten i kommune», kunne bidra til å komplisere håndtering av innsamlet data på en objektiv måte. Malterud (2011) viser til at når man har en samhørighet til det man skal forske på så kan dette medføre til at man kan ha utfordringer i å gjennomføre kritisk refleksjon. Det kan gjøre at man leter etter ens egne erfaringer i forskningsmaterialet. Men samtidig vil en nærhet til forskningsfeltet og gjøre at man har bedre forutsetninger for å forstå det som blir presentert av intervjuobjektene (ibid). Som prosjektleder kunne min rolle som forsker bli satt på prøve fordi jeg kunne komme i fare for å tolke det som ble sagt uten å sjekke ut om jeg faktisk hadde tolket eller forstått budskapet korrekt. Det var likevel en styrke at jeg er kjent med termologien i helse- og omsorgstjenesten, fordi jeg da kunne kommunisere på en god måte og oppnå mer presise svar enn om jeg ikke hadde kjennskap til fagfeltet. Utfordringen lå heller i at gjennom god kjennskap til praksisfeltet kunne jeg ta enkelte tema som en selvfølge og dvelte ikke nok ved spørsmålet. Det som kom tydeligst frem var spørsmålet om kommunen hadde nok kompetanse til å kunnskapsbasere planverket. Jeg kunne med fordel spurt mer om hvilken type kompetanse som var viktig for å gjennomføre oppgaven. Dette ville gitt et mer differensiert svar på opplevd kompetansebehov.

Det å stille spørsmål ved egen fremgangsmåte, rolle og konklusjoner vil alltid være viktig i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Jeg har i forkant og underveis i forskningsprosessen reflektert rundt roller, makt og påvirkning i intervjusituasjonene, og var oppmerksom på at

mitt arbeidssted og min rolle kunne påvirke resultatet av intervjuet. Jeg har gjennom mitt daglige arbeid etablert samarbeidsrelasjoner med flere av mine informanter, noe som kan ha påvirket svarene i intervjuene. Jeg la vekt på at min posisjon gjennom mitt arbeid ikke skulle styre svarene fra informantene. Informantene virket trygge i intervjusituasjonen og delte sine opplevelser. Jeg forsikret alle anonymitet og at informasjon som kom frem gjennom intervjuene bare skulle brukes i min masteroppgave. Intervjuguiden ble kun et hjelpemiddel i samtalen med informantene ettersom at de fleste hadde utfyllende svar som gikk inn i flere av mine spørsmål. De transkriberte intervjuene ble sendt til informantene slik at de kunne gi tilbakemelding på at den informasjonen de hadde gitt var gjengitt riktig før jeg startet arbeidet med analysen.

Som analysemetode valgte jeg grounded theory som er en induktiv metode som betyr at jeg som forsker måtte prøve å legge vekk mine egne subjektive forståelse av temaet som jeg forsker på (Postholm, 2010). Jeg erkjenner likevel det Postholm (2010) beskriver at det å legge helt til side sine egne erfaringer og forståelse er i praksis umulig. Postholm (2010) viser til at metoden kan hjelpe forskeren med å være bevisst sine forforståelser, synspunkter og antakelser. Jeg har forsøkt å være bevisst på mine forforståelser slik at samtalen mellom mine informanter og meg danner utgangspunktet for det som er presentert i denne studien. Uansett er det min tolkning av dataene som legges frem i denne studien, mens det er mulig at en annen forsker ville tolke dataene på en annen måte.

Gjennom studien har jeg forsøkt å ta høyde for reliabilitet gjennom valg av metode, innhenting av datamaterialet og hvordan dataene er ble analysert. Kvale og Brinkmann (2010) hevder at man i dialog må søke en felles forståelse mellom forsker og intervjupersonen. I det ligger det en form for kommunikativ validering (ibid). Jeg har underveis i intervjuene kommet med oppfølgende spørsmål for å kontrollere om jeg hadde tolket svarene riktig. Jeg har forholdt meg relativt fritt til intervjuguiden på den måten at jeg grep fatt i erfaringene de kom med, og gikk også tilbake til hva de hadde sagt tidligere for å sjekke ut sammenhenger. I tillegg kan det gi noen utfordringer med å få frem alle nyanser når man sammenfatter alle fortellinger fra informantene. Grounded theory som metode innebærer at man stykker opp materialet og foretar forenklinger underveis. Det kan derfor være mulighet for at enkelte nyanser forsvinner men på den andre siden har det vært nødvendig å gjøre datamateriale håndterbart for analyse. Jeg har forsøkt å fremstille fortellingen utfra informantenes utsagn på en sann måte at det er deres oppfatning og virkelighetsbilde av temaet blir presentert.

Kan funnene i denne studien brukes til å forstå hva som er hemmende eller fremmende faktorer for kunnskapsbasert planlegging? Er de trekkene jeg har funnet i de åtte intervjuene noe vi kan forvente å finne igjen andre steder? Med andre ord, hvilken generaliseringsverdi har denne studien? Jeg har et utvalg av åtte personer som har fortalt om deres opplevelser av kommunal helse- og omsorgsplanlegging i sin kommune. Informantene kom fra små til middelstore kommuner og det vil si at de store kommunene er ikke representert. Men med tanke på at Norge, med sine 428 kommuner (pr i dag), har betydelig flest små og middelstore kommuner så kan dette være et fenomen som kan ha en allmenn karakter for de fleste norske kommuner. Det empiriske utvalget er begrenset, men jeg opplevde at de informantene som ble valgt ut til denne studien hadde god oversikt over kommunens planprosess og deres opplevelse og historie vil være funn som er tilstrekkelig for å oppnå resultat av studien.

5.3 Kapasitet og kompetanse i arbeidet med kunnskapsbaserte planer

Det å ha nok kapasitet og kompetanse til innhenting, analysering og implementering av kunnskap i helse- og omsorgsplan fremstår som to vesentlige faktorer i denne studien. Disse faktorene ble løftet frem som avgjørende for å få til en god planprosess og et godt planresultat. For å møte de utfordringer som helse- og omsorgstjenesten står overfor, vil det være viktig å godt utviklede planer (Disch og Vetvik, 2009), og dersom man skal lykkes med planleggingsoppgaven må kommunen prioritere dette arbeidet tilstrekkelig. Men prioritering av helse- og omsorgsplanlegging kan være krevende. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten står ofte overfor en presset hverdag (Disch og Vetvik, 2012). Ofte står man overfor både faglige og administrative utfordringer, noe som ikke bare gjør seg gjeldende ut mot selve tjenesteytingen, men også opp mot administrative planleggingsprosesser. Tiden som en leder for helse- og omsorgstjenesten har til å gjennomføre gode statusanalyser, utarbeide strategier og funksjonelle plandokument, blir derfor ofte nedprioritert i forhold til andre daglige gjøremål (Disch og Vetvik, 2012). Denne betraktningen ble løftet frem av mine informanter, som beskrev det som at planleggingsoppgaver ofte kom «i skvis» med daglige driftsoppgaver.

Et interessant funn i studien er at det ble tydelige forskjeller mellom helse- og omsorgsledere som jobbet i kommuner med to-nivå modell, og de som jobbet i kommuner med tre-nivå modell. Informanter organisert i en to-ledernivåmodell opplevde større kapasitetsutfordringer

enn de som var organisert i en tre-ledermodell. Dette kan bety at kapasitetsutfordringene kan henge sammen med hvordan kommunen velger å organisere helse- og omsorgstjenesten, og hvor mange ledernivåer en velger å ha. Organisering av helse- og omsorgstjenesten kan ses opp mot innføring av New Public Management (NPM). NPM førte til en omorganisering i kommunene hvor man valgte en flatere struktur (Røiseland og Vabo, 2012). Denne flate strukturen innebærer at det er kun et beslutningsnivå under rådmannen. Målsettingen var å gi de enkelte enhetene inspirasjon til å drive mer økonomisk effektivt, og man delegerte derfor det økonomiske ansvaret ned til driftsenhetene (ibid). Aarseth mfl (2003) hevder at den flate organisasjonsmodellen er bedre egnet til å sikre tjenesteproduksjonen enn å ivareta overordnede strategiske planleggingsoppgaver. I Aarseth mfl (2003) sin studie blir det beskrevet at ledere i tre-nivå modeller oftere opplevde at man hadde anledning til å jobbe med planlegging av sektoren. Ledere i kommuner med flat struktur opplevde et større press mellom administrasjon og drift, ettersom at mellomledernivået er fjernet (ibid). Dette kan tyde på at jo nærmere en kommer oppgaver relatert til daglig drift jo vanskeligere blir det å sette av tid til planoppgaver, slik også mine informanter beskrev det. Agenda Kaupang (2010:51) skriver i sin rapport om kommuner med flat struktur: «*Det er for lite ressurser til å drive systematisk kvalitetsutvikling og fornyelse av tjenestene*». De anbefaler at kommuner med to-nivå modell må styrke sin administrasjon for å møte disse utfordringene.

I tillegg til en presset lokal kommunal hverdag er det mange påvirkninger, forventninger og krav fra det eksterne som en må ta hensyn til (Plathe, 2015). Selv om kommunale planer først og fremst vil være viktig for den lokale samfunnsutviklingen, vil også planene være et virkemiddel for gjennomføring av nasjonal politikk (ibid). Statlige styringssignaler kommer i form av for eksempel stortingsmeldinger, NOU'er og nasjonale veiledere. Informantene i denne studien opplevde at det var en stor mengde med statlige styringssignaler som ble definert som ressurskrevende når de skulle planlegge tjenesten. For det første blir det beskrevet at man får man stadig nye nasjonale dokumenter å sette seg inn i. I tillegg vil styringssignalene kreve en stadig revidering av de lokale helse- og omsorgsplanene. En utarbeider helse- og omsorgsplan for de neste 10-12 årene, men ved at det stadig kommer nye nasjonale satsninger og retninger bidrar til at planene blir utdatert etter kort tid. Selv om informantene beskrev at hovedmålene for den lokale helse- og omsorgsplanen vil være noe statisk, må man justere virkemidlene i forhold til nye statlige føringer.

Kompetansefaktoren ble også problematisert av informantene i denne studien. Informantene beskrev en kompleks og krevende sektor som har mange utfordringer frem i tid. Det stilles derfor krav til deres kompetanse til å innhente relevant kunnskap og analysere informasjonen som plangrunnlag for sektoren. For å ta hensiktsmessige beslutninger med basis i kunnskapsgrunnlaget kreves det god planleggingskompetanse. (Disch og Vetvik 2012, Hofstad mfl 2015). Men studien viser ikke en entydig mangel på kompetanse. Flere informanter hevdet at hvis man så hele kommunen under ett så eksisterte det nok planleggingskompetanse. Utfordringen ligger heller i å ha nok ressurser og kapasitet til å «ta i bruk» denne kompetansen. Det er flere studier av kommunal planlegging som viser til at kapasitet og kompetanse henger sammen (Disch og Vetvik 2012, Langseth 2014, Skjeggedal 2008). Kapasiteten er det som bærer kompetansen, beskriver Langseth (2014). Han peker på at det kan være en utfordring å opprettholde og videreutvikle kompetansen i planoppgaver i kommunene (ibid). Disch og Vetvik (2012) stiller likevel spørsmål om kapasitetsutfordringer er den eneste grunn til at planer ikke blir gjennomført tilfredsstillende. Ved gjennomgang av flere kommunale planer så de at det ikke var utarbeidet et godt nok beslutningsgrunnlag. Planene var i hovedsak en beskrivelse av tjenesten som den er i dag. De manglet evalueringer av tjenesten, analyser og prioriteringer av morgendagens helse- og omsorgsutfordringer (ibid). For å utføre planlegging av helse- og omsorgssektoren kreves kompetanse for å lage gode tilstandsanalyser.

Flere av informantene viste til den generelle kompetansen i planlegging i kommunen. Men erkjenner samtidig at de, som ansvarlig for helse- og omsorgsplanprosessen, ikke nødvendigvis hadde tilstrekkelig kompetanse til å kunnskapsbasere planen. De mente at de hadde et behov for kompetanseheving og fremhever spesielt kompetanse innenfor analyse av faktakunnskap i form av statistikk. Kunnskapsinnhenting til planen krever mer enn statistikk, da en rekke andre kilder også er nødvendig for å danne kunnskapsgrunnlaget. For eksempel erfaringskunnskap fra ansatte, brukere og andre aktører. For å få tak i denne kunnskapen vil det kreve ferdigheter til å gjennomføre medvirkende planprosesser (Disch og Vetvik, 2012). Selv om informantene beskrev at det å omsette tilgjengelig kunnskap til helse- og omsorgsplan er en krevende og kompleks øvelse, kunne jeg ikke ut fra mitt datamateriale konkludere om kompetanse på prosessledelse var tilstede eller ikke. Det er likevel verdt å merke seg som en del av kompetansefaktoren. Her dreier det seg om kompetanse til å sette i gang og gjennomføre planprosesser som involverer mange aktører (Skjeggedal og Harvold, 2008). Skjeggedal og Harvold (2008) viser til at denne kompetansen er knyttet til å

gjennomføre deltakende prosesser hvor man har mange interesser. De peker på at mange kommuner mangler formell kompetanse innenfor planlegging, og i de fleste tilfellene henger prosesskompetanse og formell planleggingskompetanse sammen (ibid).

5.4 Innhenting av kunnskap som grunnlag for kommunal helse- og omsorgsplan

En analyse av helse- og omsorgstjenesten er nødvendig for å vurdere hvordan det står til med tjenesten. Hvilke brukere har vi, hvordan er helsetilstanden, hvilken personellressurs har man, hvilken kompetanse, og er tjenesten kvalitativt god nok? Denne analysen skal legge grunnlag for planlegging av fremtidige utfordringer og behov. Kunnskapsgrunnlaget som skal ligge til grunn for denne analysen vil måtte hentes fra flere kilder. Informantene pekte på at kunnskapsplattformen i en plan må preges av en helhet som inkluderer flere kunnskapskilder som data/statistikk, forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap. Dette er i samsvar med hva Wist (2010) fant i sin studie, hvor det ble konkludert med at evidensbasert kunnskap sammen med erfaring og brukermedvirkning utgjør det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet (ibid).

Det mangfoldige kunnskapsbehovet kan deles opp i Aristoteles' tre kunnskapsformer (Grimen, 2008, Aadland, 2011, Langergaard, 2006, Øverlid, 2009). «Fakta i bunn» ble av informantene beskrevet som et viktig grunnlag for det videre arbeidet med kunnskapsgrunnlaget (*episteme*). Informantene brukte generelle beskrivelser av faktakunnskap som statistikk og forskningsmateriale. I tillegg ble det nevnt at statlige signaler vil legge noen føringer for hvilken kunnskap man må innhente. Denne studien viser at man i oppbygging av kunnskapsgrunnlaget må ha statistikk som grunnlag for den videre dialogen med andre. Kunnskap med basis i statistikk dreier seg om tabeller og diagrammer som gir en numerisk beskrivelse av samfunnet (Kristiansen, 2007). Sammenstilte tabeller har som formål å sammenligne seg med andre kommuner, gi grunnlag for å finne sammenhenger og finne utviklingstendenser (ibid). Et naturlig spørsmål vil være hvem som definerer hvilken statistikk som skal ligge til grunn for dialogen. Er dette noe som blir avgjort av ledelsen i sektoren eller vil det være et samspill med andre aktører som beslutter hva som er relevante data for videre analyser? Basert på datamaterialet i denne studien kunne jeg ikke beskrive hvorvidt lokale politikere, brukere og eventuelle andre aktører er med på å definere hvilken faktabasert kunnskapsgrunnlag som skal ligge i bunnen.

Selv om fakta skal ligge som grunnlag for videre arbeid med kunnskapsinnhenting, poengteres det at man må se denne faktabaserte viten i sammenheng med praktisk viten (*techne*) (Grimen, 2008). Når man legger statistikk og data til grunn for dialogen blir kunnskapen til gjennom fortolkning av data sammen med andre aktører (Øverlid, 2009). Enkelte informanter mente det at det å kjenne faget og egen organisasjon var en viktig del av kunnskapsgrunnlaget. Her vil man finne den praktiske viten eller den praktiske klokskapen som er nødvendig.

I planlegging av helse- og omsorgstjenester vil man ofte komme i situasjoner hvor den teoretiske kunnskapsformen (episteme) blir for snevert. Medarbeidernes og brukerens involvering er ofte nødvendig og gir verdifull kunnskap (*fronesis*). Informantene oppga at det er viktig å ha med brukernes innspill som kunnskapsgrunnlag for planen. Som en informant beskrev det: «*det er viktig å ha med brukerne fordi de kjenner det på kroppen*». I tillegg oppgir informantene at det ligger nyttig informasjon gjennom politikkers mål og verdivalg. *Fronesis* blir derfor viktig kunnskapsform for å se verden i ulike perspektiver.

Kunnskapsbasert planlegging kan ses i sammenheng med kunnskapsbasert praksis i helse- og omsorgstjenesten. I kunnskapsbasert praksis blir det viktig at kunnskapen skal bestå av flere kunnskapsformer og at de må henge sammen. Som Fossetøl (2009:50) skriver: «*Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen*». Informantene mente at de tre kunnskapsformene ikke utelukker hverandre men må brukes i lik stor grad. Denne studien viser også at når helse- og omsorgsplaner skal utarbeides er dette avhengig av en mengde kunnskap som kommunen har og som må ses sammen med de ytre rammene i form av statlige og regionale føringer. Dette er i samsvar med hva Aadland (2011) beskriver at verden må beskrives gjennom flere perspektiv og hvis man utelater all kunnskap bortsett fra epistemekunnskap vil det føre til at man mister viktig informasjon og redusere kunnskapsgrunnlaget. Kvalitative beskrivelser vil da utfylle kvantitativ kunnskap (Hofstad mfl, 2015). Det vil si at objektiv kunnskap i form av statistikk, helsedata og vitenskapelige rapporter må utfylles med erfaringsbasert lokalkunnskap.

5.5 Samspill med flere aktører i analysen og implementeringen av kunnskapsgrunnlaget

De ulike kunnskapsformene som nå ligger til grunn må settes sammen, analyseres og omsettes til lokal praksis. Det er dette Friedmann (1987) definerer som å søke å omsette kunnskap til handling. Når analysen er ferdig må man implementere denne kunnskapen inn i den kommunale helse- og omsorgsplanen som en del av beslutningsgrunnlaget for det politiske nivået.

Når man kommer til oppgaven med å analysere kunnskapen og implementere denne i planverket ble det av informantene påpekt at man var avhengig av et samarbeid med flere aktører. De beskriver viktigheten med å involvere ansatte, brukere, politikere, andre sektorer og befolkningen for å skape en felles forståelse av utfordringsbildet i kommunen. Hofstad (2012) beskriver det slik at en øker kunnskapsgrunnlaget og skaper en felles forståelse gjennom samhandling med andre aktører. Ved at alle har et felles bilde av utfordringene resulterer i at man kommer frem til felles løsninger. Det forutsettes at aktørene kommuniserer seg imellom om de utfordringer og problemer planen skal gjøre noe med (ibid).

For å skape dette samspillet mellom de ulike aktørene viste informantene til sine egne lederroller. Ledelse av planprosessen blir løftet frem som en viktig faktor for å ivareta arbeidet med å analysere kunnskapen som skal ligge til grunn for helse- og omsorgsplanen. De som ledere måtte tilrettelegge og kommunisere med flere aktører. De måtte inkludere alle relevante aktører i arbeidet og holde fast ved den retningen en ble enige om. Vangen og Huxham (2009) beskriver ledelse i denne sammenhengen som det å få ulike aktører, med ulike meninger og perspektiver til å bli omforent om utfordringsbildet. Man blir enige om felles mål og forplikter seg til å arbeide sammen (ibid).

En aktør i samspillet rundt helse- og omsorgsplanoppgaven er ansatte i tjenesten.

Informantene oppga at involvering av ansatte var en viktig suksessfaktor for å skape gode analyser og for å implementere kunnskapen i planen. Befring (2015) hevder at en betingelse for at ansatte skal delta aktivt i gjennomføring av planen er at den er godt forankret og at man har skapt en felles forståelse ut i tjenesten. Informantene mente at det å skape et bredt engasjement og å arbeide for at de ansatte får et eierforhold til helse- og omsorgsplanen er et viktig punkt for å sikre gjennomføringen av planen. Informantene mente at hvis man ikke lykkes med dette vil man kunne komme i en situasjon at de endringer som blir foreslått blir

motarbeidet av tjenesteyterne. Man må skape en åpenhet i planprosessen slik at man får til det resultatet man ønsker seg (Befring, 2015). Flere informanter i denne studien påpekte at det var viktig å få de ansatte til å se utover sine egne tjenester og få en forståelse for omverden. Det er viktig å endre ansattes forståelse av utfordringer og tiltak slik at de ser sine arbeidsoppgaver i sammenheng med andre sine oppgaver (Fossestøl, 2009). Målsettingen blir å kunnskapsbasere planen med basis en felles forståelse og en breddekunnskap.

Andre sektorer i kommunen blir også løftet opp som en viktig samhandlingsaktør.

Informantene mente at det var en viktig suksessfaktor at man jobber tverrfaglig og tverrsektorielt når man kunnskapsbasere helse- og omsorgsplanen. Kunnskap i andre sektorer har ofte betydning for hvordan man planlegger for fremtidige helse- og omsorgstjenester. De tiltak som iverksettes i de ulike sektorer vil ofte ha konsekvenser for andre sektorer. En utfordring som ble løftet opp i dette samarbeidet er den økonomiske rammen man har i den enkelte sektor. En kan ofte komme i den situasjonen at man får en diskusjon om «hvem som betaler regningen» for de tiltak som iverksettes. Ved å ha en dialog om de ulike utfordringene som sektorene har, skaffer man seg en felles forståelse for det helhetlige utfordringsbildet i kommunen og det vil være lettere å lage felles mål. Komplekse utfordringer, som helse- og omsorgssektoren har mange av, krever en bredere satsning enn helsesektoren alene kan løse. Det vil kreve en bred tilnærming med samarbeid mellom flere aktører og sektorer. Dette kan ses opp mot teorier om samstyring (Røiseland og Vabo, 2008). Her kan man skape samarbeidsarenaer og nettverk for å koordinere de kommunale sektorene. I samstyringsteorien er samarbeidet med private aktører i fokus men jeg mener likevel at denne teorien også kan belyse samarbeidet mellom kommunens sektorer. Jeg støtter meg til Fossestøl (2009:42) sin begrunnelse for valg av denne teorien hvor han hevder: «*Gitt velferdsforvaltningens kompleksitet, mener jeg likevel at samstyringsbegrepet er riktig og viktig begrep for å beskrive tjenesteytingens styringsutfordringer*». For at man skal evne å få et helhetsbilde av de utfordringer som kommunen står overfor innenfor helse- og omsorgssektoren vil samspill mellom ulike sektorer være viktig. Dette vil skape en bredere tilnærming til kunnskapsgrunnlaget enn en diskusjonen om hvilke budsjett ulike virkemidler skal finansieres over. Premisser for et slikt samspill vil være gjensidig avhengighet og en likeverdig diskusjon mellom sektorene (Røiseland og Vabo, 2008). I et samstyringsperspektiv vil man da koordinere sektorene slik at man oppnår en felles retning (ibid).

Neste aktør som blir fremhevet i samspillet om å kunnskapsbasere planer for helse- og omsorgstjenesten er politikerene. Informantene hevdet at planleggingsarbeidet på mange måter

var det som var grunnlaget for politiske beslutninger. For å få gode kunnskapsbaserte beslutningsgrunnlag mente de det var viktig med deltakelse fra det politiske nivået. Det å jobbe opp mot det politiske miljøet for å forankre helse- og omsorgsplanen og skape en felles forståelse av situasjonen i kommunen var en vesentlig del av jobben som planleggere. Amdam (2011) beskriver at dersom planen skal være et godt beslutningsgrunnlag for utviklingstiltak må innholdet i den være kjent og erkjent (ibid). Med andre ord må en forsøke å skape en felles forståelse mellom administrasjonen og politikken både i forhold til hvilke utfordringer man har og hvilke strategier som vil være viktig for å løse utfordringene. Planlegging og politikk hører sammen og er gjensidig avhengig av hverandre, men ofte vil kunnskapsproduksjonen ligge hos de som kjenner faget (Aarsæther 2012, Kleven 1998). Planleggerne henter inn kunnskap, analyserer og foreslår virkemidler. Men planlegging og politikk kan ofte ha forskjellig utgangspunkt når det gjelder definisjon av mål og virkemidler og planer kan ofte ha liten politisk interesse som gjør at utredninger kan bli liggende ubehandlet. Dette kan lett oppstå når planleggingen domineres av eksperter og hvor man ikke sikrer nødvendig deltakelse av politikere i hele planprosessen (ibid). Planlegging i en kommune møter ofte ulike virkelighetsforståelser mellom fag og politikk og det er derfor viktig å lage gode planprosesser der fag og politikk bestreber en felles forståelse. En felles forståelse mellom planleggerne og politikerne vil skape en oppslutning om planen der planlegging og politikk forenes når beslutningsgrunnlaget forberedes og vedtak fattes (Kleven,1998)

Brukere av tjenesten er den siste aktøren som ble løftet opp som viktig deltaker i planprosessene. Informantene mente at brukerdeltakelse vil være en viktig faktor, både som kunnskapskilde og som forankringspunkt. Det vil være viktig å se hvilke behov innbyggerne har og å finne gode løsninger som vil dekke de behovene. Fossetøl (2009) viser til at brukermedvirkning vil kunne utvide kunnskapsgrunnlaget ved å gi enkeltbrukere og brukerorganisasjoner større innflytelse i planleggingen. Å planlegge i lys av brukerens kunnskap om hva som fungerer eller ikke fungerer skaper en større treffsikkerhet i de løsningene som foreslås (ibid). Whøni (2007:21) beskriver også: «*Betraktningen om viktigheten av god medvirkning tidlig i planleggingen bygger på forutsetningen om at god medvirkning gagnar planene eller gjennomføringen*». I min studie fant jeg imidlertid ikke noe godt beskrivende system for å skape gode brukermedvirkningsprosesser, men flere informanter hevdet at de ikke lyktes godt nok på dette området. Dette kan tyde på at det ligger utfordringer i å inkludere brukerstemmen nok når de skal kunnskapsbasere helse- og

omsorgsplanen. Involvering av brukerne skjer ofte i form av høring av den ferdig utformede plan. En enveis kommunikasjon fra planleggerne til befolkningen er beskrivelsen på prosesser med liten grad av medvirkning (Whøni, 2007) Kunnskapsgrunnlaget for helse- og omsorgsplanen vil av den grunn ikke bli bredt nok hvis man ekskluderer kunnskap om lokalsamfunn og brukerens behov. I kommunikasjon med lokalsamfunnet og brukerne vil media spille en viktig rolle. Media er en viktig aktør både i å bidra til at planen blir kjent gjennom offentlig debatt om planspørsmål (Whøni, 2007). Utfordringen som mine informanter løfter frem er at media oftest er opptatt av saker med negativ vinkling og har liten interesse for den helhetlige helse- og omsorgsplan. Media vil derfor i den sammenheng kun fokusere på eventuelle konfliktspørsmål (Whøni, 2007) og ikke bli den aktøren som kan bidra til å dele hele kunnskapsgrunnlaget om planen til befolkningen.

Hvis man ser på samspillet med alle aktørene i planprosessen så kan dette ses opp mot teorien om kapasitetsbyggende planlegging. I Healy's teori om kapasitetsbygging og samarbeidende planlegging deles det inn i kunnskapsressurser, relasjonsressurser og mobiliseringsevne. Den samlede kompetanse som kommunen har for å arbeide med kunnskapsbasert helse- og omsorgsplaner vil kunne påvirke utviklingen av planverket. Kapasiteten er de nettverk og relasjon som er involvert. Healey mfl (1999) hevder at ved å stimulere kunnskap- og relasjonsressursen påvirkes mobiliseringsevnen, og institusjonell kapasitetsbygging oppstår (ibid). Informantene i denne studien mente at suksessfaktoren ligger i å ha bred deltakelse av mange ulike aktører (relasjonsressursen) noe som bidrar til at man nyttiggjør seg kunnskapsressursene. Gjennom denne deltakelsen vil man skape en felles forståelse av utfordringsbildet og løsningsforslagene. Dette vil igjen bidra til at man får en større gjennomføringsgrad av planen (mobiliseringsevne). Informantene var enige om at kunnskapen som legges til grunn må skapes gjennom relasjon mellom ansatte, andre sektorer, politisk nivå og gjennom brukermedvirkning. Ut fra informantenes utsagn så var det ønskelig å skape gode relasjonsressurser for å få frem et godt kunnskapsgrunnlag som er basert både på fakta og erfaring.

Datagrunnlaget i denne studien viste imidlertid at helse- og omsorgslederne planlegger sammen med sine virksomhetsledere/enhetsledere. Med utgangspunkt i et innhentet kunnskapsgrunnlag informerer de brukerne, øvrig organisasjon og politikerne. Ledergruppen vil da opptre som eksperter i denne sammenhengen. Hvis man informerer om et ferdig bearbejdet kunnskapsgrunnlag vil det kunne oppstå en uenighet om hva som er gyldig kunnskap. På bakgrunn av det kan man få implementeringsutfordringer fordi man ikke vil få

felles forståelse for nødvendigheten av tiltak (Fossestøl, 2009). Ved manglende involvering vil man kunne få endringsmotstand mot de tiltak som er presentert og kan gi utfordringer i å mobilisere de aktørene som skal gjennomføre planen.

5.5.1 Utforming av planen

En faktor som har vist seg å være av betydning for forankring og implementering av helse- og omsorgsplan er utforming av selve planen (dokumentet). For å kunne kommunisere er det viktig at vi forstår hverandre. Måten planen blir utformet med tanke på hvilke ord eller språk man velger å bruke vil ha betydning for hvordan den blir mottatt av de som leser den (Skjørshammer, 2004). Planer som er skrevet i et språk som er så vanskelig at man ikke klarer å relatere seg til innholdet vil ikke gi et nødvendig eierforhold til planverket. Et vanskelig planleggingsspråk vil bidra til at viktige budskap drukner gjennom lange generelle betraktninger. Planen vil ikke kunne få den interessen som kreves og det kan resultere i at planen ikke blir tatt i bruk eller man får nødvendig oppslutning rundt den (ibid). Skjørshammer (2004) understreker at ledere i helsesektoren har en særlig utfordring nå det gjelder å jobbe med språket og utformingen av planverket. Det bør legges opp til et felles språk som prater til alle. Utformingen av planen må være i et lettfattelig språk for å informere om innholdet men også for å bidra til gode drøftinger og skape samhandling rundt gjennomføring av planen (ibid). Dette er etter min mening underkommunisert i planleggingsteorien.

5.6 Kommunikativ versus instrumentell planlegging av helse- og omsorgstjenesten.

Hvis man tar datagrunnlaget i denne studien og kobler det opp mot den kommunikative og den instrumentelle planleggingstradisjonen så kan det tyde på at informantene mener at kommunikativ tilnærming i planarbeidet vil være en vesentlig faktor for å kunne gi kunnskapsbaserte planer innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Dette begrunnes med at informantene påpekte at det var viktig med:

- Et bredt kunnskapsgrunnlag bestående av faktakunnskap, erfaringsbasert kunnskap og praksiskunnskap
- At resultatet blir bedre hvis flere aktører bidrar og belyser ulike perspektiver i alle planfaser
- Å skape et fellesskap hvor flere aktører bidrar i innhenting og analyse av kunnskap
- Å skape et felles ståsted og bli enige om veien videre på bakgrunn av denne kunnskapen

Disse punktene kan kun nås gjennom kommunikasjon med mange aktører i planprosessen.

Kommunikativ planlegging brukes ofte når det er uklare mål og usikre omgivelser.

«Mobilisering av kunnskap fra ulike grupper er nødvendig for å kunne håndtere komplekse problemer» (Hofstad, 2012:24). Slike komplekse situasjoner er velkjente i helse- og omsorgstjenesten i kommune. Kommunikativ planlegging legger til grunn at ingen sitter med hele kunnskapsbildet og oversikten av tjenesten (Skjørhammer, 2004). Det vil være flere meninger om hvordan man skal nå de ulike målsetninger i planen. Spesielt viktig vil det være at de som skal gjennomføre de ulike tiltakene får være med å lage planen. Dette sikrer at man får et eierskap og engasjement til å gjennomføre planen. Dette er viktig fordi mange medarbeideres individuelle innsats vil være avhengig av om man lykkes i gjennomføring (ibid). Et viktig virkemiddel vil da være å koordinere planprosessen hvor man avveier de ulike interesser og meninger (Hofstad, 2012). Gjennom kommunikativ handling vil man få en felles forståelse av utfordringene dersom man inkluderer alle interessers stemme.

Studien viser at man i praksis har utfordringer i å jobbe innenfor kommunikativ plantradisjon. Flere utsagn fra informantene tyder på at de jobbet mye med å informere om det ferdig analyserte kunnskapsgrunnlaget. Det kan derfor tyde på som Cruickshank og Evju (2015:51) beskriver: «Det kan se ut som at en av hovedutfordringene for kommunikativ planlegging virkelig skal fungere i Norge, er forskjellen på kommunikasjon og informasjon».

Pløger (2013) beskriver at informasjon er nødvendig for å til en dialog. Medvirkning må likevel først og fremst være å få tak i lokalkunnskapen for å sikre at planen svarer på de lokale utfordringene. De fleste informantene oppga at involvering av brukere ble ivaretatt gjennom høringer etter at planen er utarbeidet. De oppgir videre at ansatte blir informert om de valg man har tatt på bakgrunn av den kunnskapen som er innhentet og analysert. Studien viser

derfor at man ikke har den kommunikativ tilnærmingen som man ønsker. For å lykkes med den kommunikative tenkningen må den gjennomsyre hele planleggingen. Den må ikke avgrenset til en høringsrunde når planen er ferdig utarbeidet.

Min studie har ikke systematisk vurdert politikerens rolle i planleggingsprosessene, men alle informantene var tydelig på at politikere bør trekkes mer inne i planprosessene for å skape eierforhold og forankring av kunnskapsgrunnlaget. De pekte på at deres viktigste rolle som planleggere var å tilføre politikerne kunnskap før de politiske beslutningene skal tas. Det er forøvrig et tankekors at henvendelsen til politikerne helt unntaksvis ble omtalt som å gi ferdig analysert kunnskap. Planprosesser hvor politikerne var med i planleggingen og medvirket som likeverdig part var lite omtalt. Kleven (1998) argumenterer for at man i planleggingen må bidra til at planleggere og politikere har en likeverdighet i utarbeidelse av planen. Verken politikere eller fagfolk vil være den som har retten til å definere virkeligheten. Hvilken kunnskap som skal ligge til grunn og forståelsen av problemene må være basert på gjensidig dialog. Planleggeren og politikerne må i en gjensidig dialog finne en felles forståelse av problemet og hvilke løsningsforslag man skal velge (ibid).

Oppsummert kan man si at man vil lykkes bedre med kunnskapsbasert tilnærming til planarbeidet ved å bruke mer av den kommunikativ rasjonaliteten i planleggingsarbeidet. En kommunikativ planlegging hvor man inkluderer flere aktører i et samspill inspirert av Jürgen Habermas sin teori om åpne demokratiske meningsdannelsesprosesser (Amdam, 2011). I demokratiske meningsdannelsesprosesser vil den instrumentelle og den kommunikative planlegging høre sammen. Ulike aktører vil i fellesskap skape både subjektiv og objektiv kunnskap gjennom først å bli enige om hvilken faktakunnskap som skal ligge til grunn. Deretter vil denne kvantitative kunnskapen (fakta) ses opp mot den kvalitative (erfaring) kunnskapen. Til sammen vil man få en kunnskapsbasert plan hvor man har en felles forståelse av utfordringsbildet, og man kan lage tiltak og mål for å møte morgendagens utfordringer innen helse- og omsorgstjenesten.

6. Konklusjon og avsluttende refleksjoner

Å se på faktorer av betydning for at kommunene skal lykkes i å lage kunnskapsbaserte planer innenfor helse- og omsorgstjenesten var studiens målsetting. Spørsmål som ble reist er hvordan kommunene arbeider når de skal innhente, analysere og implementere kunnskap i sin helse- og omsorgsplanlegging.

Helse- og omsorgssektoren er stor og kompleks og man er avhengig av mange aktører for å gjennomføre gode kvalitative tjenester. Planlegging av helse- og omsorgstjenesten omhandler overgripende samfunnsstrukturer som er kompliserte og sammensatte. Kunnskapsbaserte planer dreier seg om å integrere relevant data, forskning og erfaringsbasert kunnskap i planverket. En tilnærming til politiske beslutninger der en søker å benytte beste tilgjengelige data og forskning samtidig som det tas høyde for lokale forhold og preferanser.

Informantene har nevnt en rekke faktorer som har betydning når man skal utforme helse- og omsorgsplaner. Kapasitet og kompetanse ble pekt på som viktige faktorer for gjennomføring av den kunnskapsbaserte tilnærmingen til helse- og omsorgsplanleggingen. I tillegg ble det fremhevet betydningen av å ha et mangfoldig kunnskapsgrunnlag som inkluderer både faktabasert og erfaringsbasert kunnskap. Den erfaringsbaserte kunnskapen nås gjennom en bred involvering og forankring i hele organisasjonen, politikere og brukere.

Et viktig moment var at planleggingen må brukes som et verktøy for politisk styring. Studien viser at involvering av politikere kan føre til større forankring og bedre kunnskapsgrunnlaget for planene. Man sikrer at administrasjonen og politisk ledelse har en felles forståelse som sikrer implementering av kunnskapen i sektorens planverk og gir bedre grunnlag for beslutninger. I tillegg skal planleggingen sørge for helhetlig samordning i kommunen, med involvering av tjenestens ansatte og andre sektorer. Er ansatte og andre berørte sektorer tatt med innledningsvis har man sikret at kunnskap og erfaring blir tatt hensyn til som mulige planleggingsfaktorer.

I analysen av studiens datamateriale kommer et hovedbilde tydelig frem. Hovedkonklusjonen er at en kommunikativ tilnærming til planlegging av sektoren øker muligheten til et bedre kunnskapsgrunnlag og et bedre beslutningsgrunnlag. Tidspress og begrensede ressurser leder likevel til at man ofte benytter en mer instrumentell tilnærming. Helse- og omsorgslederen med sin ledergruppe ofte tar beslutninger om hvilket kunnskapsgrunnlag som skal benyttes.

Denne kunnskapen blir analysert av ledergruppen og først etter at kunnskapsmaterialet er ferdig analysert informeres øvrige ansatte, brukere og politikere.

Det vil derfor være viktig å utvikle den kommunikative planleggingsmodellen og prioritere tid til slike prosesser for å bedre kunnskapsgrunnlaget i helse- og omsorgsplanene. Men fordi planlegging er en øvelse for administrasjonen så sitter man fast i en mer instrumentell ekspertplanlegging og blir eksperter på brukernes og politikernes vegne.

Det kom frem en klar forskjell mellom kommuner som hadde organisert seg i en to-ledernivåmodell og kommuner som hadde organisert seg i en tre-ledernivåmodell. Det kan derfor se ut som at organisasjonsformen kan ha en betydning for hvordan man jobber med kunnskapsbasering av sine planverk. Kapasitet til å jobbe med strategi og planleggingsoppgaver opplevdes som mer utfordrende for ledere i to-nivå modell fordi man stadig kom i skvis med daglige gjøremål og de opplevde det som utfordrende å sette av nok tid og ressurser til helse- og omsorgsplanlegging.

I tillegg til kapasitet ble kompetanse løftet frem som viktig faktor. Med tanke på andelen av kommunens budsjett til sektoren og for at kommunene skal foreta hensiktsmessige beslutninger i nåtid og fremtid, er det viktig med analytiske planer. For å fremstille dette i den enkelte kommune er det derfor viktig med god planleggingskompetanse. I utgangspunktet for denne studien hadde jeg en forforståelse at kompetanse var en mangel i dette arbeidet, men de fleste oppga at det var nok kompetanse i kommunen når man ser hele kommunen under ett. Men her igjen ble kapasitetsutfordringen det som ble avgjørende for om de kunne nyttiggjøre seg denne kompetansen.

Kunnskapsbasert helse- og omsorgsplanlegging vil nok kreve en større bevissthet av kommunene. Ikke bare helseledere, men også overordnet ledelse må prioritere oppgaven for å lykkes med å nå de mål som helselederne setter som suksessfaktorer for planleggingen. Kunnskapsutvikling vil kreve ressurser og kompetanse som må prioriteres til å jobbe kvalitativt godt med planleggingen. Hvis man skaper et system for å ivareta bredden av erfaringskunnskap vil man styrke kvaliteten i beslutningene gjennom økt kunnskap og vurderinger. I tillegg vil man redusere sannsynligheten for motstand knyttet til gjennomføring. Det politiske nivå vil kunne oppnå bedre styring gjennom deltakelse i selve planprosessen med sitt verdigrunnlag og kunnskap om lokalsamfunnet. Når opplevelsen er at man ikke lykkes med bred involvering av flere aktører i planleggingen må man jobbe mer systematisk og lage gode retningslinjer for gjennomføring av den kommunikative prosessen.

Det er grunn til å tro, ut fra de skisserte fremtidsoppgaver som helse- og omsorgstjenesten skal dekke, at behovet for kunnskapsbaserte planer vil bli forsterket i tiden fremover. God kommunal planlegging vil være en forutsetning for å møte de utfordringer helse- og omsorgstjenesten står overfor (Disch og Vetvik, 2012).

Studien har hatt sine begrensninger i form av tid og ressurs som har ført til at jeg har måttet ta noen avgrensninger. Jeg har fokusert på helse- og omsorgslederens perspektiv på temaet men i videre studier av samme emne kan man inkludere stemmen til flere aktører. Gjennom videre forskning kan man da sammenligne svarene fra helse- og omsorgslederne med andre aktører for å få en større bredde og kunnskap om temaet. Det som ville være spesielt interessant er å se på faktorer som hemmer og faktorer som fremmer kunnskapsbasert planlegging sett fra politikerens ståsted. Ved å studere politikerens rolle i forhold til administrasjonens rolle i dette arbeidet kan gi et bidrag til å se temaet i en større sammenheng. Man kan finne faktorer som er avgjørende for at administrasjon og politikk vil være like viktige bidragsyttere i prosessen med å lage kunnskapsgrunnlag for planverket. Dette har ikke vært denne studiens oppgave men jeg håper likevel at studien kan inspirere til å lage gode kunnskapsbaserte helse- og omsorgsplaner i kommunene.

«Kunnskap kan være to ting; Det vi vet og det at vi vet hvor vi kan lære det vi ikke vet»

Samuel Johnson

Litteratur

- Aadland, E (2011) *Og eg ser på deg*. Oslo: universitetsforlaget
- Aarseth, T., Berge, D. M., Gjerde, I., Husby, S. og Rønhovde, L. (2003) *Flat Struktur i en liten kommune – Evaluering av ny organisasjonsstruktur i Eide kommune*. Molde: Møreforskning Molde AS.
- Aarsæther, N., E., Nyseth, T., Kristiansen, R. (2012) *Utfordringer for norsk planlegging*. Cappelen Damm Høyskoleforlag
- Abrahamsen, D.R., (2006) *Mer hjemmetjenester til mottakere under 67 år*. Samfunnsspeilet, 2006/5-6. Online: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/mer-hjemmetjenester-til-mottakere-under-67-aar>
- Agenda Kaupang (2010) *Erfaringer med flat struktur*. Rapportnr R6628.
- Amdam, J., Veggeland, N. (2011) *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Amdam, R. (2011) *Planlegging og prosessleiing*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Amdam, R. (2005) *Planlegging som handling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barstad, S. (2006) *Seniorland – omsorgsscenarioer for nye gamle*. Hovedfag samfunnsplanlegging, Høgskolen i Lillehammer
- Befring, A. K. (2015) *Helsepolitikk og ledelse*. Oslo: Cappelen Damm
- Cruicshank, J. og Evju, H.H.(2015) *Kommunikativ vending eller bare teori?* I Tidsskriftet Plan 1/2015
- Demensplan 2020 (2015) *Regjeringens plan for demensomsorgen*. Helse og omsorgsdepartementet, Oslo
- Disch, P.G. Vetvik, E. (2009) *Framtidas omsorgsbilde – slik det ser ut på tegnebrettet*. Senter for omsorgsforskning Sør.
- Disch, P.T. Vetvik, E. (2012) *Kommunal omsorg i plan*. Senter for omsorgsforskning sør.

- Elliott, H., Popay, J. (2000). *How are policy makers using evidence? Models of research utilization and local NHS policy making*. J Epidemiol Community Health
- Evju, H.H. (2014) *Mens debatten er en kamp, er dialogen et samarbeid*. Avhandling Universitetet i Agder
- Falleth, E. (2010) *Generasjonsskifte i norsk planlegging?* Tidsskrift Plan 6/2010
- Falleth, E. (2015) *Fra byplanlegging til samfunnsplanlegging*. Artikkel kommunetorget.no
Online: <http://www.kommunetorget.no/Halvards-hjorne/Planlegging/Kronikk-og-debatt-2/ny-artikkel>
- Faludi, A. og Waterhout, B. (2006) “*Introducing Evidence-Based Planning*” I Hofstad, H (2012) *Håndtering av «Wicked problems» i kommunal planlegging*. Doktoravhandling ved det samfunnsvitenskapelige fakultet. Oslo: universitetet i Oslo
- Farner, A. (2015) *Ulike planleggingsformer baseres på ulike former for rasjonalitet*. Online:
- Fossestøl, K. (2009) *Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring av velferdsstatlig tjenesteyting*. Tidsskriftet sosiologi dag, årgang 39, nr 1/2009
- Fretheim, A. (2013) *Kunnskapsbasert politikkutforming*. Norsk Epidemiologi 2013: 23,
Online: <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/1645>
- Friedmann, J. (1987) *Planning in the public domain: From knowledge to action*. Princeton: Princeton University Press.
- Fuglsang, L. og Olsen, P.B. (2004) *Videnskapsteori på tværs af fagkulturer og paradigmer i samfundsvidenskaperne*. Fredriksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Glaser, B. G., og Strauss, A. L. (1967) *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Grimen, H. (2008) *Profesjon og kunnskap*. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), Profesjonsstudier (s. 71-86). Oslo: Universitetsforlag.
- Hagen, A. (2001) *Planlegging på kommunenivå*. I Aarsæther, Nils og Aksel Hagen Planlegging.no! Innføring i samfunnsplanlegging. Oslo: kommuneforlaget AS
- Hallandvik, J. E. (2014) *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal akademisk

- Healey, P. (1997) *Collaborative planning: shaping places in fragmented societies*. Basingstoke: Macmillan.
- Healey, P. (1998) *Building institutional capacity through collaborative approaches to urban planning*. Online: <http://epn.sagepub.com/content/30/9/1531.short>
- Healey, P., De Magalhaes, C., Madanipour, A., Pendlebury, J. (1999) *Urban governance, institutional capacity and regenerating city centers*. Online: <http://epn.sagepub.com/content/30/9/1531.short>
- Helsedirektoratet (2012) *Prioriteringer i helsesektoren - Verdigrunnlag, status og utfordringer – IS-1967*. Online: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/80/Prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-stauts-og-utfordringer-IS-1967.pdf>
- Helsedirektoratet (2016) *Nøkkeltall for helse og omsorgssektoren*. IS-2464
- Helsedirektoratet. (2016) *SAMHANDLINGSSTATISTIKK 2014–15*. Rapport IS-2427. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hermansen, Å., Gautun, H. (2013) *Yngreomsorgen i møte med eldreomsorgen*. Fontene Forskning 1/13
- Hjelmbrekke, S., Løyland, K., Møller, G. og Vardheim, I. (2011) *Kostnader og kvalitet i pleie og omsorgssektoren*. TF-rapport nr 280
- Hofstad, H., Lid, S., Schou, A. og Vedeld, T. (2015) *Lokal oversikt over folkehelsen - muligheter og utfordringer*. NIBR-rapport: 2015:13
- Hofstad, H. (2012) *Håndtering av «Wicked problems» i kommunal planlegging*. Doktoravhandling ved det samfunnsvitenskapelige fakultet. Oslo: universitetet i Oslo
- Innes, J. (2013) *A Turning Point for Planning Theory? Overcoming Dividing Discourses*. Institute of Urban and regional development. UC Berkeley Online: <http://escholarship.org/uc/item/1fd0r5kv>
- Jacobsen, I. (2012) *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jacobsen, I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm AS

- Klausen, J.E., Arnsen, S., Christensen, D. A., Folkestad, B., Hanssen, G.S., Winsvold, M., Aars, J. (2013) *Medvirkning med virkning? Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen*. NIBR/Uni Rokkansenteret
- Kleven, T., Naustdalslid, J, B. (2011) *Styrkning av planforskning og planleggerutdanning i Norge*, vol 2011: 14 Oslo: NIBR
- Kleven, T. (2011) *Fra gjenreising til samfunnsplanlegging. Norsk kommuneplanlegging 1965-2005*. Trondheim: Tapir Akademiske forlag.
- Kleven, T. (1988) *PLAN-NORGE 1988. En undersøkelse av planleggingssituasjonen i norske kommuner*. NIBR-notat 1988:141. Oslo; Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Kleven, T. (1998) *Planlegging og handling*. Oslo. Kommuneforlaget
- Kristiansen, J. E. (2007) *Tall kan temmes, om å bruke og forstå statistikk*. Oslo: Cappelen Damm
- Krumsvik, R.J. (2014) *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Vigmstad & Bjørke
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norske Forlag AS.
- Lange, E. (2015) *Bedre levekår*, Norgeshistorie.no. UIO Oslo
- Langergaard, L., Rasmussen S.B., Sørensen, A. (2006) *Videnskap og virkelighet*. Fredriksberg: samfundslitteratur
- Langseth, M (2014) *Kartlegging av plankapasitet og plan-kompetanse i kommunene*. NIVI Rapport 2014:1
- Lai, L. (2010) *Strategisk kompetansestyling*. Fagbokforlaget Vigmstad & Bjørke AS
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011) Helse og omsorgsdepartementet
- Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) (1992), Kommunal og moderniseringsdepartementet
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (2008), Kommunal og moderniseringsdepartementet

- Malterud, K., Bjelland, A.K., Elvbakken, K.T. (2016) *Evidence- based medicine – an appropriate tool for evidence-based health policy? A case study from Norway* Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779248/>
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, Oslo: Universitetsforlaget
- Miljøverndepartementet (2012) - *T-1492 Kommuneplanprosessen – samfunnsdelen – handlingsdelen*
- Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging (2015) Kommunal og moderniseringsdepartementet
- Nortvedt, M. W., G. Jamtvedt, G. Graverholdt & B. Reinart (2007) *Å undervise og arbeide kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norges Sykepleierforbund.
- Nylenna, M (2003) *Norsk offentlig helsevesen jubilerer*, i Tidsskrift for den norske lægeforening Nr.12- 12. juni
- NOU 2001:7 *Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven — Planlovutvalgets første delutredning*. Online: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2001-7/id143492/>
- NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt - en sammenhengende helsetjeneste*. Online: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-03/id152579/>
- NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg*, online: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Omsorg 2020 (2015) *Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Online: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf
- Otnes, B. (2015) *Utvikling i pleie og omsorgstjenestene 1994-2013*, i Tidsskrift for omsorgsforskning. Årgang 1. Nr 1. Oslo: universitetsforlaget
- Ot. prp.nr 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*
- Ot.prp. nr. 32 (2007-2008) *om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen)*, Miljøverndepartementet, Oslo

Ot.prp.nr 91L (2010-2011) *om Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo

Plathe, E. (2015) *Effektivisering av kommunal planlegging*. Sluttrapport. Asplan Viak

Pløger, J. (2013) *Kommunikativ planlegging og demokrati - nye perspektiver i planforskningen*. NIBR-rapport 2002:17

Postholm M. B. (2010) *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget

Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S. og Lindahl, A. K. (2013) *Health systems in transition*, Vol. 15 No.8. Kunnskapssenteret.

Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Fagbokforlaget Vigmstad & Bjørke AS.

Rittel, H.W.J., og Webber. M.M. (1973) *Dilemmas in a general theory of planning*, Policy sciences 4, 155-169

Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2012) *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget

Røvik K. A. (1998) *Moderne organisasjoner Trender i organisasjonstenkingen rundt tusenårsskifte*, Fagbokforlaget, Oslo

Schøitz, A.(2003) *Folkets helse- landets styrke 1850-2003*. Oslo: Universitetsforlaget

Skjeggedal, T. og Harvold, K. (2008) *Planleggings- og stedsutviklingskompetanse i kommuner og fylker*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Skjørshammer, M (2004) *Bedre planlegging i helsesektoren*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk men ikke glemt*. Rapport IS-1486. Oslo

St.meld. nr. 31 (2000-2001) *Kommune, fylke, stat - en bedre oppgavefordeling*, Kommunal og moderniseringsdepartement

St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo

- St. meld. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo
- St. meld. nr. 29 (2012–2013) *Morgendagens omsorg*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo
- St. meld. nr. 16 (2010-2015) *Nasjonal helse og omsorgsplan*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo
- St. meld. nr. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, Helse og omsorgsdepartementet
- St.meld.nr. 19 (2014-2015) *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo
- St.meld. nr. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*, Helse og omsorgsdepartementet, Oslo
- Vabo, S.I. og I.M. Stigen (2004) *Moteslaveri, interesser og behov. En analyse av utbredelsen av "moderne" organisasjonsløsninger i norske kommuner*, Nordiske Organisasjonsstudier
- Vangen, S. og Huxham, C. (2009) *En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi I Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*, Elisabeth Willumsen red. Oslo: Universitetsforlaget
- Veenstra, M. Kvale Hovig, A. Gautun, H. (2015) *Resultatevaluering av omsorgsplan 2015: Kommunal planlegging*. Rapport nr 4/15, Velferdsforskningsinstituttet NOVA
- Walshe, K. og Rundall, T.G. (2001) *Evidence-based management: from theory to practice in health care*. PubMed. Online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11565163>
- Wist, G (2010). *Kunnskapsbasert folkehelse i teori og praksis: kunnskap som redskap i kommunal samfunnsplanlegging*, Avhandling Høgskolen i Buskerud og Vestfold
- Wøhni, A. (2007). *"Virker medvirkning virkelig?": evaluering av planmedvirkning i storbyene*. sluttrapport. Sandvika: Asplan Viak.
- Zeiner, H. og Hanssen, G. S. (2012) *Demokrati, styring og planlegging, funn fra forskningen 2005 – 2010*, Norges forskningsråd, Oslo
- Øvrelid, B. (2009). *Nødvendigheten av fronetisk handlingskompetanse i sosialt arbeid*. Karlstads universitet, Karlstad.

Vedlegg 1.

Forespørsel om tillatelse til gjennomføring av en undersøkelse i forbindelse med masteroppgave.

I forbindelse med mitt masterstudium i Helsevitenskap ved NTNU ønsker jeg i arbeidet med den avsluttende masteroppgaven å intervju helse og omsorgsledere som medvirker til utforming av helse og omsorgsplan i samfunnsplanen.

Temaet for masteroppgaven er

«Hvilke faktorer fremmer eller hemmer kunnskapsbasert helse og omsorgsplanlegging?»

Studien er evalueringsforskning av et prosjekt som driftes av Fylkesmannen i Nord- og Sør-Trøndelag. Man vil gjennom studien kartlegge utfordringer i kunnskapsbasert planlegging som en del av evaluering av prosjektet innsats og søke å finne på hvilken måte prosjektet kan bidra til økt bruk av faktabasert kunnskap i analyse og planlegging av sine tjenester.

For å evaluere prosjektet samt belyse de faktorer som påvirker kunnskapsbasert helse og omsorgsplanlegging ønsker jeg å gjennomføre intervju i kommuner som har deltatt som pilotkommuner i prosjektet.

For å belyse spesielt planlegging av helse og omsorg ønsker jeg å samtale/intervjue helse og omsorgsledere som sitter i nivå to i organisasjonen og nært samarbeid med de andre sektorene og rådmann.

Intervjuet vil ta inntil halvannen time og intervjuet vil bli tatt opp på bånd. Opptaket vil bli umiddelbart slettet etter utskrift og opplysningene som blir gitt i samtalen vil bli konfidensielt behandlet, slik at opplysningene ikke skal være gjenkjennbare for andre.

Det gis ingen økonomisk kompensasjon for å delta.

Svar på forespørselen kan gjøres på mail eller på telefon.

På forhånd takk.

Med hilsen

Bente Kne Haugdahl

e-post bentekne@stud.ntnu.no

telf. 97486718

Vedlegg 2. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Hvilke faktorer som hemmer eller fremmer kunnskapsbasert planlegging»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt i som gjennomføres som en masteroppgave ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved NTNU

Hensikt med studien

Studien er evaluering av et prosjekt som driftes av Fylkesmannen i Nord- og Sør-Trøndelag. Herunder kartlegge utfordringer i kunnskapsbasert planlegging som en del av evaluering av prosjektet innsats og søke å finne på hvilken måte prosjektet kan bidra til økt bruk av faktabasert kunnskap i analyse og planlegging av sine tjenester.

Hva innebærer det for deg å delta

Deltakelse i studien innebærer å være med på et forskningsintervju.

Det gjennomføres individuelle intervju basert på en delvis strukturert intervjuguide. Intervjuet vil ta inntil halvannen time og intervjuet vil foregå i din kommune sånn at det påregnes ingen reising for deg.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil og siden transkribert. De anonymiserte intervjuene vil inngå i analyser for masteroppgaven i helsevitenskap. Ingen informasjon som blir brukt ved analysene eller ved presentasjon av resultatene vil kunne kobles til deg som person og lydopptak vil bli slettet etter studiens slutt.

Informasjonen som studien får fra deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender den pr post eller pr mail til meg. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke så lenge studien pågår.

Det gis ingen økonomisk kompensasjon for å delta.

Med hilsen

Bente Kne Haugdahl

e-post: bentekne@stud.ntnu.no

Adresse: Kroghbakken 7, 7713 Steinkjer

telf.97486718

Vedlegg 3. Intervjuguide

Orientering om masteroppgaven.

«Hva hemmer og fremmer kunnskapsbasert planlegging i helse og omsorgstjenesten?»

Orientering om prosjektet.

«Analyse og planlegging av helse og omsorgstjenesten i kommune»

Det eksisterer i dag ei rekke informasjonskilder som kommunene kan brukes i plan- og utviklingsarbeidet. Men det kan være en utfordring at informasjonen ligger spredt og kan være vanskelig å sammenstille. Fylkesmennene i Nord- og Sør-Trøndelag har utviklet en portal som samler styringsdata fra ei rekke leverandører på ett sted, og jeg regner med at du kjenner til den.

Det jeg er mest interessert i dette intervjuet, er hvordan dere i din kommune arbeider med plan- og utviklingsarbeid innen helse- og omsorg, og hvordan dere henter inn informasjon.

Spørsmål

Kunne du først fortelle hvilke rolle du har i arbeidet med planleggingen av helse- og omsorgstjenestene i din kommune?

- Hvor du er i organisasjonen
- Hvem du samarbeider med
- Hvordan dette arbeidet er organisert
- Hvor mye tid du bruker på denne delen av arbeidet
- Hva slags fagbakgrunn har du?
- Annet?

Hva mener du er det viktigste grunnlaget når kommunen skal utarbeide planer for helse- og omsorgstjenestene?

- Eks. folk med erfaring fra slik planlegging
- Lokalkunnskap
- Folk med helsebakgrunn
- Folk med økonomisk bakgrunn
- Politisk innsikt
- Kontakt med politikerne
- Kontakt med rådmannen
- Kontakt med brukerne
- Konkret datagrunnlag om befolkning
- Konkret datagrunnlag om helsetilstanden i kommunen
- Konkret datagrunnlag om helsetjenestene i kommunen
- Annet??

Dersom du som planlegger ønsker informasjon ut over det som du/dere planleggere har fra før: Hva slags informasjon er det mest behov for?

- Eks: Brukernes syn
- Politikernes syn
- Rådmannens syn
- Økonomisjefens syn
- Statistisk oversyn over helsetilstanden i kommunen
- Statistisk oversyn over helse- og omsorgstjenestene i kommunen
- Annet??

Dersom du/dere skal skaffe slik informasjon: Hvor bruker dere å henvende dere hen?

Hvor lett eller vanskelig synes du det er å skaffe deg nødvendig informasjon?

Er det informasjon du synes er vanskelig å få tak i?

Hvordan synes du planarbeidet fungerer?

- Ressurser nok?
- Kompetanse nok?
- Samarbeidet?

Hvordan synes du planene er blitt?

- Styrker
- Svakheter

Hvordan er planene mottatt?

- Hos rådmannen/resten av administrasjonen
- Politikerne
- Media
- Brukerne
- Folk flest

Du kjenner Fylkesmannens informasjonsportal:

- Hva slags rolle mener du denne portalen har hatt for deg i dette arbeidet?
- Hvor ofte bruker du den?
- Hva er styrkene ved den?
- Svakheter/mangler?

Hvordan mener du at Fylkesmannens best kan bidra til å bedre arbeidet med de kommunale helse- og omsorgsplanene i kommunene?

Er det noe annet du vil tilføye?

Takk for samtalen!

Vedlegg 4. Godkjenning NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 2
N-5007 Bosgen
Norway
Tel. +47 55 58 21 17
Fax. +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Marit Solbjør
Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap
NTNU
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 05.08.2015

Vår ref: 43930 / 3 / MRM

Deres dato:

Deres ref.

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.06.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 03.08.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43930	<i>Hvilke faktorer fremmer eller hemmer kunnskapsbasert helse og omsorgsplanlegging? En evaluering av prosjektet analyse og planlegging av helse og omsorgstjenesten i kommune.</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Marit Solbjør
Student	Bente Kne Haugdahl

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

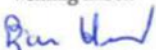
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Marianne Høgetveit Myhren

Marianne Høgetveit Myhren tlf: 55 58 25 29
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Bente Kne Haugdahl, -1 UKJENT