

Nordiske Organisasjons- Studier



3 – 2015
ISSN 1501-8237



FAGBOKFORLAGET

Nordiske OrganisasjonsStudier

Nordic Organization Studies

Nordiske Organisasjonsstudier utgis av Fagbokforlaget i samarbeid med Uni Rokkansenteret, med støtte fra Nordisk Publiceringsnævn for humanistiske og samfunnsvidenskabelige tidsskrifter (NOP-HS).

Ansvarlig redaktør

Jacob Aars , Uni Rokkansenteret

Redaksjonssekretær

Helge Renå, Universitetet i Bergen

Lokal redaksjon (Bergen)

Simon Neby, Uni Rokkansenteret
Lise Hellebø Rykkja, Universitetet i Bergen
Marit Skivenes, Universitetet i Bergen

Nordisk redaksjon

Staffan Furusten, Score, Stockholm (Sverige)
Hanne Foss Hansen, Københavns universitet
København (Danmark)
Ragnhild Kvalshaugen, Handelshøyskolen BI,
Oslo (Norge)
Runolfur Smari Steinthorsson,
Íslands universitet (Ísland)
Eero Vaara, Hanken (Finland)

Redaksjonsadresse

Uni Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
N-5015 BERGEN
Norge
Tel: +47 55 58 94 97
Fax: +47 55 58 97 11
E-post: nos.rokkan@uni.no

Redaksjonsråd

Mats Alvesson, Lunds universitet
Rolv Petter Amdam, Handelshøyskolen BI, Oslo
Torben Beck Jørgensen, Københavns Universitet
Ingmar Björkman, Aalto-univeristetet, Helsinki
Nils Brunsson, Handelshögskolan i Stockholm
Morten Egeberg, Universitetet i Oslo
Lars Engwall, Uppsala universitet
Päivi Eriksson, University of Kuopio
Nicolai Foss, Handelshøyskolen i København
Steen Hildebrandt, Handelshøyskolen Århus universitet
Bengt Jacobsson, Södertörns Högskola
Thor Øivind Jensen, Universitetet i Bergen
Sten Jönsson, Handelshögskolan i Göteborg
Bente Løwendahl, Handelshøyskolen BI, Oslo
Jan Löwstedt, Mälardalens högskola
Odd Nordhaug, Norges Handelshøyskole, Bergen
Stefan Olafsson, Íslands universitet
Kjell Arne Røvik, Universitetet i Tromsø

Abonnementspriser

Subscription rates

Institusjoner: NOK 845,- pr. år
Private: NOK 485,- pr. år
Heftepris: NOK 210,- pr. nr

Henvendelse om abonnement rettes til:

Fagbokforlaget, Kanalveien 51, 5068 Bergen, Norway
Telefon: +47 55 38 88 00 – Faks: +47 55 38 88 01
E-post: fagbokforlaget@fagbokforlaget.no
<http://www.fagbokforlaget.no/>

© Fagbokforlaget 2015

Sats: ved forlaget
Grafisk produksjon: John Grieg AS, Bergen



Innhold

ARTIKLER

| | |
|---|-----|
| Samhandlingsreformen i Norge | 3 |
| ANDERS GRIMSMO, RALF KIRCHHOFF OG TURID AARSETH | |
| Strukturering av oppdragsnettverk | 13 |
| BIRGITTE LJUNGGREN, MARIT SOLBJØR OG HANNE HESTVIK KLEIVEN | |
| Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? | 37 |
| ÅGE BREKK OG RALF KIRCHHOFF | |
| Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold | 63 |
| ERNA HÅLAND OG TONJE C. OSMUNDSEN | |
| Prosjektorganisering | 86 |
| JANNY MEESE OG LARS RØNHOVDE | |
| Mot samhandlingskommunen? | 109 |
| TURID AARSETH, KARI E. BACHMANN, INGUNN GJERDE OG GURI KAURSTAD SKROVE | |

Samhandlingsreformen i Norge

ANDERS GRIMSMO, RALF KIRCHHOFF OG TURID AARSETH



Samhandlingsreformen ble innført i Norge 1.1.2012 og kan beskrives som en koordinerings- og retningsreform, hvor økonomiske, juridiske, organisatoriske og faglige virkemidler skal fremme det overordnede målet om helhetlige og smidige pasientforløp (St.meld. nr. 47 (2008–2009); St.meld. nr. 16 (2010–2011)). Spesialist- og primærhelsetjenesten skal i større grad samhandle med hverandre, og kommunene har fått en større del av ansvaret for helsetjenestene. Reformen har slektskap med helsereformer i våre naboland (OECD 2013a, 2013b). Det svenske lokalvård-konseptet og den danske modellen for kommunal medfinansiering av sykehustjenester¹ er begge viktige inspirasjonskilder for utvikling av helsetilbud utenfor sykehus. Reformen har videre klare likhetstrekk med partnerskapstenkingen i Health Action Zones-reformen i England, og med pågående reformer i Australia og Skottland (Davies mfl. 2009; Freeman 2008).

Kort tid etter at samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012, fikk Norges forskningsråd i oppdrag å etablere en løpende evaluering. I alt er seks prosjekter blitt etablert. I dette spesialnummeret presenteres noen resultater fra prosjektet «Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen» (SPIS). Som en bakgrunn for de organisasjonsfaglige spørsmål som ligger til grunn for SPIS-prosjektet og de seks artiklene som inngår i spesialnummeret, skal vi først gi en kortfattet fremstilling av noen særtrekk ved norsk helsetjeneste samt reformens begrunnelser og virkemidler.

SÆRTREKK VED NORSK HELSETJENESTE

Grunnleggende karakteristika for norsk helsetjeneste er at den i alt vesentlig er offentlig eid og drevet, men delt i to adskilte beslutningslinjer for henholdsvis spesialisthelsetjenesten (staten) og primærhelsetjenesten (kommunene). I Norge omfatter primærhelsetjenesten allmennlegetjeneste, legevakt og akuttmedisinsk beredskap, forebyggende helsetjenester (0–20 år), jordmørtjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie, og sykehjem. Det er et skarpt skille i eierskap og ansvars-

fordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten regulert av hvert sitt lovverk og styrings- og finansieringssystem. Skillet bidrar til å tydeliggjøre oppgavefordeling, men er utfordrende mht. kontinuitet og sømløshet i pasientbehandlingen. Ordet siloer er brukt som beskrivelse av helsetjenesten både på overordnet og lavt nivå.

Fastleger i Norge er kommunale, mens de i Sverige og Danmark er organisert på samme nivå som spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten i Norge er slik sterkt desentralisert, men er samlet sett velutbygd og på størrelse med spesialisthelsetjenesten. Fastlegene har en gjennomført portvakts- og koordinatorfunksjon. Den akuttmedisinske kjeden er bemannet av allmennleger i første ledd med en triage-² og behandlerfunksjon som er uvanlig i andre land.

PRESENTASJON AV SAMHANDLINGSREFORMEN

St.meld. nr. 47 (2008–2009) beskrev fragmenterte tjenester, for lite forebygging og den demografiske utvikling som hovedutfordringene i norsk helse-tjeneste. Virkemidlene ble utformet og presentert i Meld. St. 16 (2010–2011), Nasjonal helseplan (2011–2015). Regelverket er blitt revidert og har lagt grunnlaget for overføring av et større ansvar til kommunene. De viktigste grepene har vært:

- Krav om samarbeidsavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten om utforming av retningslinjer og samarbeid
- Økonomiske insentiver i form av betaling for ventende utskrivningsklare pasienter og (frem til 1.1.2015) medfinansiering av opphold i sykehus
- Krav om og tilskudd til oppretting av et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen

Faglig skulle det legges økt vekt på nasjonale veiledere og retningslinjer, beskrivelse og kvalitetssikring av gode pasientforløp, måling av kvalitet og styrking av helsetjenesteforskning. Myndighetene planlegger også økt bruk av IKT ved hjelp av sterkere statlig styring med innføringen.

Mer forebygging, bedre koordinerte tjenester, behandling nærmere der pasienter bor, og større brukermedvirkning har vært hovedmålene. Samhandlingsreformen er blitt beskrevet som en retningsreform, og av mange også som en primærhelsetjenestereform først og fremst.

Helhetlige pasientforløp

Store konsern har gjerne flere verdikjeder. Helsetjenesten, som samlet er en av de største virksomhetene i samfunnet, har derimot bare én verdikjede, og det er pasientforløpet. Et pasientforløp starter med henvendelse til helsetje-

nesten for et problem. Førstekontakten er ofte fastlegen, som ved behov henviser til eller på andre måter involverer andre deler av helsetjenesten. Hver aktør eller helseperson som blir involvert, blir ansvarlig for å fullføre tildelte oppgaver. Deretter vil han eller hun overføre ansvaret for pasienten til neste aktør i samhandlingen. Informasjon går alltid foran. Dersom neste aktør ikke blir varslet eller gitt beskjed, stopper prosessen. Pasientforløpet er med andre ord informasjonsdrevet. Gjennomføring av pasientforløp beror på god koordinering og effektiv informasjonsflyt, og begrunnelsen for samhandlingsreformen er nettopp at denne type koordinering og informasjonsflyt ikke fungerer godt nok.

Konseptet pasientforløp stammer opprinnelig fra spesialisthelsetjenesten, ofte benevnt som behandlingslinjer (eng: *clinical pathways*, *critical pathways*, *integrated care pathways*). Ideen går tilbake til begynnelsen av 80-tallet i USA (Kinsman mfl. 2010), hvor spesielt den store sykehusorganisasjonen Kaiser Permanente har vist at det kan gi både bedre resultater og bedre ressursutnyttelse. Det er en metode hvor man med utgangspunkt i faglige retningslinjer for en pasientgruppe, gjerne en tilstand eller diagnose, utvikler en plan for et strukturert forløp for innleggelse og gjennomføring av behandling i sykehus. Helhetlige pasientforløp, som er et av hovedbegrepene i samhandlingsreformen, dukket opp i 2003 da man etter hvert innså at god koordinering av tjenestene også måtte omfatte primærhelsetjenesten, ev. før og etter sykehusbehandling (Røsstad mfl. 2013). Care coordination er den engelske termen som i litteraturen er nærmest betydningen av ordet samhandling på norsk i sammenheng med helsetjenester.

Horisontal integrering og koordinering av tjenester

Samhandlingsreformen har i virkemiddelbruken i stor grad forholdt seg til den vertikale samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten beskrives som fragmentert pga. inndelingen i spesialiteter og sub-spesialiteter. En større grad av funksjonsfordeling mellom sykehus har utfordret koordinering av tjenestene ytterligere. Gjennom «fritt sykehusvalg» og «pakkeforløp» er det tatt tak i den horisontale koordineringen i spesialisthelsetjenesten, i hovedsak med inspirasjon fra Danmark. Primærhelsetjenesten er først og fremst preget av en organisatorisk fragmentering der hver tjeneste representerer selvstendige resultatheter. De er ofte små og fysisk adskilt og uten overgripende faglig ledelse. Fragmenteringen her beskrives som alvorligere enn den man har i spesialisthelsetjenesten, fordi flertallet av pasientene her gjerne har flere kroniske sykdommer med behov for hjelp fra flere instanser samtidig.

Pasienter med kroniske sykdommer

Den demografiske utviklingen fremover betyr først og fremst en vekst i antall eldre med kronisk sykdom med hjelpebehov pga. funksjonsnedsettelse. Det dreier seg i all hovedsak om multisyke pasienter som både trenger avansert medisinsk behandling og omfattende omsorgstjenester. Allerede går to tredjedeler av helsetjenestens utgifter med til denne gruppen, og den vil vokse. Det er internasjonalt utviklet flere modeller for organiseringen av helsetjenester til pasienter med kroniske sykdommer. Eksempler er «Chronic care model», «Hospital at home», og «Patient centered medical homes». Det er likheter mellom disse modellene og tiltak i samhandlingsreformen, men en helhetlig modell for helse- og omsorgstjenestene, som vektlegger tverrfaglig samarbeid som også inkluderer levering av spesialisthelsetjenester, har manglet i Norge. Nasjonale faglige retningslinjer både for tjenester og for behandling av multisyke pasienter er i tillegg fraværende. Det handler om hvordan man kan koordinere og integrere tjenestene til pasienter med de mest komplekse og største behov for helsetjenester.

Brukermedvirkning

Større grad av brukermedvirkning er blitt flagget høyt i samhandlingsreformen. Bruk av IKT er tenkt som et sentralt virkemiddel på dette feltet. Dette er et krevende mål i den grad at mange pasienter på grunn av sykdommen eller behandlingen ofte blir kognitivt og motorisk redusert. Dessuten, jo sykere pasienter blir, jo mer komplekse blir både behovene og tjenestene som ytes. Det følger ikke bare med en byrde på grunn av de plagene og symptomene som sykdommene gir, men også en vesentlig behandlingsbyrde både for pasienten selv og pårørende dersom faglige retningslinjer utarbeidet for hver enkelt sykdom skal følges slik helsetjenesten forventer. Dette er i seg selv en viktig grunn til å involvere pasientene i beslutninger, men er så langt blitt viet liten oppmerksomhet. Økt brukermedvirkning er skjøvet frem i mange land (Martin 2008). Dette gjelder både pasienters medvirkning individuelt og på tjeneste- eller systemnivå (Austvoll-Dahlgren og Johansen 2013). Den nye helse- og omsorgsloven § 6 stiller krav om at brukererfaringer skal legges til grunn, og at pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtaler mellom sykehus og kommuner. En utfordring i denne sammenhengen er økningen i antall bruker- og pasientorganisasjoner. De følger mønstret i den medisinske utviklingen av spesialiteter. Med en ny spesialitet følger ofte en ny pasientorganisasjon. De er også blitt mer politiserte (Vrangbæk, Rommetvedt og Opedal 2010).

Styrking av forebyggende arbeid

Et av samhandlingsreformens hovedmål er å styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Det som er nytt i samhandlingsreformen, er at folkehelsearbeid også blir direkte knyttet til pasientforløpet, ved at behov skal identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Målet skal være å redusere risikoen for funksjonstap og forverring av kronisk sykdom. Dette skal komme frem gjennom en bedre samhandling hvor vekt på pasientens egenmestring skal stå sentralt. Det siste hovedmomentet som trekkes frem, er at det skal benyttes og videreutvikles dokumenterte tiltak, og ressursene skal settes inn mest mulig målrettet mot der behovene og utfordringene er størst. Med denne begrunnelsen fremstår satsing på rehabilitering av eldre og kronisk syke som et sentralt tiltak, og i mange kommuner er dette kommet i gang. Ideer for hvordan det kan gjennomføres, har mange kommuner hentet fra Sverige og Danmark.

Bruk av virkemidler

Sentralt i enhver reform står virkemiddelbruken. Norske myndigheter har i samhandlingsreformen beskrevet en bred bruk av virkemidler som har omfattet både organisatoriske, økonomiske og faglige tiltak, og ev. endringer i lov og regelverk for å kunne gjennomføre endringene (St.meld. nr. 16 (2010–2011)). Ordningen med krav om refusjon for utgifter for pasienter som er utskrivningsklare, men som må vente på kommunalt tilbud, anvendes også i Danmark og Sverige. Til forskjell fra i Norge tar man der mer hensyn til pasientens helsetilstand og behov for planlegging i kommunen ved utskrivning.

Innføringen av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner er et sentralt virkemiddel i reformen. Ideen er ikke ny, og er sterkt influert av de danske *sundhedsaftaler* (Rommetvedt mfl. 2014). Det norske avtalesystemet er imidlertid mer omfattende enn det danske (Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015). Avtalene skulle også støtte opp under målet om større grad av likeverdighet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, som i litteraturen ofte sees som forutsetning for å utvikle velfungerende partnerskap (Brinkerhoff 2002; Vangen og Huxham 2009).

Ny regjering og ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten

Ved stortingsvalget i 2013 ble det et skifte fra et sosialistisk til et borgerlig flertall. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, er en av de første stortingsmeldingene om helsetjenesten som er bebudet. Samhandlingsreformen skal videreføres. Det man kan merke seg, er at regjeringen vil ta et tydeligere grep for å motvirke fragmenteringen av primærhelsetjenesten. Funn fra SPIS-prosjektet viser at fragmenteringen for

enkelte pasientgrupper har økt i første fase av samhandlingsreformen. Det er spesielt to tiltak som blir fremhevet. Faglig bredde ved legekantor og samarbeid med øvrige helsetjenester skal styrkes med mer bruk av team. Videre vil myndighetene styrke ledelse i primærhelsetjenesten gjennom utdanning og regulatoriske tiltak. En kommunereform med mål om færre og større kommuner er også under forberedelse og blir blant annet begrunnet med at primærhelsetjenestene skal bli mer robuste og at kommunene skal få flere oppgaver.

SAMHANDLINGSREFORMEN SOM TEMA FOR ORGANISASJONSFORSKNING

Samhandlingsreformen føyer seg inn i en internasjonal trend med fokus på hvordan fragmentering i offentlig sektor kan møtes. Til grunn ligger en erkjennelse av at den eksisterende spesialiseringen ikke er egnet til å håndtere komplekse samfunnsmessige utfordringer (Læg Reid mfl. 2014:1). Uttrykk som «wicked problems» viser til områder der det er lite samsvar mellom problemenes egenart og eksisterende organisasjonskontekst, og som dermed krever nye former for samordning og kryssing av formelle grenser. «Wicked problems» har også det til felles at det verken finnes objektive kriterier for beste løsning eller muligheter for å avgjøre når problemet er løst (Vabø 2014:17). Samhandlingsreformen inngår slik som et eksempel på hvordan en fra myndighetenes side forsøker å løse «wicked problems» (i særlig grad knyttet til multisyke pasienter) gjennom ulike mekanismer som skal sikre økt sammenbinding og helhetstenkning.

Samhandlingsreformen omtaler de fleste typer organisatoriske utfordringer som spørsmål om samhandling – enten det dreier seg om behov for koblinger langs en tidslinje, mellom styringsnivå, fag eller på tvers av geografi. Dette er på ingen måte nye spørsmål eller utfordringer innen helse- og omsorgstjenestene. Det nye er den sterke vekten som legges på samhandling i helsepolitikken (Melby og Tjora 2013:13).

De studiene som presenteres i dette temanummeret, tar alle utgangspunkt i samhandling som organisatorisk og styringsmessig utfordring, og har som mål å bidra til økt forståelse av betingelser for felles problemløsning på tvers av organisatoriske grenser. Selv om studienes kontekst er norsk helsetjeneste og en spesifikk reform, vil vi likevel hevde at problemstillingene har aktualitet og faglig relevans for organisasjonsforskningen i bredere forstand. Innen empirisk forskning og teoriutvikling har interessen og publiseringsaktiviteten for ulike former for (inter-) organisatorisk integrasjon økt sterkt de siste 10–20 årene. Begreper som *partnership*, *network*, *cooperation*, *collaboration* og *co-production* anvendes stadig oftere i internasjonal faglitteratur (se f.eks. de to første numrene av tidsskriftet *Public Manage-*

ment Review i 2014). Mye tyder på at de strukturelle forbildene knyttet til NPM med vekt på målstyring og selvstendige resultatenheter har bidratt til å forsterke behovet for nye former for samordning (Pollitt 2003; Torsteinsen 2012). Flere forfattere omtaler de nye tilnærmingene som post-NPM initiativ (Christensen og Læg Reid 2011), og våre bidrag kan gjerne plasseres som studier av denne type initiativ.

Samhandlingsreformen gir de iverksettende organer (spesialisthelsetjenesten og kommunene) stor frihet i hvordan de vil sørge for mer helhet og sammenheng i pasientomsorgen. De studiene som her presenteres, viser noe av det mangfoldet som kjennetegner iverksettingen. Mangfoldet viser seg både i et av de mest sentrale reforminstrumentene (avtaleinstituttet) og i de mer eksperimenterende forsøkene på å skape nye samhandlingsarenaer gjennom ulike former for prosjektsamarbeid. Noen av funnene kan synes å stå i motstrid til hverandre. Særlig gjelder det spørsmålet om hvorvidt reformen har ført til økt likeverd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Motstridende observasjoner kan forstås som et uttrykk for at samhandlingsreformen beveger seg i ulike retninger. En annen tolkning kan være at reformens betydning for relasjonene mellom aktører på ulike forvaltningsnivå er kontekstspesifikk og varierende. Ulik teoretisk informering og forskningsdesign kan også ha avdekket ulike sider ved både nye og mer etablerte kontaktflater. Samtidig må det understrekes at våre forskningsresultater skriver seg fra en tidlig fase i reformiverksettingen, og at funn og konklusjoner vil ha en foreløpig karakter.

Presentasjon av enkeltbidrag

I artikkelen *Strukturering av oppdragsnettverk – om samhandlingsreformens avtaleprosesser*, skrevet av Birgitte Ljunggren, Marit Solbjør og Hanne Hestvik Kleiven, analyserer forfatterne prosessen med å forhandle frem samarbeidsavtaler mellom norske kommuner og sykehus. I artikkelen utforskes struktureringen av interorganisatoriske oppdragsnettverk som ble etablert for å imøtekomme lovkravet om forpliktende samarbeidsavtaler. Avtaleforhandlingene skjer i en situasjon preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold. Artikkelen analyserer hvordan oppdragsnettverkene ble strukturert, og hva som påvirket nettverksstrukturen.

Artikkelen *Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene?*, skrevet av Åge Brekk og Ralf Kirchhoff, utforsker i hvilken grad det er samsvar mellom sentrale føringer som lå til grunn for pasient-/brukermedvirkning i samhandlingsreformens initiale fase, og hvordan brukermedvirkningen ble håndtert lokalt av helseforetak og kommuner. Hovedperspektivet er implementeringsteori sett opp mot normative og regulative begrunnelser for brukermedvirkning på systemnivå. I tillegg til organisasjonsteoretiske perspektiv

på implementering, samstyring og brukermedvirkning har artikkelforfatterne beskrevet empirien i et rettslig perspektiv.

Erna Håland og Tonje C. Osmundsen tar i artikkelen *Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold – samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten* utgangspunkt i utfordringene som er knyttet til at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten representerer ulike organisasjoner, eller ulike systemer, med svært ulik kompetanse, kultur, oppgaver, finansiering, organisering og struktur. For pasienter som skal bevege seg frem og tilbake over disse organisatoriske grensene, kan dette være krevende. Bedre samhandling løftes i samhandlingsreformen frem som en løsning på dette problemet. I artikkelen undersøker forfatterne, basert på intervjuer med ulike aktører i tre ulike samhandlingstiltak, *hva som skal til for å etablere og vedlikeholde samhandling på tvers av organisatoriske grenser i helsevesenet*.

I artikkelen *Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen*, skrevet av Janny Meese og Lars Magne Rønhovde, settes fokus på bruk av prosjektsamarbeid mellom kommuner som strategi i forbindelse med gjennomføringen av reformen. Prosjektet omhandler utvikling av diagnosebaserte pasientforløp. Studien analyserer manglende iverksetting av pasientforløpene i kommunene med utgangspunkt i teorier om kunnskapsutvikling og læring i organisasjoner.

Artikkelen *Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform*, skrevet av Turid Aarseth, Kari Bachmann, Ingunn Gjerde og Guri Skrove, tar utgangspunkt i kommunenes sentrale rolle i samhandlingsreformen. Begrepet *samhandlingskommunen* sammenfatter reformens forventninger til kommunene i relasjon til helseforetakene, kommuner imellom og internt i den enkelte kommune. Eksterne og interne relasjoner forstås i lys av ulike institusjonelle logikker, og artikkelen identifiserer to ulike utviklingsretninger i kommunene: desentralisert spesialisering og intern integrasjon i kombinasjon med sentralisering.

En samlet oversikt over artikler som ikke er nevnt, men som har gått ut fra SPIS-prosjektet, finnes på nettportalen www.cristin.no under prosjekter: <https://www.cristin.no/app/projects/show.jsf?id=450681>

NOTER

- 1 Medfinansiering ble avvirket i den norske reformen f.o.m. 1.1.2015.
- 2 I *Concise Medical Dictionary* defineres triage som «a system whereby patients are evaluated and categorized according to the seriousness of their injuries or illnesses with a view to prioritizing treatment and other resources. In emergency situations it is designed to maximize the number of survivors» (Oxford University Press 2014).

REFERANSER

- Austvoll-Dahlgren, A. og M. Johansen (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi*, 23 (2): 225–230.
- Brinkerhoff, J.M. (2002). Government – Nonprofit partnership: A defining framework. *Public Administration and Development*, 22: 19–30.
- Christensen, T. og P. Læg Reid (red.) (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Farnham: Ashgate.
- Davies, P.G., D. Perkins, J. McDonald og A. Williams (2009). Integrated primary health care in Australia. *International Journal of Integrated Care*, 9: e95.
- Freeman, I. (2008). Partnership Working Towards Achieving National Outcomes: The Scottish and English Experiences. *Journal of Integrated Care*, 16 (5): 14–17.
- Helgesen, M.K. og G.S. Hansen (2014). Kommunalt handlingsrom etter samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 17 (3): 41–53.
- Kinsman, L., T. Rotter, E. James, P. Snow og J. Willis (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC Medicine*, 8 (3). doi: 10.1186/1741-7015-8-31.
- Kirchhoff, R., A. Grimsmo og Å. Brekk (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18 (2): 125–141.
- Læg Reid, P., T. Randma-Liiv, L.H. Rykkja og K. Sarapuu (2014). Introduction: Emerging coordination Practices in European Public Management. I: P. Læg Reid mfl. (red.) *Organizing for Coordination in the Public Sector. Practices and Lessons from 12 European Countries*. Palgrave Macmillan.
- Martin, G.P. (2008). ‘Ordinary people only’: knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Social Health Illn*, 30 (1): 35–54. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01027.x.
- Melby, L. og A. Tjora (2013). Samhandlingens mange ansikter. I: A. Tjora og L. Melby (red.) *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal.
- OECD. (2013a). Primary care and care co-ordination in Sweden *OECD Reviews of Health Care Quality: Sweden 2013* (s. 51). OECD.
- OECD. (2013b). Primary care and integrated care in Denmark *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards* (s. 37). OECD.
- Osborne, S. (red.) (2010). *The New Public Governance*. Milton Park, UK: Routledge.
- Oxford University Press (2014). *Concise Medical Dictionary*. Oxford University Press.
- Pollitt, C. (2003). *The Essential Public Manager*. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Putnam, R. (1992). *Making Democracy Work. Civic Tradition in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rommetvedt, H., S. Opedal, I.M. Stigen og K. Vrangbæk (red.). (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønhovde, L. (2012). Styring og evaluering gjennom instrumentell resultatkontroll. I: K. Tornes (red.) *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika forlag, s. 257–278.
- Røsstad, T., H. Garåsen, A. Steinsbekk, O. Sletvold og A. Grimsmo (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 13: 121. doi: 10.1186/1472-6963-13-121.
- St.meld. nr. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Torsteinsen, H. (red.) (2012). *Resultatkommunen. Reformert og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I: M. Vabø og S.I. Vabo (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget
- Vangen, S. og C. Huxham (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: E. Wilumsen (red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid* (s. 67–87). Oslo: Universitetsforlaget.
- Vrangbæk K, H. Rommetvedt og S. Opedal (2010). Patientorganiseringer i Danmark og Norge: Karakteristika og strategier for interessevaretagelse. *Politica*, 42 (1): 90–108.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Anders Grimsmo er professor ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU. Cand. med. ved Det medisinske fakultet, NTNU i 1978. Dr. med ved Institutt for allmennmedisin, UIO i 1984. Hovedinteresser har vært forskning knyttet til egenomsorg, forebyggende arbeid, helsetjenester til utsatte grupper, samhandling og helseinformatikk. 25 års erfaring som fastlege og kommunelege i primærhelsetjenesten.

E-post: Anders.Grimsmo@ntnu.no

Ralf Kirchhoff er førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Ålesund. Han er utdannet ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Generelle temaer av interesse er helse reformer, koordinerings-/implementeringsproblematikk og endringer i organisasjoner.

E-post: Ralf.Kirchhoff@hials.no

Turid Aarseth er førsteamanuensis i organisasjons- og ledelsesfag ved Høgskolen i Molde. Hun er utdannet ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Faglige interesser er endringer i offentlig sektor og særlig profesjonenes rolle i politikktutforming og iverksettning.

E-post: Turid.Aarseth@himolde.no

Strukturering av oppdragsnettverk

– om samhandlingsreformens avtaleprosesser

BIRGITTE LJUNGGREN, MARIT SOLBJØR
OG HANNE HESTVIK KLEIVEN

Nøkkelord: samhandlingsreformen, oppdragsnettverk, makt, likeverd, samarbeidsavtaler, komparativ casestudie

Keywords: The Coordination Reform, mandatory networks, governance, power, equality, collaboration, qualitative comparative case study

INNLEDNING

Første oppdrag i samhandlingsreformen var at alle norske kommuner og sykehus i fellesskap skulle jobbe fram forslag til lovfestede samarbeidsavtaler til pasientens beste, innen 1.1.2012 og 1.6.2012 for henholdsvis overordnede samarbeidsavtaler og tjenesteavtaler. Oppdraget kom gjennom ny helse- og omsorgstjenestelov § 6-1 og § 6-2. Avtaleforhandling og avtalene skulle tuftes på prinsippene om likeverd og gjensidig respekt (Helse- og omsorgsdepartementet 2011:14). Denne artikkelen utforsker struktureringen av interorganisatoriske oppdragsnettverk som ble etablert for å imøtekomme lovkravet.

Selv om frivillige samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner var utbredt før samhandlingsreformen (Kalseth og Paulsen 2008), utfordret avtalekravet aktørene. Samarbeidet ble lovpålagt og ikke valgfritt, og sykehusene hadde tidligere hatt faglig og organisatorisk definisjonsmakt. Mangel på likeverd har vært en flaskehals for vellykket samhandling mellom kommuner og sykehus i Norge (Kalseth og Paulsen 2008; Ramsdal og Hansen 2009). Oppdragets tvetydighet uttrykkes i veilederen som ble gitt ut i forbindelse med avtalekravet. På den ene siden var avtalene juridisk bindende mellom enkeltkommuner og sykehus. Et minimumsinnhold til avtalene var allerede definert gjennom helse- og omsorgstjenesteloven § 6 som påla kommuner og sykehus å inngå tjenesteavtaler på 11 punkt for å avklare organisatorisk ansvar og oppgaver. Til noen punkt fulgte det økonomiske incentiver



som satte organisatoriske interesser i spill. Dette omhandlet spesielt punkt 4 om opprettelsen av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og punkt 6 om utskrivningsklare pasienter. Samtidig skulle organisasjonene også utvikle gjensidige, likeverdige relasjoner for i fellesskap å utvikle helhetlige helsetjenester, utveksle kunnskap og inkludere brukererfaringer i forhandlingene. Pasientens beste skulle stå i sentrum (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Partene skulle dermed gjennom oppdraget forene både det som omtales som kontraktuelle relasjoner og gjensidighetsrelasjoner (Kadushin 2012).

Staten åpnet i lovkravet for at kommuner kunne gå sammen om å inngå avtaler. Det var et krav at pasient- og brukererfaringer skulle inngå i utarbeidelsen av avtalen, og at pasient- og brukerorganisasjoner skulle medvirke i avtaleutformingen. Vi tolker derfor de interorganisatoriske nettverkene som ble etablert for å imøtekomme avtaleoppdraget som «mandated networks» (Rodriguez mfl. 2007; Provan og Kenis 2007). Byrkjeflot og Guldbrandsøy (2013) kaller dette *oppdragsnettverk* på norsk. Oppdragsnettverk innebærer at en tredjepart pålegger aktører å samarbeide i nettverk for å løse kollektive oppgaver (Rodriguez mfl. 2007).

Oppdragsnettverk er brukt som styringsverktøy i statlige helsereformer og helsevesen (Addicott mfl. 2006; Rodriguez mfl. 2007; Byrkjeflot og Guldbrandsøy 2013). Vi har funnet få internasjonale og nordiske studier av oppdragsnettverk. De omtales i nyere norsk litteratur (Byrkjeflot og Guldbrandsøy 2013; Jacobsen 2014), uten at struktureringen av dem beskrives nærmere. Fremdeles vet vi lite om oppdragsnettverk når det gjelder makt og kontroll og hvordan de struktureres (Rodriguez mfl. 2007).

Vår artikkel utforsker hva som strukturerer oppdragsnettverk som ved lov pålegger aktører å samarbeide eller forhandle om å utvikle juridisk bindende avtaler. De interorganisatoriske nettverkene som ble dannet for å utføre samhandlingsreformens oppdrag, egner seg til å studere oppdragsnettverk med sterke juridiske, men likevel tvetydige styrings- og produktkrav i et felt preget av asymmetriske relasjoner. Gjennom sammenlignende analyser av intervjudata fra 4 ulike avtaleprosesser utforsker vi strukturene på oppdragsnettverkene, og vi spør hva som strukturerer dem og hva som preger makttypene som mobiliseres.

OM OPPDRAGSNETTVERK

En definisjon av interorganisatoriske nettverk er Provan og Kenis' (2007:231 (vår oversettelse)): «Grupper av tre eller flere legalt autonome organisasjoner som jobber sammen for ikke bare å oppnå egne mål, men også et kollektivt mål.» Vår artikkel bygger videre på Provan og Kenis' (ibid.) forståelse av interorganisatoriske nettverk som former for sosial organisering mellom aktører og relasjoner (eller fravær av relasjoner) mellom disse, hvor mønstre

og strukturer kan beskrives. Nettverkets relasjonsmønstre og de relasjonelle kvalitetene (f.eks. tillit, likeverd eller hierarki) påvirkes av flere ulike faktorer.

Det er ulike typer interorganisatoriske nettverk. Noen nettverk omtales som målrettede nettverk, og etableres med en gitt oppgave for øye. Målrettede nettverk kan enten etableres av deltakerne selv eller gjennom et mandat som et oppdragsnettverk (Kilduff og Tsai 2003). Begge typer målrettede nettverk utvikles gjennom bevisste forsøk på å bygge samarbeid (Provan og Kenis 2007). Artikkelen undersøker oppdragsnettverk hvor samarbeidet ble pålagt av en tredjepart for i fellesskap å løse et kollektivt oppdrag (Rodriguez mfl. 2007). Oppdragsnettverk baserer seg ikke på frivillig deltakelse, og heller ikke nødvendigvis på gjensidig avhengighet (ibid.). Slik avviker de fra for eksempel Sørensen & Torfings (2008:9) definisjon av styringsnettverk, der frivillig deltakelse og gjensidig avhengighet er sentrale nettverksegenskaper.

Oppdragsnettverkene styring skiller dem også fra andre interorganisatoriske nettverk. De krever sterk styring hvor ulike styringsmekanismer mobiliseres slik at de ikke blir symboltunge og lite produktive (Rodriguez mfl. 2007). Styring gjennom legale og formelle virkemidler ser ut til å styrke effektiviteten til oppdragsnettverk (Rodriguez mfl. 2007; Provan og Kenis 2007). Ifølge Rodriguez (2007:152) reguleres oppdragsnettverk som om de er horisontale relasjoner mellom forretningsenheter underlagt samme morselskap. Organisasjonene kan pålegges samarbeid de ikke nødvendigvis ser egennytten av.

Organisering av nettverksstyringen og dermed også oppdragsnettverkets struktur henger også sammen med nettverksegenskaper. Sentrale egenskaper som påvirker styringen av oppdragsnettverk, er grad av tillit mellom aktørene, antall deltakere, grad av enighet om hva målet med nettverket er, og selve oppgaven til nettverket (Provan og Kenis 2007).

Tillit er et sentralt organiserende prinsipp mellom organisasjoner som løser problemet med gjensidig avhengighet og uvisshet eller risiko. Det kan forstås som organisasjoners vilje til å akseptere egen sårbarhet i visshet om den andres gode intensjoner (McEvily mfl. 2003). Tidligere relasjonshistorikk har mye å si for tilliten mellom parter i nettverk. Hyppige og velfungerende tidligere samarbeid øker tillit mellom parter og forventninger om fortsatt godt framtidig samarbeid (Lambright mfl. 2010). Tillit kan analyseres på nettverksnivå. Da blir spredningen av tilliten i nettverket, f.eks. ved at noen stoler mer på hverandre enn andre, viktig for styringen av nettverket (Provan og Kenis 2007)

Dersom det er høy grad av tillit spredt i nettverket, høy grad av likeverd, enighet om mål eller oppgave, lavt antall deltakere og lavt kompetansebehov for å fullføre oppdraget, øker sannsynligheten for at oppdragsnettverket lykkes når det struktureres som et desentralisert og deltakerstyrt nettverk (ibid.:234). I motsatt fall (lav tillit, mange deltakere, etc.) lykkes oppdrags-

nettverket lettere hvis én lederorganisasjon i nettverket tar styringen, eller hvis nettverket styres av en nettverksadministrativ organisasjon (NAO) som ikke har interesser i nettverket. NAO-er koordinerer og opprettholder nettverk og gjenfinnes ofte der maktrelasjonene mellom aktørene preges av asymmetri (ibid.:235). Dette betyr at måten oppdragsnettverket styres på, påvirker dets struktur. Det er strukturforskjell mellom et deltakerstyrt oppdragsnettverk og et NAO-styrt nettverk.

Å se interorganisatoriske nettverk som politiske økonomier synliggjør sammenhengen mellom kjennetegn ved de deltakende organisasjonene og struktureringen av oppdragsnettverket. Organisasjoner i nettverk vil handle ut fra en rasjonalitet hvor de tenderer mot å forsvare en tilstrekkelig tilgang på ressurser slik at organisasjonens maskineri ikke utfordres (Benson 1975:231). Sentralt her er verdien organisasjonen baserer seg på, interessene den forvalter, og makten som organisasjonen kan mobilisere eller er avhengig av for å forvalte sin oppgave (Rodriguez mfl. 2007). Den interorganisatoriske maktforskjellen kommer til uttrykk i forhandlinger, hvor den mektigste organisasjonen kan tvinge igjennom egne premisser og dermed påvirke nettverkets struktur og virkemåte (jf. Benson 1975). Benson (ibid.) peker på penger og autoritet som to sentrale ressurser som kan være ulikt fordelt. I autoritetsbegrepet ligger søken etter å forfølge de vedtatte program, og et forsvar for organisasjonens problem- og løsningsdefinisjoner. Benson (ibid.) utelukker ikke andre kilder til makt. Andre aspekt ved organisatorisk makt som påvirker slike nettverk og deres domene, er *formell autoritet* som viser til den anerkjente og legitime retten til å ta en avgjørelse for eksempel basert på posisjon i et byråkrati eller hierarki, samt *kontroll over kritiske ressurser*. Den tredje maktformen er den *diskursive legitimiteten* som viser til organisasjoners mulighet til å påvirke og strukturere de sosiale konstruksjonene i nettverket i større grad enn andre fordi de innehar en bestemt legitimitet på feltet. Denne typen legitimitet er tett knyttet til verdier organisasjonen forvalter, og den rasjonaliteten de handler ut fra (Hardy og Phillips 1998:218–219). I forholdet mellom kommuner og sykehus i den norske konteksten har sykehusene fått makt gjennom sin anerkjente, faglige kunnskap (Kalseth og Paulsen 2008; Norredam og Album 2007; Røsstad mfl. 2013). Et annet eksempel kan være brukernes rolle i slike nettverk (Martin 2008). Denne typen makt kan også kobles til størrelsen på gruppen man representerer, hvorvidt man klarer å mobilisere den, og den sosiale statusen til gruppen (Benson 1975).

Nettverk er altså ikke forhåndsdefinerte og objektive strukturer, men dynamiske, sosiale konstruksjonsprosesser kalt interorganisatoriske domener, som struktureres kontinuerlig og hvor styring og makt er helt sentralt (Hardy og Phillips 1998). Makt kan slik kobles direkte til organisasjonene som deltar, og kan genereres av nettverksstrukturen eller knyttes til trekk ved

nettverkens kontekst og miljø, eksempelvis særtrekk ved helsefeltet (Benson 1975). Rodriguez mfl. (2007) foreslår en strukturingsanalyse av oppdragsnettverk hvor man identifiserer de viktigste aktørene, deres verdier og interesser, og deres kilder til makt i det interorganisatoriske nettverket. I analysene vil vi i tillegg til å bygge på Rodriguez mfl. (ibid.) utforske betydningen av samarbeidshistorikken og tillitsforhold for nettverksstruktureringen.

METODE OG DATAGRUNNLAG

Denne artikkelen bygger på en komparativ multi-casestudie med kvalitative intervju (Yin 2014). Casene består av et eller flere kommunesamarbeid, sykehus og eventuelt brukere. Utvalget av caser baserer seg på flere kriterier. Preliminære analyser av avtaleverket avslørte ulikheter mellom kommuner i nedslagsfeltet til de fire helseforetakene. Vi valgte derfor én case fra hvert av de fire regionale helseforetakene for å studere prosessene og forhandlingene rundt avtaleverket. For det andre kunne kommunestørrelse tenkes å ha betydning for tilgang til ressurser i prosessen. Et annet utvalgs-kriterium for casene var hvorvidt de hadde et velutviklet kommunesamarbeid før samhandlingsreformen, da vi antok at det ville ha betydning for tillit i relasjonene mellom kommuner og helseforetak og for forhandlingsprosessen (Ramsdal og Hansen 2009). For å kunne studere maktforhold var et siste utvalgs-kriterium graden av motstand, konflikt og brudd i forhandlingene. Totalt fire caser ble valgt ut på grunnlag av disse kriteriene. Casene ble valgt ut for å kunne belyse ulike element ved nettverkene som vi mente kunne ha betydning for struktureringen av dem. Navn på HF og kommuner er anonymisert ut fra hensynet til informantene. De omtales som case 1–4. Det lokale helseforetaket omtales i artikkelen som «sykehuset». I noen tilfeller kan dette være et større sykehus i regionen, eller flere mindre sykehus organisert som et lokalt helseforetak. De regionale helseforetakene som eier de lokale helseforetakene, omtales som RHF.

Gjennom kvalitative intervju fikk vi tilgang på informasjon om hvordan deltakerne i prosessene hadde erfart forhandlingene. Kvalitative intervju gir informantene mulighet til å bidra med uventede innspill som går utover forskernes hypoteser eller antagelser (Kvale 1997). De kvalitative intervjuene tillot oss å gjennomføre det som Yin (2014) kaller en relativistisk tilnærming i komparative casestudier. Dette innebærer at ulike deltakere får komme fram med sine perspektiv, og analysene kan dermed presentere multiple virkeligheter. I denne studien ble det gjennomført intervjuer med prosessdeltakere fra helseforetak, kommuner, brukerutvalg, KS og sentrale helsemyndigheter. Analyse av flere caser ga oss muligheten til å utforske kontraster mellom casene, samtidig som vi begrenset antallet caser for å opprettholde muligheten til å utforske hva som var unikt i hvert av dem.

Blant potensielle informanter valgte vi å intervju 27 nøkkelinformanter som deltok i forhandlingsprosessene. Totalt 20 informanter fra helseforetakene og kommunene ble intervjuet. Fordi KS hadde vært inkludert i prosessene, intervjuet vi fire representanter for KS, samt fire representanter fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. De fire casene hadde til sammen involvert tre brukerrepresentanter direkte i forhandlingene, og disse ble intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført som individuelle intervju, samt ett gruppeintervju med forhandlingsdeltakere fra kommunene i en case. Hvert intervju tok rundt en time. Intervjuene ble delvis gjennomført ansikt til ansikt, og delvis som telefonintervju. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om kommunesamarbeid, om hvordan partene organiserte og praktiserte forhandlingene, og om hvordan de forløp. Et siste spørsmål var om hvorvidt og hvordan brukermedvirkning ble gjennomført i forhandlingene.

Dette var en retrospektiv intervjustudie. Intervjuene ble gjennomført inntil ett år etter at forhandlingene hadde funnet sted. En feilkilde i studien kan være at informantene husket feil eller hadde bearbeidet sine opplevelser fra forhandlingene. I analysene har vi derfor sammenlignet svar fra flere informanter og kontaktet informantene for verifisering av uklarheter.

Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil og transkribert. Intervjuene ble analysert basert på spørsmålene i intervjuguidene. Alle medforfatterne leste intervjuene og diskuterte tematiske koder før hvert intervju ble kodet og fortolket ut fra kategorier. Analysene ble gjort med henblikk på å avdekke hvordan organisasjonene har håndtert kravet om å samarbeide om avtaleutforming. Hovedfokus var å dokumentere organiseringen av forhandlingene, hvem som deltok, og forarbeidet som ble gjort i forbindelse med utarbeiding av avtalene. En komparativ casestudie med relativistisk tilnærming kan ha både en deskriptiv og en forklarende hensikt (Yin 2014).

Våre analyser gir beskrivelser av oppdragsnettverkene og deres aktører, samtidig som vi analyserer hvordan ulikhetene i casene kan forklare hvordan oppdragsnettverkene ble strukturert. Analysen starter med en presentasjon av tidligere samarbeid, for så å analysere oppdragsgiver og nettverksdeltakere. Analysen omfatter oppdragsgiver og aktører som deltok direkte i forhandlingene i oppdragsnettverket eller var fra oppdragsgivers side ment å delta. Til slutt presenteres og diskuteres nettverksstrukturene.

TIDLIGERE SAMARBEID

Partene i de ulike casene hadde svært ulike utgangspunkt for å danne oppdragsnettverk ut fra tidligere samarbeidsrelasjoner både kommunene seg

imellom og mellom kommuner, sykehus og brukerorganisasjoner (tabell 1). Vi fant også KS og RHF-ene som aktører i tidligere samarbeid.

I case 1 hadde sykehus, 4 kommunesamarbeid, brukere og ansattrepresentanter lang erfaring med å samarbeide i et veletablert administrativt samarbeidsutvalg. Her fant vi en utbredt samstyringstenkning hvor samarbeid mellom likeverdige aktører stod sterkt. Aktørene var orientert mot å opprettholde gode relasjoner, og samarbeidet var preget av tillit.

I case 2 og 3 så vi en etablering av kommunesamarbeid som svar på avtalekravet. Case 2 startet riktignok 2 år før reformen og ikke kun som en forberedelse til avtaleforhandlingene. Her hadde KS spilt en tilretteleggerrolle i etableringen av kommunesamarbeidet. I case 2 var det interkommunale samarbeidet institusjonalisert blant annet gjennom å ha egne ansatte i organisasjonen rundt kommunesamarbeidet. Samarbeidet med sykehuset var tett. Her fant vi også sterke signaler gitt av RHF-et om at kommunene i regionen skulle gå sammen i forhandlingene gjennom kommunesamarbeid. I case 2 og 3 fant vi at samarbeidet mellom kommunene var veletablert og preget av tillit og likeverd. KS fasiliterte for kommunesamarbeid i begge casene.

I case 4 hadde kommunene et velutviklet samarbeid på mange områder, men lite i forbindelse med reformen. Kommunene hadde dårlige erfaringer med at sykehuset hadde tatt en førende rolle i et første forsøk på nettverksdanning for å kunne utarbeide avtaleutkast i forbindelse med avtalekravet. Dette første initiativet ble gjort etter en organiseringsmal gitt av RHF-et, som ønsket å standardisere prosessene i hele sitt nedslagsfelt. RHF-et bidro også i denne prosessen med avtaleutkast som var like i hele nedslagsfeltet deres. Kommunene avviste arbeidet til det første nettverket og avtaleforslagene. De forlangte at et nytt oppdragsnettverk skulle etableres som bedre ivaretok deres interesser og inkluderte representanter fra alle kommunene.

De ulike samarbeidshistorikkene peker (jf. Lambright mfl. 2010) på ulik grad av tillit. Vi finner også ulik spredning av tillit i forutgående nettverk mellom partene. Hos noen er tilliten stor mellom kommunene, men relativt lav mellom kommunene og sykehuset (case 2 og 3). I case 1 er tilliten spredt mellom kommunene seg imellom og mellom kommuner og sykehus, mens det i case 4 er lav tillit mellom sykehus og kommuner, slik tabell 1 oppsummerer:

Tabell 1: Relasjonsmønstre og grad av tillit før oppdragsnettverkene dannes.

| | Case 1 | Case 2 | Case 3 | Case 4 |
|-----------------------------------|---|---|--|---|
| Nettverk- og samarbeids-bakgrunn. | Deltakerstyrt og institusjonalisert nettverk, sykehus og 4 kommunesamarbeid (ca. 10 år). Inkluderte brukere, ansatte. | Deltakerstyrt og institusjonalisert nettverk mellom 12 kommuner etablert ca. 2 år før reformen. | Kommunesamarbeid mellom 18 kommuner etablert kort tid før reformen. | Etablert kommunesamarbeid mellom 5 kommuner i forkant av reformen men lite samarbeid om samhandlingsreformen. Lite samarbeid med sykehuset. |
| | Høy grad av tillit mellom partene og lav grad av asymmetri. | Initiert for å møte krav i samhandlingsreform til kommunesamarbeid på ulike felt. | Nettverk etablert for å møte krav til avtaleforhandling. | Mislykket forsøk på å danne nettverk med sykehus som lederorganisasjon for å forhandle avtaler etter mal fra RHF. |
| | | KS fasilitator. | KS fasilitator. | |
| | | Samarbeid med Fylkesmann og sykehus. | Høy grad av tillit mellom kommunene i nettverket, moderat grad av tillit mellom kommuner og sykehus. | Høy grad av tillit mellom kommunene, liten grad av tillit mellom kommuner og sykehus. Kommuner opplever høy grad av asymmetri. |
| | | Høy grad av tillit mellom kommunene, moderat grad av tillit mellom kommunene og sykehuset. | | |

AKTØRENE

Staten som oppdragsgiver

Staten var oppdragsgiver for nettverkene gjennom lovgivingen, og hadde den formelle autoriteten til å iverksette oppdraget. Helse- og omsorgsdepartementet iverksatte oppdraget i samarbeid med Helsedirektoratet. Oppdraget var rettet mot å løse manglende samarbeid mellom kommunene og sykehuse-ene i pasientforløpet. I denne problemforståelsen lå en sentral velferdsstatlig verdi om at samfunnet skal tilby innbyggerne like, faglig gode, brukertilpassede og økonomisk bærekraftige helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). To konkurrerende verdier i den nordiske helsetjenestemodellen skaper et dilemma for staten. I velferdsmodellen vektlegges likhet på den ene siden og på den andre siden lokaldemokrati og tilpasning til varierende lokale behov (Magnussen mfl. 2009; Krasnik og Paulsen 2009). Imidlertid finner vi at avtaleinstituttet og de delegerte forhandlingene ble en måte å håndtere dilemmaet på, fordi reguleringen satte en standardisert ramme samtidig som avtalene åpnet for lokal tilpasning. Ved å bruke avtaler ble ansvaret for å finne løsninger plassert lokalt.

Avtalene er en veldig god mekanisme som hensyntar ulikheten i norsk kommunestruktur. Uten avtalene ville det vært detaljregulering og sterkere

statlig styring av kommunene. Avtalene ivaretar behovet til lokal ulikhet. (Informant Helse- og omsorgsdepartementet)

Fordi manglende likeverd mellom kommuner og sykehus hadde hemmet samarbeidet mellom kommuner og sykehus, var det også i statens interesse å fremme likeverd gjennom bruk av avtalene. Likeverd var ikke en verdi i seg selv, men et middel for å nå målet om bedre samhandling. Samtidig så oppdragsgiver at avtalekravet ville tvinge sykehusene og kommunene til å samarbeide slik at selve prosessen med å utforme avtalene ble et mål:

Nå skapes det samhandlingsarenaer og møteplasser. Vi ser at sykehusene tidligere har snakket til kommunene. De har ikke sett kommunene før nå. (Informant Helse- og Omsorgsdepartementet)

For at partene skulle lykkes med oppdraget, brukte staten lovregulering av oppdraget som påla organisasjonene å inngå avtaler. Lovgivingen er en formell og byråkratisk makttype som gir mulighet til å tvinge aktører til handling. Den formelle makten kom også til uttrykk gjennom veilederen som ble utarbeidet med tanke på forhandlingene. Den inneholdt forslag til både avtaleinnhold og forhandlingsorganisering (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Loven og veilederen definerte at de juridiske partene sykehus og kommuner skulle delta i oppdragsnettverkene, samt at brukerne skulle inkluderes. Staten regulerte også de økonomiske incentivene som fulgte med reformen.

Oppdragets tvetydighet er også interessant sett i et maktperspektiv. Staten la opp til tradisjonelle kontraktsforhandlinger som kunne legge for dagen interessekonflikter, men ønsket samtidig relasjonsbygging og samarbeid. Hvilken oppdragsforståelse som parter i nettverk har, kan påvirke struktureringen av det (Provan og Kenis 2007).

OPPDRAKSNETTVERKENES AKTØRER

De juridiske partene: helseforetakene og kommunene

Kommuner og sykehus var juridiske parter i forhandlingene. De bar hovedansvar og risiko for utfallet. I likhet med staten som oppdragsgiver bar de velferdsstatlige verdier knyttet til faglig gode tjenester som gjorde at både de overordnede og operative målene med avtalene ble meningsfulle. Det overordnede målet med avtalene var å fremme samordnede og kvalitativt gode tjenester for pasientene. Mer operativt skulle de konkretisere oppgaver og ansvarsfordeling og fremme gode samarbeidsrutiner:

God behandling for en konkret pasient er ikke bare avhengig av en dyktig kirurg her inne. Men forløpet etter at den er operert er også nøkkelen til

suksess. Så i veldig mange sammenhenger så er vi avhengige av hverandre. Og den gjensidige avhengigheten i forhold til autonome instanser som sykehus og kommune regulerer avtalen på en god måte. (Informant sykehus)

En annen sentral verdi som sykehusene og kommunene i alle casene hadde til felles, var borgernes like rett på tilgang til helsetjenestene. For kommunene var dette et uttrykk for samme rett til helsetjenester for alle innbyggere uavhengig av bosted. For sykehusene åpnet dette for standardisering av pasientforløp. Like avtaler for kommunene ble derfor viktig for både sykehusene og kommunene.

Både sykehusene og kommunene som organisasjoner skulle samtidig forvalte økonomiske og faglige interesser, også i forhandlingene om avtalene. Dette reflekterer kompleksiteten i disse organisasjonene, der den faglige, operative kompetansen ofte befinner seg i det utførende leddet, mens strategisk, administrativ og økonomisk styring ligger i administrasjonen. Å skulle forvalte både pasientens beste og økonomisk effektiv drift i forhandlingene ble beskrevet som utfordrende av informanter fra både sykehus og kommuner. Dette gjaldt spesielt avtalene tilknyttet økonomiske incentiver. Økonomiske interesser fikk stor innflytelse:

Vi var veldig opptatt av å finne gode og pragmatiske løsninger til beste for pasienten. Så må vi vel være ærlige på at vel begge satt med økonomien i bakhodet hele veien. Det ble jo et spørsmål om hvem som skal bli sittende igjen med svarteper. (Informant sykehus)

og

Det var viktig å få til et godt samarbeid der man ivaretok pasienten på en best mulig måte, der man fikk utviklet dokumentasjonen som fantes om pasienten mellom kommune og sykehus. Det var fokuset vårt hele tiden. [...] men det er klart at det økonomiske hadde mye å si. Vi i kommunene kunne bli sittende igjen med store regninger hvis vi ikke hadde gode nok avtaler. I ettertid ser vi at vi sliter en del med disse regningene. (Informant kommune)

Dette kan knyttes til Bensons (1975) argument om at organisasjoner søker å vedlikeholde ressurstilgang gjennom organisasjonens virkemåte. Økonomiske hensyn bidro i tillegg til ønsket om å standardisere forhandlingsprosessene for både sykehus og kommuner. Ved at flere kommuner gikk sammen med felles representanter i forhandlingene, ble både sykehus og enkeltkommunene spart for administrative ressurser; de sparte tid og fikk tilgang til faglige ressurser som trengtes.

Det var også ulikheter mellom sykehusene og kommunene. Dette omhandlet ulike organisatoriske egenverdier knyttet til faglighet. Sykehusene har tidligere hatt definisjonsmakten i faglige spørsmål og vært styrende også i spørsmål om organisering av helsetjenester. Av den grunn fant vi hos kommunene, spesielt i case 2, 3 og 4, en forventning om å skulle møte representanter fra sykehuset som en kommuneinformant fra case 2 sa det: «kan og vet best». Kommuneinformantene opplevde en risiko for å bli overkjørt i argumentasjonen som ville gjøre sykehusene til premissleverandører på avtaleinnhold. I case 1 var ikke kommunene tilsvarende vaksomme overfor sykehuset. Her fant vi større kommunal tillit til sykehuset. Sykehusenes maktbase var derfor i utgangspunktet knyttet til deres helsefaglige spesialistkompetanse og fagmakt.

Skillelinjene mellom kommuner og sykehus omhandlet også organisatoriske forhold. Sykehusene ble beskrevet av flere kommuneinformanter som en produksjonsorganisasjon. En kommuneinformant sa det slik:

Forhandlingsdelegasjonen som kom fra sykehuset var veldig preget av at den kom fra en produksjonsbedrift og ikke en forvaltningsbedrift. Et sykehus handler, er veldig gode på logistikk, pasient inn og så er det er forløp avhengig av tilstand, prosedyre og så ut, det er en industriell logikk. Det kunne like gjerne vært et bilverksted, de bar preg av en produksjonskultur.
(Informant kommune)

Det ble poengtert fra informanter i case 3 og 4 at selv om foretakene hadde store administrasjoner, betydde ikke det at de hadde tilsvarende forvaltningsfaglig kompetanse som kommunene. Kommunene som forvaltningsorganisasjoner skulle vise seg å gi dem et fortrinn med hensyn til å få gjennomslag for egne interesser. De hadde i større grad enn sykehusene ansatte med en kompetanse som rustet dem til å gjennomføre forhandlinger i egen favør. I case 2 og 3 hadde det stor betydning at store kommuner deltok med sine administrative ressurser. Også kommunesamarbeid bidro til at små og mellomstore kommuner i case 1 og 4 fikk tilgang på ressurspersoner. Kommunene i samarbeidene håndplukket de mest kompetente ansatte til å delta i nettverkene. Kommunesamarbeid ble derfor en maktstrategi fra kommunenes side for å mobilisere fagmakt i møte med sykehusene. I case 2 og 4 inngikk kommunesamarbeidene som her er studert i nettverk med andre kommunesamarbeid i det endelige oppdragsnettverket. Å gå sammen i kommunesamarbeid for å fremme kommunenes makt var spesielt uttalt i case 2, 3 og 4. Sitatet viser fordelene av kommunesamarbeid for både kommunenes makt og økonomi:

Vi begynte tidlig å diskutere «kjøttvekt» her, hvordan vi skulle bli likeverdige med helseforetaket og det behov alle hadde for standardisering, i

forhold til et slikt voldsomt opplegg for forhandlingene. (Informant kommune)

I case 3 beskrev en kommuneinformant at kompetansen bidro til at kommunene ble en mer likeverdig part i oppdragsnettverket:

Jeg opplevde på en måte underveis at man ble respektert. Jeg tror forhandlingsdelegasjonen fra sykehuset ble tatt litt på sengen over vår seriøsitet og profesjonalitet. (Informant kommune)

KS spilte en slags NAO-rolle for kommunesamarbeidene i selve forhandlingene i case 2 ved å koordinere dem og skape konsensus dem imellom før de traff sykehuset. De skrev referat, kalte inn til møter og deltok i hovedforhandlingsutvalget. KS bidro til å styrke kommunenes maktbase ved å tilby kritiske ressurser som trengtes for å gjennomføre oppdraget. Dette ser vi også i case 3 hvor KS' representant etter hvert fikk en informasjons- og koordineringsrolle for hovedforhandlingsutvalget som etter hvert innebar å skrive avtaleutkast som både sykehusene og kommunene forhandlet over i hovedforhandlingsutvalget. I tillegg fungerte KS som kunnskaps- og informasjonsformidler underveis.

I case 2 satt sykehuset på en egen samhandlingsavdeling som jobbet med forhandlingene. I case 3 opplevde derimot sykehuset at de ikke hadde tilstrekkelig juridisk og forvaltningsmessig kompetanse til å forvalte egne interesser i forhandlingene, og engasjerte et konsultentselskap som skulle sikre at deres interesser ble ivaretatt i avtalene:

Vi hadde ikke den erfaringen med å forhandle profesjonelt, vi er ikke slik rigget i sykehuset at vi sitter med den type saksbehandling slik som spesielt de store kommunene har ... Jeg kjenner litt på det at den ene dagen skal vi samhandle, den andre dagen skal vi forhandle og den forhandlingen var krevende til tider. (Informant sykehus)

Kommunene skilte seg fra sykehusene ved at de også hadde et demokratisk mandat. Kommunerepresentantene måtte forholde seg til demokratiske verdier på en annen måte enn sykehusenes representanter fordi kommunestyrene skulle vedta forslag til avtaler. Dette kom spesielt godt fram i case 4. I oppdragsnettverket som sykehuset først initierte, var det nettopp mangel på representasjon fra kommunene som førte til at kommunene trakk seg ut. At noen kommuner ikke fikk delta i avtaleutformingene som skulle bli vedtatt i deres kommunestyre, ble av dem tolket som et uttrykk for manglende likeverd i relasjonen med sykehuset:

Skal du være likeverdig part bør du jo i hvert fall ha fått vært med å utarbeide avtalene og fått lov til å uttale deg. Så vi hadde jo noen dialogmøter med sykehuset da på høsten, der vi ga klar beskjed om at vi ikke kom til å akseptere de avtalene og at vi reagerte på måten de var jobbet fram på. For at vi skulle kunne komme til enighet, ville vi ha inn en representant fra vårt område. Men det var også helt uaktuelt for dem. (Informant kommune)

Vi finner ikke at demokratiske verdier knyttet til direkte representasjon i oppdragsnettverket var like framtrødende hos kommunene i de andre casene. Et gjennomgående trekk hos kommunene var likevel verdien av å se sektorene i kommunen under ett for å ivareta alle innbyggerne i kommunen. Kommunerepresentantene måtte ha hele kommunens drift i tankene og forvalte verdiene og interessene til den kommunale helheten, ikke bare til kommunens helsesektor. Kostbare løsninger i den kommunale helse- og omsorgssektoren kunne gå ut over skolesektoren. Dette gjenspeiler den kommunale verdien av å forvalte begrensede ressurser på en effektiv og sektorovergripende måte. I case 4 ble ordførerne inkludert i sykehusets første forsøk på å etablere et oppdragsnettverk, men trukket ut i neste runde fordi de ikke ble ansett å kunne hamle opp med sykehusets fagkompetanse. De ble erstattet av representanter fra kommunenes administrasjon og helsefaglige stab og rådmenn.

Både kommunene og sykehusene kom inn i nettverkene preget av sine særegne organisatoriske virkemåter og autoritetsområder (jf. Benson 1975) som de ønsket å verne om. Et eksempel var striden om hvorvidt kommunene skulle kunne ta imot pasienter hele døgnet, noe som passet sykehusenes døgnkontinuerlige drift bedre enn kommunenes drift. Et annet eksempel var at spesialisthelsetjenestene er diagnoseorganisert, mens primærhelsetjenestene er mer orientert mot pasientenes helhetlige situasjon og vektlegger funksjonsevne og tilrettelegging for at pasientene best mulig skal greie seg selv (jf. Røsstad mfl. 2013).

I sum ser vi at kommuner og sykehus i alle casene i stor grad deler verdier og interesser som kan påvirke nettverksstrukturen mot lik organisering. Men vi finner også maktforskjeller mellom partene som kommunene forsøker å utligne ved hjelp av kommunesamarbeid, hvor vi allerede har dokumentert store ulikheter mellom casene.

Brukerne

Brukernes rolle for nettverksstruktureringen er mest interessant i forhold til deres relative fravær og manglende påvirkningskraft i oppdragsnettverket. Et av samhandlingsreformens mål var økt brukermedvirkning, og brukerne skulle være med i utformingen av avtaleverket (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

De få brukerrepresentantene i oppdragsnettverkene vi fant, kom fra sykehusenes brukerutvalg hvor de representerte ulike brukerorganisasjoner.

Brukerrepresentantene understreket at for dem var den viktigste verdien i forhandlingene å fremme «pasientens beste» i møte med kommunene og sykehusene når avtalene skulle utformes. Dette opplevde brukerne som spesielt viktig fordi kommunene og sykehusene ofte handlet ut fra egne, organisatoriske interesser. Brukerrepresentantene hadde derfor interesse av å bli inkludert i prosessene og få uttrykt pasientenes behov.

I den grad brukerne kan sies å ha hatt innflytelse i nettverket, er denne knyttet til deres diskursive legitimitet. For de andre aktørene i forhandlingene ga brukermedvirkningen legitimitet til prosessene og beslutningene som var ment å skulle inkludere brukermedvirkning. Brukerne var også regulert inn i nettverkene gjennom helse- og omsorgsloven og veilederen, og hadde på den måten en legal makt i ryggen som ble sentral for å få tilgang til nettverket. I case 1 og 2 fant vi brukere i både hovedforhandlingsutvalg og underutvalg. Brukerne i case 2 opplevde å ikke bli inkludert fra starten av, men at de måtte argumentere med veilederen for å få tilgang:

En gang jeg ble touchet på det med mandat, så refererte jeg tilbake til veilederen og sa det står faktisk i Helsedirektoratets veileder at jeg skal være med.
(Informant bruker)

Tabell 2 oppsummerer forskjeller i verdier, interesser og makt mellom aktørene som ble lovregulert inn i nettverket.

Tabell 2: Skillelinjer mellom verdier, interesser og makt hos de innregulerte aktører.

| | Sykehusene | Kommunene | Brukerne |
|-------------------|---|--|--|
| Verdier | Diagnosebaserte løsninger, pasientlogistikk | Likeverd, primærhelsefaglige løsninger Helhetlig kommuneadministrasjon Demokratisk representativitet | Pasientenes beste Helhetlige helsetjenester |
| Interesser | Opprettholde en sykehusorganisasjon virkemåte Forvalte spesialisthelsefaglig kompetanse | Forvalte kommunal helhet Fremme primærhelsefaglig tenkemåte Mer likeverd Demokratisk legitimitet | Deltakelse i oppdragsnettverket |
| Makt | Helsefaglig definisjonsmakt, administrative ressurser | Forvaltningsfaglig kunnskap, administrative ressurser Kommunesamarbeid Demokratisk legitimitet | Legal makt Diskursiv legitimitet |

OPPDRAGSNETTVERKENES RELASJONSMØNSTRE OG RELASJONSKVALITETER

Til tross for forskjeller mellom casene ble hovedtrekkene ved oppdragsnettverkernes relasjonsmønstre slående like. Med unntak av det administrative samarbeidsutvalget i case 1 som forhandlet fram de første avtalene (ferdig til 1.1.2012), var alle nettverkene variasjoner over en nettverksstruktur hvor et hovedforhandlingsutvalg bestående av de juridiske partene (og ev. KS og brukere) forhandlet over forslag til avtaletekster utformet i underutvalg. Hovedutvalgene bestod for det meste av klinikkjefer, kommuneleger, rådmenn, administrative ledere og jurister. Flere av de administrative lederne hadde også helsefaglig bakgrunn. De som fikk tilgang til oppdragsnettverket, ble oppfattet som ressurspersoner. For kommunene var det for eksempel viktig å rekruttere personer som forstod kommunenes helhetlige ansvar og demokratiske mandat. I case 1, 2 og 4 var kommunene representert ved delegater fra kommunesamarbeidene. I case 2 og 4 inngikk det studerte kommunesamarbeidet i større kommunale samarbeid i de endelige forhandlingene. Underutvalgene var i hovedsak organisert etter punktene i loven som definerte tjenesteavtalene. Deltakere i underutvalgene var i stor grad operativt og administrativt personell fra både sykehus og kommuner med egnet fagkompetanse for tjenesteavtalen som skulle utformes. Sammen jobbet de fram avtaleutkast som ble sendt til hovedforhandlingsutvalget. Denne organiseringen mobiliserte et stort antall deltakere. Underutvalgene sikret det faglige innholdet i avtalene. Det effektiviserte prosessen, og kommunene fikk mulighet til å delta direkte. Forankring av avtalene i organisasjonen ble sjelden nevnt, men enkelte informanter fra underutvalgene mente de hadde jobbet fram avtaleinnhold som ansatte kunne bruke direkte i arbeidet. Noen informanter kommenterte at mange deltakere i nettverkene bidro til at ansatte i kommuner og sykehus ble bedre kjent og dermed fremmet samhandling.

Unntaket fra den overordnede modellen var case 4 som ikke hadde samarbeid mellom kommuner og sykehus i undergrupper. Her hadde kommunene sine egne undergrupper pr. lovpunkt som leverte forslag som deres representanter tok med seg til forhandlingsbordet. Sykehuset hadde noe de omtalte som et «bakland» de konfererte med underveis i forhandlingene, som bestod av faglig-administrativt personale.

Vi fant også at nettverkene var preget av ulik vektlegging av oppdraget, noe som kan tolkes som en sentral relasjonskvalitet. Case 1 skiller seg fra de andre casene ved i større grad å være preget av gjensidighet snarere enn en vektlegging av kontraktsforhandlingene. I case 3 og 4 finner vi konflikt og brudd i forhandlingene. Vi ser også at KS spiller ulik rolle i de ulike casene.

Tabell 3 oppsummerer disse ulikhetene og variasjonene i nettverksstrukturen mellom casene.

Tabell 3: Ulikhet i relasjonsmønstre og relasjonskvaliteter.

| | Case 1 | Case 2 | Case 3 | Case 4 |
|---|---|--|--|---|
| Antall deltagende organisasjoner | Sykehus, 4 kommunesamarbeid (12 kommuner), brukerorganisasjon | Sykehus, 5 kommunesamarbeid, (30 kommuner), brukerorganisasjoner og KS | Sykehus, 1 kommunesamarbeid sammensatt av 18 kommuner, KS | Sykehus og 5 kommunesamarbeid (18 kommuner) |
| Kommunesammensetning | Kommuner av relativt lik størrelse | 1 storbykommune og flere mellomstore til små kommuner | 1 storbykommune og flere små kommuner | Mellomstore til små kommuner |
| Hovedmodell (hovedforhandlingsutvalg med forslagsgivende underutvalg) | Nei på avtaler til tidsfrist 1.1.2012. Ja på avtaler med tidsfrist 30.6.2012. | Ja | Ja | Ja |
| Brukerorganisasjon aktive i nettverk | Ja | Ja | Nei, kun informert | Nei, kun informert |
| Folkevalgte aktive i nettverk | Nei | Nei | Nei | Nei |
| KS rolle | Uaktuell | NAO for kommunesamarbeidet, deltok i hovedforhandlingsutvalget | NAO for kommunesamarbeidet, deltok i hovedforhandlingsutvalget | Uaktuell |
| Underutvalg hvor kommuner og sykehusansatte samarbeider | Ja | Ja | Ja | Nei |
| Styringsform | Deltakerstyrt nettverk | Deltakerstyrt nettverk | Deltakerstyrt (KS i moderert NAO-rolle) | Deltakerstyrt nettverk |
| Dominert av kontraktuelle eller gjensidighetsrelasjoner mellom kommuner og sykehus | Gjensidighetsrelasjoner i både hoved- og underutvalg | Kontraktuelle i hovedutvalg, gjensidighet i underutvalg | Kontraktuelle | Kontraktuelle (gjelder kun i hovedforhandlingsutvalg) |

Hva strukturerte nettverkene mot likhet og forskjell?

I denne delen diskuterer vi de forholdene vi mener påvirker oppdragsnettverksstrukturene mest ut fra våre analyser. Her utgår vi fra en forståelse av nettverk som dynamiske, sosiale konstruksjonsprosesser, som interorgani-

satoriske domener (Hardy og Phillips 1998), hvis strukturer i form av relasjonsmønstre og relasjonskvaliteter kan studeres.

Relasjonshistorikk og tillit

Relasjonshistorikken har mye å si for struktureringen av oppdragsnettverket fordi den påvirker tillitsforholdet som partene starter etableringen av oppdragsnettverket med (jf. Lambright mfl. 2010). Tillit og spredningen av tillit har mye å si for struktureringen av oppdragsnettverk (Provan og Kenis 2007). I sammenligningene mellom casene blir dette tydelig. I case 1 startet partene med å bruke det etablerte, institusjonaliserte og selvstyrte styringsnettverket hvor tilliten var spredt mellom deltakerne, for å forhandle fram de første, mest økonomisk utfordrende avtalene. Få representanter (10) som satt i samarbeidsutvalget og som kjente hverandre godt fra før, lagde avtaleutkast på relativt kort tid. I neste runde fikk samarbeidsutvalget rollen som hovedforhandlingsutvalg. Det bygdes ut med underutvalg. I denne casen videreutviklet man eksisterende og institusjonaliserte samarbeidsrelasjoner. Dette viser godt nettverkens dynamiske form, hvor ytre endringer som et lovkrav omstrukturerte nettverket til å bli et oppdragsnettverk. I case 4 var tilliten lav mellom kommuner og sykehus, noe som forklarer kommunenes ønske om å ekskludere sykehusets representanter i felles underutvalg. Case 3 er preget av at kommunesamarbeidet er umodent. Av den grunn kommer KS til å spille en viktig rolle som en slags NAO for kommunene for å smøre samarbeidet, men etter hvert også for hovedforhandlingsutvalget. I case 2 har kommunene i samarbeid med hverandre og sykehuset jobbet for å bygge relasjoner som letter etableringen av et oppdragsnettverk hvor kommunene blir indirekte representert. Relasjonsmønstrene ble ulike på grunn av ulike tillitsforhold i casene.

Tillitsforholdene i nettverkene påvirker også oppdragsforståelsen i nettverkene. I case 1 ønsket partene å opprettholde allerede gode samarbeidsrelasjoner og i relativt symmetriske relasjoner. I de andre casene ble det imidlertid en sterkere vektlegging av den kontraktuelle delen av oppdraget, og sykehuset oppleves i større grad av kommunene som en sterk forhandlingsmotstander. Dette viser at tvetydigheten i oppdraget fikk ulikt spillerom i de ulike casene avhengig av tillitsrelasjonene. Det ser ut til å være lettere å vektlegge relasjonsbygging når man bygger på allerede velutviklede tillitsforhold partene søker å videreføre. Det kontraktuelle elementet ser ut til å bli sterkere vektlagt i casene med lavere grad og spredning av tillit og høyere grad av opplevd asymmetri mellom sykehus og kommuner. Dette bekrefter tidligere forskning som slår fast at jo større maktforskjellen er mellom partene, jo større forståelsen er at partene vil kunne opptre opportunistisk, desto større blir ønsket om å kontraktsfeste og regulere relasjonen i detalj (Lui og Ngo

2004). Et spørsmål å stille er konsekvensen for framtidig samarbeid av en kontraktuell forståelse av oppdraget hvor interessekonflikter får stort spillerom. På den ene siden kan det ha ryddet framtidige uenigheter av veien, på den andre siden kan konfliktlinjer forsterkes og gjensidighet hemmes.

En kontraktuell forståelse av oppdraget hemmer i tillegg brukermedvirkning. Brukerne oppleves ikke som juridisk part i saken og er dermed ikke relevante å inkludere. I kombinasjon med manglende mobilisering av egne ressurser, manglende tilgang på kritisk forvaltningskompetanse og lav sosial status (jf. Benson 1975) kan dette forsterke brukernes avmakt. Sett i lys av den teoretiske diskusjonen er det interessant at case 4 som er preget av asymmetri og lav tillitsgrad, er selvstyrt. Dette kan forklares med at oppdragsforståelsen er kontraktuell.

Oppdraget traff felt med ulike tillitsrelasjoner som påvirket domenes relasjonsmønstre og struktur og oppdragsforståelse.

Verdier, interesser og makt

Verdier påvirker nettverksstrukturen i denne studien. Vi finner i alle casene at sykehusene og kommunene deler verdien av lik tilgang til like tjenester. Dette fremmet en nettverksstruktur hvor kommunesamarbeid fikk representere kommunene og sikre at alle fikk like avtaler. For å sikre representasjon fra alle kommunene ble underutvalgene fylt med representanter for alle kommunene. Slik påvirket en demokratisk representativitetsverdi hvem som fikk tilgang til nettverket og dermed også nettverksrelasjonene.

Vi ser også at organisatoriske interesser påvirker nettverksstrukturen. Dette er i særdeleshet knyttet til organisasjonenes behov for å verne om egen økonomi, noe som også er i tråd med Bensons argumentasjon (1975). Det ble derfor viktig for både sykehus og kommuner å etablere et økonomisk og tidsmessig effektivt oppdragsnettverk som ikke kostet for mye å drive, men som samtidig kunne løse oppgaven, noe en representativitetsmodell fremmet. Slik ser vi også betydningen av den legale nettverksreguleringen av oppdraget på nettverksstrukturen. Oppdraget med juridiske bindinger, tidsfrister og tjenesteavtalekrav treffer organisasjoner som verner om egen økonomi og ønsker en effektiv prosess. Den kontraktuelle forståelsen av oppdraget tillegges stor vekt. Derfor ser vi i alle casene at man etablerer hovedforhandlingsutvalg med de juridiske partene. Disse fikk makt til å redigere innholdet i utkastene fra underutvalgene hvor førstelinjeansatte befant seg. Flere av disse opplevde at utkast fra dem ble kraftig redigert for å bli generelle nok til å unngå stadige reforhandlinger.

Fordi de økonomiske interessene blir så viktige, får dette konsekvenser for hva som blir kritiske ressurser og kilder til makt i forhandlingene. Dette er i stor grad kompetanse på jus og forvaltning slik vi fant det i hovedfor-

handlingsutvalget, mer enn helsefaglig kompetanse som var konsentrert til underutvalgene. Det kan også forklare at vi ikke finner representanter fra kommunestyrene i noen av casene vi har studert. Dette relasjonsmønsteret bidro til at makt ble sentralisert i hovedforhandlingsutvalgene som utformet de endelige utkastene til avtaler. Slik genererte nettverksstrukturen i seg selv maktstrukturer i oppdragsnettverkene. Fordi KS hadde tilgang til kritiske ressurser som informasjon, jus og administrativ kapasitet, og et ønske om å fremme kommunenes stilling, fikk KS en slags nettverksadministrativ rolle i case 2 og 3. Dermed ble en spesifikk struktur på nettverksstyringen hvor en ikke innregulert part får delta, bestemt av partenes mangel på kritiske ressurser for å løse oppdraget innen tidsfristen (jf. Provan og Kenis 2007).

Kommunenes samarbeid for å søke makt i forhandlingene bidro sterkt til å strukturere oppdragsnettverkene fordi det ledet til en nettverksmodell basert på kommunenes indirekte representasjon. Dette henger igjen sammen med at oppdragskravet med sine juridiske bindinger og mulige økonomiske konsekvenser traff et felt preget av asymmetriske maktforhold. Nettverkene struktureres for å søke en maktbalanse fra kommunenes side for å ivareta kommunenes i hovedsak økonomiske interesser. Hierarkiet mellom de juridiske partene ble utfordret av oppdraget fordi den ene parten kan mobilisere en ny type kritisk ressurs som endret maktforholdet. Slik ble en viktig relasjonskvalitet i nettverket påvirket av oppdraget og nettverksstrukturen.

KONKLUSJON

Artikkelen har utforsket struktureringen av oppdragsnettverk som ble utviklet for å møte lovkravet om å inngå samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner gjennom samhandlingsreformen. Studien har et sammenlignende design som har dokumentert likheter og ulikheter mellom 4 caser, som påvirker oppdragsnettverkens struktur. Ulike faktorer spiller inn på nettverksstrukturen, og de er i tråd med funn i tidligere forskning (jf. Provan og Kenis 2007; Rodriguez mfl. 2007).

Det pågår en debatt om forholdet mellom kontraktuelle og tillitsbaserte (personlige) relasjoner mellom organisasjoner i nettverk, hvor de ofte har blitt betraktet som gjensidig utelukkende (Uzzi 1997; Provan og Kenis 2007; Poppo og Zenger 2002). Uzzi (1999) argumenterer for en komplementaritet mellom disse to typene relasjoner for å få til effektive nettverk. Et spørsmål knyttet til oppdragsnettverk som kan diskuteres på bakgrunn av denne studien, er muligheten for å styre oppdragsnettverk mot en slik komplementaritet gjennom oppdraget som gis. Analysen viser at det kontraktuelle oppdraget ser ut til å trumfe det relasjonelle når oppdragsgiver gjennom styringen tilrettelegger for at økonomiske verdier står på spill i slike nettverk. Dette forsterkes av trekk ved de sosiale felt oppdraget treffer, som lav grad av

tillit og deltakeres opplevelse av manglende likeverd. Komplementariteten ser ut til å oppnås lettest i caser med velutviklede tillitsforhold. Effekten av tvetydig styring på oppdragsnettverk bør utforskes nærmere.

Avtalene skulle fremme gjensidighet og likeverd mellom kommuner og sykehus. Våre funn viser at kommunene med nokså ulike utgangspunkt samlet seg i kommunesamarbeid slik at de i oppdragsnettverket hvor forhandlingene skjedde, ble likeverdige parter med spesialisthelsetjenesten. Oppdraget ble derfor en suksess i forhold til målsettingene. Andre prosjekt i SPIS indikerer imidlertid at bildet med hensyn til opplevd likeverd ikke er entydig (Gjerde mfl. 2015). Det kan bety at opplevelsen av likeverd er begrenset til gjennomføringen av avtaleforhandlingene og de som deltok der. Hvorvidt asymmetrien kan gjenfinnes i den daglige og praktiske samhandlingen, bør belyses i videre forskning. Dette berører en generelt manglende kunnskap om oppfølgingen av avtalekravet og hvorvidt oppdragsnettverkene har hatt effekt på implementerings- og revideringsprosessene. Ble de etablerte relasjonene videreført, eller var oppdragsnettverkene engangshendelser uten effekt på videre samhandling? Dette omfatter ikke minst brukerens rolle, som beskrives i både denne artikkelen og i Brekk og Kirchhoff (2015) i dette temanummeret som nesten fraværende ved oppstart. Det finnes ingen oversikt over implementeringen av avtalene. Danmark sentraliserte avtaleprosedyrene etter en evaluering som viste manglende og sen implementering (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2013). Norge har i stor grad kopiert det opprinnelige danske opplegget. Det er derfor god grunn til å evaluere relasjonene mellom partene og gjennomføringen av avtalene når det nå er gått tre år siden de første ble effektuert.

TAKK

Forfatterne ønsker å takke Norges Forskningsråd ved EVASAM-programmet for finansiering av SPIS-prosjektet som har muliggjort artikkelen. Vi ønsker også å takke fagfellene for gode og konstruktive innspill samt redaktør og gjesteredaktører for god hjelp underveis.

Vi vil også takke alle informantene som brukte av sin tid for å gi oss innsikt i prosessene og erfaringene med forhandlingene.

Vi takker også Bente Rasmussen for kommentarer på tidligere utkast.

REFERANSELISTE

- Addicott, Rachel, Gerry McGivern og Ewan Ferlie (2006). Networks, organizational learning and knowledge management: The case of NHS cancer networks. *Public Money and Management*, 26 (2): 87–94.
- Benson, J.Kenneth (1975). The interorganizational Network as a Political Economy. *Administrative Science Quarterly*, 20 (2): 229–249.

- Brekke, Åge og Ralf Kirchoff (2015). Hvor ble det av pasientene i samarbeidsavtalene? *Nordiske organisasjonsstudier*, 17 (3): 37–62.
- Byrkjeflot, Haldor og Kari Guldbrandsøy (2013). Både hierarkisk styring og nettverk. En studie av utviklingen av styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54 (4): 463–491.
- Hardy, Cynthia og Nelson Phillips (1998). Strategies of Engagement: lessons from the Critical Examination of Collaboration and Conflict in an Interorganizational Domain. *Organization Science*, 9 (2): 217–230.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2014). *Interkommunalt samarbeid i Norge: former, funksjoner og effekter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kadushin, Charles (2012). *Understanding Social Networks. Theories, Concepts and Findings*. Oxford: Oxford University Press.
- Kalseth, Birgitte og Bård Paulsen (2008). *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008*. Trondheim: SINTEF.
- Kilduff, Martin og Wenpin Tsai (2003). *Social Networks and Organizations*. London: Sage.
- Krasnik, Allan og Bård Paulsen (2009). Reforming primary health care. I: Jon P. Magnussen, R.B. Saltman og Karsten Vrangbæk (red.): *Nordic Health Care Systems. Recent reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Open University Press.
- Kvale, Steinar (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Lambright, Kristina T., Pamela A. Mischen og Craig B. Laramée (2010). Building Trust in Public and Nonprofit Networks. Personal, Dyadic and Third-Party Influences. *The American Review of Public Administration*, 40 (1): 64–82.
- Lui, Steven og Hang-Hue Ngo (2004). The Role of Trust and Contractual Safeguards on Cooperation in Non-equity Alliances. *Journal of Management*, 30 (4): 471–485.
- Magnussen, Jon, Karsten Vrangbæk, Richard B. Saltman og Pål E. Martinussen (2009). Introduction: the Nordic model of health care. I: Jon P. Magnussen, R.B. Saltman og Karsten Vrangbæk (red.): *Nordic Health Care Systems. Recent reforms and Current Policy Challenges*. Berkshire: Open University Press.
- Martin, Graham P. (2008). Ordinary people only: knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociology of Health and Illness*, 30 (1): 35–54.
- McEvily, Bill, Vincenzo Perrone og Akbar Zaheer (2003). Trust as an Organizing Principle. *Organization Science*, 14 (1): 91–103.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler. *Sundhedsstyrelsen*, 4-1211-9/1.
- Norredam, Marie og Dag Album (2007). Review article: Prestige and its significance for medical specialities and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35 (6): 655–661.
- Poppo, Laura og Todd Zenger (2002). Do formal contracts and relational governance function as substitutes or compliments? *Strategic Management Journal*, 23 (8): 707–725.
- Provan, Keith G. og Patrick Kenis (2007). Modes of Network Governance: structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration research and Theory*, 18: 229–252.
- Ramsdal, Helge og Gunnar V. Hansen (2009). *Administrativt Samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og arbeidsformer*. Oppdragsrapport. Halden: Høgskolen i Østfold.

- Rodriguez, Charo, Ann Langley, Francois Beland og Jean-Louis Denis (2007). Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational network. *Administration & Society*, 39 (2): 150–193.
- Rommetvedt, Hilmar, Ståle Harald Opedal, Inger Marie Stigen og Karsten Vrangbæk (2014). *Hvordan har vi det i dag, da?: Flernivåstyring og samhandling i dansk og norsk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røsstad, Tove, Helge Garåsen, Aslak Steinsbekk, Olav Sletvold og Anders Grimsmo (2013). Development of a patient-centered care pathway across health care providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13 (121). doi: 10.1186/1472-6963-13-121.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørensen, Eva og Jacob Torfing (2008). Introduction: Governance Network Research: Towards a Second Generation. Theories of Democratic Network Governance. I: Eva Sørensen og Jacob Torfing (red.): *Theories of Democratic Network Governance*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Uzzi, Brian (1997). Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness. *Administrative Science Quarterly*, 42 (1): 35–37.
- Uzzi, Brian (1999). Embeddedness in the making of financial capital. How social relations and networks benefit firms seeking financing. *American Sociological Review*, 64 (4): 481–505.
- Yin, Robert K. (2014). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Aarseth, Turid, Kari E. Bachmann, Ingunn Gjerde og Guri Kaurstad Skrove (2015). Mot Samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske organisasjonsstudier*, 17 (3): 109–133.

SAMMENDRAG

Første oppdrag i samhandlingsreformen var at kommuner og sykehus i fellesskap skulle jobbe fram samarbeidsavtaler til pasientens beste. Oppdraget fulgte av et nytt lovverk og ble iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget var tvetydig fordi partene skulle utvikle juridisk bindende avtaler der økonomi stod på spill, samtidig som de skulle utvikle bedre samarbeidsrelasjoner for å sikre pasienten gode helsetjenester. Denne artikkelen utforsker struktureringen av interorganisatoriske oppdragsnettverk som ble etablert for å imøtekomme dette lovkravet. Avtaleforhandlingene skjedde i en situasjon preget av interessekonflikter og asymmetriske maktforhold. Målet med artikkelen er å vise hvordan oppdragsnettverkene ble strukturert, og hva som påvirket nettverksstrukturen. Analysen baserer seg på en komparativ casestudie med kvalitative intervjudata fra fire helseregioner. Vi finner at nettverksstrukturene er variasjoner over en modell med hovedforhandlingsutvalg og underutvalg, der flere forhold påvirket hvordan forhandlingene ble håndtert. Ulik grad av tillit mellom partene påvirket fortolkningen av oppdraget og fikk konsekvens for strukturen på oppdragsnettverket. Her skiller casene seg fra hverandre. Både velferdsstatlige og organisatoriske verdier påvirket strukturen, og økonomiske interesser ble viktige. Kommunesamarbeid ble en sentral kilde til makt for kommunene i alle casene. Det kon-

traktuelle oppdraget ser ut til å ha trumfet det relasjonelle når oppdragsgiver gjennom styringen sørget for at økonomiske verdier stod på spill. Nettverk preget av lav grad av tillit vektla i større grad forhandlingsdelen av oppdraget enn nettverk med høy grad av tillit. Disse fremmet i større grad samarbeidsrelasjoner, spesielt i underutvalg, og mer brukermedvirkning.

ABSTRACT

The first assignment to municipalities and hospitals decreed by new laws in relation to the Norwegian coordination reform was to jointly negotiate cooperation agreements for the patient's best. The parties were expected to develop legally binding agreements to ensure good and coordinated health-care services. The mission was however ambiguous. Both the economy and the development of better working relationships were at stake simultaneously. The agreement negotiations took place in a situation characterized by conflicts of interest and asymmetrical power relations. The article shows how interorganisational mandated networks were structured and what affected the network structure to meet the legal requirements. The analysis is based on a comparative case study with qualitative interview data from four health regions. The network configurations developed were varying models of a main negotiating committee with subcommittees. Several factors influenced the network structure. The level of trust between the parties affected the interpretation of the mission, and yielded consequences for the structure of the mandated network. In that respect, the cases differed from each other. Both welfare state and organizational values and economic interests got important. Inter-municipal cooperation became a key source of power for municipalities across the cases. The contractual mission trumped the relational ones when economic values were at stake. Network characterized by low levels of trust emphasized the negotiating part of the mission more than network with a high degree of confidence. The latter promoted cooperative relations, especially in sub-committees, as well as more user involvement.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Birgitte Ljunggren er seniorforsker ved TFoU og har en Ph.D. i sosiologi. Hennes forskningsinteresser er styring som governmentality og governance, organisering og ledelse av velferdstjenester (barnehage og helse), innovasjon og (diskurs)analyser av policydokumenter. Ljunggren interesserer seg også for kjønnsforskning og analyser gjort i kjønnsperspektiv.

E-post: birgitte.ljunggren@tfou.no, mobil 416 77 686
TFoU, Postboks 2501, 7729 Steinkjer

Marit Solbjør er førsteamanuensis ved NTNU og har en Ph.D. i sosiologi. Hennes forskningsområder er brukermedvirkning, samhandling, helsetjenesteforskning, pasienterfaringer, medisinsk screening og medikalisering.

E-post: marit.solbjor@ntnu.no, tlf. 735 90 220
TFoU, Postboks 2501, 7729 Steinkjer

Hanne Hestvik Kleiven er seniorforsker ved TFoU og har en Ph.D. i sosiologi. Hennes forskningsinteresser er samspillet mellom helse og teknologi, folkehelse, frivillighet og innovasjon i den kommunale velferdsproduksjonen. Hestvik Kleiven jobber også med forskningskommunikasjon og medieanalyser.

E-post: hanne.kleiven@tfou.no, mobil 928 65 758
TFoU, Postboks 2501, 7729 Steinkjer

Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene?



ÅGE BREKK OG RALF KIRCHHOFF

Nøkkelord: samhandlingsreformen, brukermedvirkning, iverksetting, samarbeidsavtaler

Keywords: The Coordination Reform, user participation, implementation, service agreements

INNLEDNING

I litteraturen sees en reform ofte på som en avskjed fra status quo, noe som reformforkjempere ser på som en forbedring (Cain 2001). I dette perspektivet kan også den norske samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) forstås. Reformen tok sikte på å løse en rekke utfordringer i norsk helse- og omsorgstjeneste. En av disse var at tjenester kan fremstå som fragmenterte pga. mangelfull koordinering mellom spesialist- og primærhelsetjenestene (St.meld. nr. 47 (2008–2009:13)). Reformen er også beskrevet som en rettingsreform (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a). Dette impliserer at utfordringene ikke lar seg løse umiddelbart, og underforstått at de vedtatte virkemidler er de «rette» til å svare på disse utfordringene. Kommuner, helseforetak (sykehusene) og brukere/brukerorganisasjoner var helt fra starten ansett som helt sentrale aktører for å implementere reformen i helse- og omsorgstjenesten. Eller som Helse- og omsorgsdepartementet skrev:

Sentralt i arbeidet med samhandlingsreformen vil være å utvikle prosesser som legger bedre til rette for medvirkning fra alle berørte aktører slik at det i større grad enn i dag utvikles felles forståelse om hva som er gode pasientforløp, og hva dette medfører av krav til samarbeid mellom aktørene. (St.meld. nr. 47 (2008–2009:25))

Formålet med reformer, slik som samhandlingsreformen, er ofte å løse ulike problemer i samfunnet eller å oppnå bestemte politiske mål. Slike problemer «ber om å bli løst» av politikere, eller som Aberbach og Christensen (2014)

poengterer: «Something is wrong and we want to fix it» (Aberbach og Christensen 2014:3). Forskning viser imidlertid at implementering av offentlig politikk sjelden er uproblematisk (Aberbach og Christensen 2014; Lipsky 1980; Matland 1995; Van Meter og Van Horn 1975). Å fremskaffe kunnskap om det som kan hemme eller fremme slik implementering, kan således være viktig for å forstå ulike aspekt ved reformstyrt samfunnsutvikling.

Siden starten på 1970-tallet har teoretiske perspektiv og forskning som kan sorteres under implementeringsparaplyen, gitt økt forståelse knyttet til utfordringer som følger i kjølvannet av at reformer skal iverksettes (Aberbach og Christensen 2014; Hoppe, van de Graaf og van Dijk 1987; Lipsky 1980; McLaughlin 1987; Van Meter og Van Horn 1975). Uintenderte konsekvenser på grunn av svikt i implementering av reformer blir i litteraturen ofte forklart med at mål som ligger til grunn for reformer og beslutninger i organisasjoner, kan være tvetydige, komplekse og konfliktfylte (Aberbach og Christensen 2014; March og Olsen 1976).

Samhandlingsreformen er også en stor lovreform der et sentralt siktemål var å harmonisere regelverket innen helse- og omsorgstjenestene. En viktig målsetting med regulering av samhandlingen mellom ulike aktører ved ytelse av tjenester har vært å oppnå en rasjonaliseringsgevinst. I et juridisk perspektiv blir begrepet 'implementering' i stor grad knyttet til ulike former for etterkontroll av vedtatte lover: «The process of bringing any piece of legislation into force» (Law og Martin 2009). Ifølge Van Meter og Van Horn (1975) omfatter politikimplementering (engelsk *policy implementation*) «... those actions by public and private individuals (or groups) that are directed at the achievement of objectives set forth in prior policy decisions» (Van Meter og Van Horn 1975:447). Slik sett retter implementeringsforskning seg i stor grad mot å utvikle systematisk kunnskap om det som foregår i fasen(e) før og etter at en lov eller reform er vedtatt, og deretter skal iverksettes på ulike myndighets-/forvaltningsnivåer. Lovevaluering er en vanlig form for etterkontroll av lovgivning. En lovevaluering er definert som «en systematisk datainnsamling, analyse og vurdering av et regelverk med tanke på utforming, målrealisering, effekter og/eller utvikling og anvendelse» (Justis- og politidepartementet 2009:3). En ting er altså å ha oversikt over innholdet i regler og rutiner for samarbeid, noe annet er å ha kunnskap om hvordan disse reglene blir praktisert i arbeidsprosesser i pasientforløp.

Implementeringslitteraturen er variert, omfattende og favner de fleste politikkområder og land. Fenomenet implementering er studert både som rasjonelle og ikke-rasjonelle prosesser (Pressman og Wildavsky 1973; Van Meter og Van Horn 1975). Sistnevnte perspektiv synes å dominere nåtidens forståelse av implementering. Videre er implementering studert både som ovenfra-og-ned- (Jordan, Wurzel og Zito 2005) og nedenfra-og-opp-prosesser (Lipsky 1980). Ovenfra-og-ned-modellen har ofte fokus på overordnede

myndigheters evne til å iverksette politiske mål eller lover ved hjelp av regionale og/eller lokale forvaltningsnivåer, dvs. via tradisjonell hierarkisk styring. Matland (1995) har forsøkt å kombinere disse teoriene, med utgangspunkt i at det er ikke et enten–eller. Iverksetting kan foregå både ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp. Videre legger Matland (1995) vekt på situasjonen omkring iverksettingen, der det politiske aspektet omkring iverksettingen trekkes inn i forståelsen av hva som skjer. Sentralt hos Matland (ibid.) er graden av usikkerhet (engelsk *ambiguity*, der Matland skiller mellom lav vs. høy usikkerhet) og graden av konflikt (lav vs. høy) omkring iverksettingssituasjonen. Ulike iverksettingssituasjoner kan gi ulike typer utfall (engelsk *outcomes*), som avhenger av hva slags type iverksetting det er snakk om (f.eks. administrativ, politisk, eksperimentell eller symbolsk, jf. Matland 1995).

I litteraturen finner man en rekke eksempler som tyder på at lokale og regionale forvaltningsnivå i større grad er blitt forhandlere av egne rammebetingelser. I internasjonal litteratur beskrives denne utviklingen ofte som «multilevel governance» (Bache og Flinders 2004; Entwistle og Laffin 2003; Hill og Hupe 2002; Peters 2010), og i norsk litteratur som «vertikal samstyring» (Røiseland 2013; Røiseland og Vabo 2008) eller flernivåstyring (Fimreite og Selle 2013). I artikkelen sees slike styringsformer som supplement til hierarkiske styringsvirkemiddel. Vertikal samstyring eller flernivåstyring innebærer stor grad av gjensidig avhengighet mellom nasjonale myndigheter og lokale/regionale forvaltningsnivå. Det innebærer at ingen enkeltaktør har tilstrekkelig kunnskap eller kapasitet til å dominere alene (Røiseland og Vabo 2008). Styringsverktøy som kan inngå i denne form for samstyring, ved siden av tradisjonell hierarkisk lovstyring, kan være formaliserte partnerskap (Røiseland 2013). Bruken av avtaleformen for å regulere samarbeidet mellom to ulike organisasjoner som spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil innebære at et nytt rettslig styringsvirkemiddel blir innført ved siden av lovgivning. Samtidig gir samarbeidsavtalene rettsregler med et nytt innhold som vil kunne variere mellom ulike avtaleparter. Disse lovfestede avtalene organiserer og normerer samarbeidsrelasjoner i pasientbehandling lokalt, mellom de to nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Pollitt og Bouckaert (2011) viser til at partnerskapsmodellen fikk et gjennombrudd rundt midten av 1990-tallet, og kan oppfattes som et «mykere» styringsverktøy enn tradisjonell «hard» lovstyring. Ifølge McQuaid (2010) er partnerskap et variert og tvetydig begrep. En tilsynelatende oppfatning i offentlig politikk synes å være at jo mer komplekst problemet er, jo mer velegnet vil det være å etablere et partnerskap for å håndtere samstyringsutfordringer i helse- og omsorgstjenesten (Hunter mfl. 2010). Partnerskapsmodeller innenfor helsevesenet, og som ledd i implementeringen av helsereformer, er anvendt både i Danmark, Sverige, Norge og en rekke andre vest-

lige land (Hunter mfl. 2010; Saltman, Calltorp og de Roo 2011; Vabo 2012; Wadmann, Strandberg-Larsen og Vrangbæk 2009). Her anvender vi OECD sin definisjon av partnerskapsmodellen:

Systems of formalised co-operation, grounded in legally binding arrangements or informal understandings, co-operative working relationships, and mutually adopted plans among a number of institutions. They involve agreements on policy and programme objectives and the sharing of responsibility, resources, risks and benefits over a specified period of time. (OECD 1990:19)

AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Det er særlig én endring som vi oppfatter som et tydelig brudd med institusjonalisert praksis i primær- og spesialisthelsetjenestene i Norge etter 2012. I vår artikkel har vi valgt å ha fokus på implementering og vertikal samstyring i lys av samarbeidsavtalene og krav i lovgivningen om ulike former for brukermedvirkning. Samarbeidsavtalene var et nytt styringsvirkemiddel da det ble vedtatt innført i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L (2010–2011)). Et særtrekk ved samarbeidsavtaler er at det i større grad ansvarliggjør partene, dvs. kommuner og helseforetak (sykehus), når det gjelder å inngå i gjensidig forpliktende samarbeid på en rekke fagområder, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 om krav til samarbeidsavtalenes innhold som gjelder fra 1.1.2012. Bruk av avtaleformen som rettslig styringsvirkemiddel gir både de to tjenestene som avtaleparter og profesjonene som tjenesteytere mer selvbestemmelse enn ved lovstyring. Det forhold at pasient- og brukergruppen ikke er gitt noen som helst partstatus i samarbeidsavtalene, gjør det imidlertid svært viktig å oppfylle kravene i lovgivningen om pasient- og brukermedvirkning.

Ett sentralt punkt i den norske samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) er at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bedre sin evne til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester (St.meld. nr. 47 (2008–2009):47). Selv om pasienter eller deres organisasjoner ikke var part i samarbeidsavtalene, så forelå det krav om at kunnskap bygd på pasient- og brukererfaringer lokalt skulle inngå i avtaleforhandlingene (se helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd).

Det er ulike definisjoner på brukermedvirkning innenfor helsefeltet. Ifølge Austvoll-Dahlgren og Johansen (2013) er felles for dem alle at brukere og brukerorganisasjoner gis anledning til å påvirke beslutninger eller utforming av tjenester. Analytisk kan man skille mellom brukermedvirkning på individ- og systemnivå (ibid.:226). Tema i vår undersøkelse er ivaretagelse av et pasientperspektiv på overordnet systemnivå i helse- og omsorgstjenesten. Brukermedvirkning på systemnivå er både i Norge og Norden regulert

i nasjonale lover og forskrifter, og kan sees i lys av retoriske og politiske begrunnelser i en rekke offentlige reformer som startet rundt 1990-tallet (Magnussen, Vrangbæk og Saltman 2009; Pollitt og Bouckaert 2011).

Den overordnede problemstillingen i studien tar utgangspunkt i et sentralt aspekt ved fenomenet implementering og samstyring, belyst gjennom nasjonal og lokal brukermedvirkning i avtaleprosessene. *Vi spør om nasjonale føringer om brukermedvirkning ble fulgt opp av de kommuner og helseforetak som inngår i vårt utvalg, etter at helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft. Har kommuner og helseforetak, i samarbeidsavtalene, tatt hensyn til brukere eller brukerorganisasjoner ved å etablere systemer for systematisk innhenting av bruker- og pasienterfaringer? Har brukermedvirkningen variert innenfor vårt utvalg, dvs. Helse Midt-Norge RHF?*

Valgt forskningsdesign er «mixed methods» (Creswell 2014). Våre data stammer i hovedsak fra kommuner og helseforetak (somatiske sykehus) som er tilknyttet Helseregion Midt-Norge RHF. Hovedgruppen av data er møteprotokoller fra brukerutvalgsmøter i helseforetakene fra august 2011 til april 2012, samarbeidsavtaler (førstegenerasjonsavtaler) fra 2012 og surveydata fra 2013.

I tillegg til tradisjonelle organisasjonsteoretiske perspektiv på implementering, samstyring og brukermedvirkning er det redegjort for samarbeidsavtalene som et rettslig styringsvirkemiddel. Det har sammenheng med dataenes egenart, dvs. som empiriske uttrykk og resultat for den vertikale samstyringstenkningen i norsk helsevesen. Et supplerende rettslig perspektiv kan fange opp andre aspekt ved implementering som er relevant for samfunnsvitenskapen, men som sjelden fanges opp i denne typen studier.

I neste seksjon plasserer vi avtalene i et rettslig perspektiv. Deretter følger en kort redegjørelse for muligheter, men også begrensninger som ligger til grunn for økende bruk av medvirkning og pasienterfaringer på systemnivå i helsetjenestene. Slik påvirkning på systemnivå omfatter tiltak og prosedyrer som retter seg mot alle ledd i organisasjonene med myndighet til å planlegge og vedta allmenne tjenester og tiltak for befolkningen. Artikkelen avslutter med en metode-, resultat- og diskusjonsdel.

SAMARBEIDSAVTALER I ET RETTLIG PERSPEKTIV

Det er et overordnet prinsipp ved regelutforming i helse- og omsorgstjenesten at pasient eller bruker skal være i fokus på bekostning av for eksempel profesjonshensyn, geografi og organisatoriske forhold. Rettsregler gir rammer for organisering av hjelpetjenestene og utøvelse av faglig virksomhet i tjenesteytelse, samtidig som de styrer prioriteringen av tjenester til pasientene. I pasient- og brukerrettighetsloven er koblingen mellom borgerens individuelt bestemte behov for hjelp og tjenesteyters forpliktelse til handling

og bruk av nødvendige ressurser sentrale elementer. Prosessuelle rettighetsbestemmelser styrer saksbehandling og yrkesutøvelse i pasientforløpene. Fagkunnskapen i helse- og omsorgstjenestene vil imidlertid alltid være sentral når hjelpebehov blir vurdert og tjenester blir ytt.

Samhandlingsbegrepet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 og spesialisthelsetjenestelovens § 2-1e er et uttrykk for den samlede offentlige helse- og omsorgstjenestens evne til å foreta en rasjonell og koordinert oppgavefordeling i et totalt pasientforløp. Et pasientforløp er den kronologiske kjeden av hendelser og handlinger som utgjør en pasients møte med forskjellige helse- og omsorgstjenester. Et godt pasientforløp innebærer at pasienten får oppfylt sine lovfestede rettigheter, det vil si sitt rettskrav på tjenesteytelse, på rett sted til rett tid. Kvaliteten på tjenesteytelsen vil være påvirket av flere, ulike forhold knyttet til pasientens behov, fagfolks yrkesutøvelse og koordinering av de enkelte organisatoriske enhetene i helse- og omsorgstjenesten. For å sikre at tjenestene i innhold og omfang er i samsvar med lovens krav, skal institusjoner og tjenester etablere overordnede systemer for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, jf. helse- og omsorgstjenestelovens § 3-1 tredje ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd.

Ideelt sett ville koordineringen av forskjellige tjenester og profesjoner lettest kunne ivaretas i en helhetlig organisasjon under en felles ledelse. For å organisere samarbeidet mellom tjenesteytere, på de to forvaltningsnivåene og på tvers av administrative grenser, suppleres lov som styringsvirkemiddel med en lovfestet plikt etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e til å inngå lokale samarbeids- og tjenesteavtaler. Parter i avtalene er en eller flere kommuner på den ene siden og enten det regionale helseforetaket eller et helseforetak på den andre. Det overordnede formålet med en innføring av samarbeidsavtaler i helse- og omsorgslovgivningen var «å få til tilstrekkelig samhandling om å gjennomføre gode pasientforløp» (Prop. 91 L (2010–2011):327). Dette må forstås slik at pasientene skal oppleve et mest mulig sømløst behandlingsforløp. For å oppnå dette må avtaletekstene som styringsvirkemiddel stimulere til bedre samarbeid mellom tjenesteytere, bedre koordinering av tjenester og samtidig sikre at pasientene mottar de tjenester de har et rettskrav på etter pasient- og brukerrettighetsloven. Det vesentlige sett fra pasients og brukers ståsted vil på bakgrunn av dette være den faktiske organiseringen av samarbeidet i den løpende ytelsen av tjenester. Samarbeidsavtalenes funksjon vil være å regulere og legge til rette for dette samarbeidet.

Slike lokale samarbeidsavtaler skal derfor gi regler for en rasjonell og forsvarelig fordeling av nødvendige arbeidsoppgaver i et pasientforløp mellom avtalepartene, med formål å sikre tjenester av god kvalitet for den enkelte pasient. Avtalene vil derfor måtte inneholde instruksjoner med konkrete prosedyrer for samarbeid om behandling av pasienter og for aktørenes utførelse av

nødvendige arbeidsoppgaver i et samlet forløp. Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 første ledd angir minimumskravene til hva disse samarbeids- eller tjenesteavtalene skal omfatte. Partene kan også avtale andre samarbeidstiltak enn de som er lovfestet, hvis det er ønsket av partene. Partene kan enten inngå én samlet samarbeidsavtale eller flere tjenesteavtaler for ulike nivå eller områder av virksomhetene (Prop. 91 L (2010–2011):498).

Som et generelt utgangspunkt må samarbeid mellom forskjellige tjenester for å avhjelpe pasienter og brukeres behov bygge på de aktuelle aktørenes evne og vilje til fleksibilitet knyttet til oppgaveløsning i forløpene. På denne bakgrunn kan det kanskje fremstå som et paradoks at bruken av avtaleformen er innrettet mot å skulle etablerere rettigheter og plikter mellom avtalepartene. 'Plikter' med utgangspunkt i en faktisk beskrivelse av rutiner for samarbeid, informasjonsutveksling og den arbeidsinnsatsen som hver av avtalepartene skal legge inn i pasientforløpene. 'Rettigheter' refererer her til at hver av avtalepartene kan kreve at den andre parten leverer de ressurser og den informasjon i pasientforløpene som følger av avtalen. Rettigheter og plikter i partsforholdet vil bli uten innhold hvis avtalene blir for generelt utformet. Dette kan skje fordi det generelt sett vil være praktisk vanskelig å avtalefeste driftsmessige detaljer hos hver av avtalepartene, for eksempel hvilke arbeidsoppgaver som skal inn i avtalene, og hvilke som skal holdes utenfor. Det samme er selvfølgelig også tilfellet uansett detaljeringsnivå hvis avtalene ikke er kjent og/eller ikke blir etterlevd av dem som i praksis yter tjenester i forløpene.

Slike avtalers legitimitet kan sikres ved at avtaleprosessen forankres i toppledelsen hos avtalepartene, at fagmiljøene involveres og at brukermedvirkning og et pasientfokus ivaretas både i forhandlinger og utforming av avtaletekst. Ved lovstyring ville statlige myndigheters definisjoner og vurderinger av samhandling være avgjørende. Ved bruk av avtale som styringsvirkemiddel vil aktørene i forhandlingene kunne fremføre argumenter bygd på lokale verdier, erfaringer, ønsker, forventninger og målsettinger ved utformingen av reglene for samarbeidet i pasientforløpene. Avtalepartenes handlingsfrihet i utforming av ordlyden vil også være bestemt av krav i lovgivningen knyttet til forsvarlig praksis og pasientrettigheter. Dersom samarbeid vil kreve en ny organisering av tjenester, oppstår spørsmålet om endring i egen organisasjon vil være en intern sak for hver av avtalepartene. Kan slike endringer overhodet avtales mellom to uavhengige institusjoner? Eller må omorganisering spilles inn i det løpende planarbeidet hos hver av avtalepartene, og avklares i forhold til deres ansatte etter gjeldende lov- og avtaleverk i arbeidslivet? Sistnevnte er noe som det tradisjonelt ikke blir samarbeidet om. Lov kan derfor være bedre egnet enn avtale til å skape organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenesten.

Siden pasienter/brukere eller deres organisasjoner ikke er parter i tjenesteavtalene, kan en enkelt pasient eller bruker vanskelig kunne påberope individuelle rettigheter utledet fra ordlyden i avtaleteksten. På denne bakgrunn blir det også viktig å følge den lovgivningen som ivaretar et brukerperspektiv, i avtaleforhandlinger og avtaletekst.

I en tidlig fase av arbeidet frem mot samhandlingsreformen ble det uttalt et behov for at også «tilretteleggere og planleggere av helsetjenester på alle nivåer» må arbeide med utgangspunkt i et pasientperspektiv (NOU 2005: 3 kapittel 10.2). Dette bygde på kunnskap om helhetlig tenkning i planlegging og utforming av tjenestetilbud, for å sikre at fokus også er på pasientens totale livssituasjon og ikke bare på en liten del av denne helheten når spesialiserte profesjoner vurderer hjelpebehov. Med et pasientperspektiv på et system- eller tjenestenivå har vi i dette arbeidet spesielt fokus på:

- Deltakelse- og medvirkning i beslutnings- og planprosesser på et overordnet nivå i tjenesten.
- Etablering av systemer for innhenting av pasienters erfaringer og for implementering av denne kunnskapen i tjenestene.

Generelle bestemmelser om pasient- og brukermedvirkning på et slikt overordnet nivå er gitt i helseforetaksloven § 35 for spesialisthelsetjenesten og i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-10 for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det følger to krav av disse reglene:

- Det skal sørges for at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med planlegging og utforming av helse- og omsorgstjenestene.
- Det skal sørges for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Når det gjelder plikten til å inngå tjenesteavtaler, er det i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd gitt en særskilt regel med krav til pasientperspektiv i avtaleprosess og avtaletekst:

- Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.
- Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen.

Kravet om å ivareta et pasientperspektiv ved utarbeiding av samarbeidsavtaler er altså todelt. Det skal være reell pasient- og brukermedvirkning i prosessen frem mot inngåelse av avtaler, og det skal etableres systemer som

sikrer at individuelle pasient- og brukererfaringer samles og bearbeides for å inngå som en premissleverandør i forhandlinger om samarbeidsavtaler. Begge disse tiltakene bør være regulert i en overordnet samarbeidsavtale.

Etter Primærhelsemeldingen skal dette regelverket praktiseres slik at:

Pasienter, brukere og pårørende skal være like viktige som fagfolk og politikere i endringsarbeidet vi nå står foran. Pasientene og brukernes behov skal inngå i grunnlaget for utviklingen av tjenestene, og kvaliteten på tjenestene skal vurderes fra pasientenes perspektiv. (Meld. St. 26 (2014–2015):45)

ET BRUKERPERSPEKTIV I AVTALEBASERT SAMARBEID

I juridisk teori er individuelle avtaler ansett for å gi faktaopplysninger som «normalt ikke har betydning for bedømmelsen av generelle rettsspørsmål» (Eckhoff 2001:25). Avtaleformen er imidlertid brukt som et rettslig styringsvirkemiddel. Bakgrunnen for dette er at kunnskaps- og teknologiutvikling har stor betydning både for samfunns- og rettsutvikling. Et kjennetegn ved dette er at oppgaveløsningen i samfunnet blir stadig mer spesialisert, og at den er i stadig endring (Sand 2013:465–467). I et slikt perspektiv kan en også se samhandlingsreformen som et krav om ytterligere faglig spesialisering, både i statlige og kommunale helse- og omsorgstjenester. I lovens forarbeider er det uttalt at:

Utviklingen innenfor medisinsk kunnskap, teknologi og de ulike helseprofesjonene går fort. På mange områder der det er utviklet nye og enklere metoder som krever mindre kompetanse eller utstyr, fører utviklingen til at tjenester som tidligere måtte utføres innenfor spesialisthelsetjenesten, nå kan utføres av primærhelsetjenesten. En slik utvikling vil antagelig fortsette fremover. (Prop. 91 L (2010–2011):328)

Økt kunnskapsutvikling vil ha betydning for rettens utvikling, fordi økende spesialisering og hyppige endringer kan skape en viss usikkerhet rundt hva som egner seg for styring ved lov, slik at de virkninger som er tilsiktet av lovgiver, oppnås. Lovgivning har som en overordnet funksjon å ivareta verdier gjennom å uttrykke forventninger om ønsket atferd i samfunnet. I de senere årene har staten prøvd å påvirke institusjoners atferd gjennom mykere styringsvirkemidler. Prossessorientert regelutforming kan delegeres til lokale nivåer for selvregulering, «på grundlag af generelle standarder og spesifikke procedurer» (Sand 2013:469). Det som kjennetegner slike reflekse rettslige ordninger, er at de består av normer rettet mot «organisasjon, prosedyrer og kompetanse», og ikke direkte mot atferdsstyring på individnivå (Graver 1988:83). Bruk av samarbeidsavtaleformen er et eksempel på slik intern rett eller selvregulering. Også samarbeidsavtalene som styringsvirkemiddel

kan skape organisatoriske endringer i helse- og omsorgstjenestene, og bedre koordineringen mellom ulike tjenester i ett og samme forløp.

Sherry R. Arnstein (1969) har utarbeidet en typologi om brukermedvirkning som tar utgangspunkt i en åttetrinns medbestemmelsesstige. Ifølge Arnstein (1969) er det kun reelt partnerskap (engelsk *partnership*), delegert maktfordeling (engelsk *delegated power*) og medborgerstyring (engelsk *citizen control*) som kan utjevne noe av asymmetrien i maktbalansen mellom helse- og omsorgstjenesten og brukeren. De fem nederste trinnene på denne medbestemmelsesstigen innebærer ikke reell brukermedvirkning, og kjennetegnes av skinninnflytelse (Arnstein 1969). «Skinninnflytelse» i tråd med Arnstein (1969) vil eksempelvis kunne være møter eller saker som berører brukere av helsetjenester, men der brukerorganisasjoner selv ikke deltar eller har vært invitert til å delta i prosesser som fører frem til forslag til vedtak fra administrasjonen i en kommune eller et helseforetak. Dette kan ha mange årsaker, men vi har her valgt å ta utgangspunkt i brukerorganisasjonenes rettslige stilling med hensyn til medvirkning overfor kommuner og helseforetak.

Noe av kritikken som har vært reist mot teorien til Arnstein (1969), er at den i altfor stor grad fokuserer på makt, og i liten grad klarer å beskrive kompleksiteten i fenomenet brukermedvirkning (Tritter og McCallum 2006). Tritter og McCallum (2006) viser til at noen brukere kan ha medvirkningsmakt som mål, men at de ikke bruker sin påvirkningskraft som middel til å forbedre helsetjenestene. Dette kan være et argument mot brukermedvirkning, selv om det sjelden diskuteres. I helse- og omsorgssektoren kan brukerinteressene komme i konflikt med representative styringssystemer, brukermedvirkning kan skape økte forventninger om helsetjenester, som igjen kan føre til økte kostnader, brukerrepresentanter kan bli «beslutningsgisler» og kooptert i det politiske systemet, og noen brukere mangler forutsetninger for, eller evne til, å utøve reell påvirkning (Haukelien, Møller og Vike 2011).

I Norge og andre land har det skjedd endringer i rettighetstenkning og krav til pasient-/brukermedvirkning innen helse- og omsorgstjenesten (Crawford mfl. 2002). Utviklingen har gått fra å betrakte brukeren som en passiv mottaker av tjenester til å legge til rette for at brukeren er en myndig og aktivt medvirkende mottaker av helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L (2010–2011):351). Brukermedvirkning i norsk helsevesen innebærer blant annet at brukere får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av helsetjenester (Johansen og Solbjør 2012). Endringene har rot i antakelsen om at det å involvere pasienter kan føre til bedre helsetjenester på sikt, samtidig som pasientmedvirkning kan bedre livskvaliteten til den enkelte pasient (Crawford mfl. 2002). Det norske perspektivet på pasient-/brukermedvirkning har siden 1980-tallet og frem til i dag kommet til uttrykk i en rekke helsepolitiske dokument. Analyser av disse dokument viser at idealet om

brukermedvirkning i Norge kan forstås ut fra ulike diskurser om demokrati, rettigheter, menneskeverd og konsumerisme (Johansen og Solbjør 2012).

Brukermedvirkning på tjeneste- eller systemnivå (Johansen og Solbjør 2012) kan inneholde flere elementer, som deltakelse og medvirkning i beslutnings- og planprosesser på et overordnet nivå i tjenesten, og etablering av systemer og rutiner for systematisk innhenting og bruk av kunnskap og erfaringer hos pasient og bruker.

Kravet til pasientperspektiv i avtaleprosessen og avtaleteksten er, som nevnt ovenfor, todelt. Det skal være pasient- og brukermedvirkning i prosessen frem mot inngåelse av avtaler, og det skal avtalefestes systemer (i avtalene) som sikrer at pasient- og brukererfaringene inngår som premisseleverandør ved senere revisjoner av teksten i samarbeidsavtalene. Lignende eller tilsvarende overordnede føringer er nedfelt i styringskrav (oppdragsdokumentet) fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (www.regjeringen.no) og plan for brukermedvirkning i helseforetakene, f.eks. Helse Midt-Norge RHF (ekstranett.helse-midt.no).

I forbindelse med arbeidet med å lage den nasjonale veilederen for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak ble arbeidsgruppen som fikk oppdraget med å utarbeide veilederen, pålagt å innhente innspill fra bruker- og pasientorganisasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a:4). Det deltok ingen representanter for nasjonale brukerorganisasjoner i den sentrale arbeidsgruppen.

Brukermedvirkning på systemnivå innebærer ideelt sett at brukerne inngår i et likeverdig samarbeid med tjenesteyter og er aktivt deltagende i planleggings- og beslutningsprosesser. Brukerorganisasjonene skal ivareta brukernes interesser gjennom å videreformidle deres erfaringer inn i prosessen med å utvikle gode helse- og omsorgstjenester. Stikkord er deltakelse på møter, f.eks. i brukerutvalg, i høringer og prosjekter knyttet til planlegging og styringen av hjelpetjenester. Selv om brukerorganisasjoner ikke var part i samarbeidsavtalene, så skulle de involveres i forhandlingene før avtalene ble vedtatt. Dette ble påpekt i den nasjonale veilederen utgitt i forkant av avtaleprosessene mellom kommuner og helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet 2011:14). På generelt grunnlagt anbefalte nasjonale helsemyndigheter at helseforetakenes brukerutvalg kunne gis et utvidet mandat, slik at brukerutvalget fikk ansvaret for å overvåke og fremme samhandlingen mellom avtalepartene. Dette skulle bidra til at man på en representativ måte kunne sikre at alle pasienters og brukeres erfaringer ble hørt. Forutsatt at modellen ble valgt, ble det videre anbefalt at brukerutvalget skulle gis opplæring i den kommunale organiseringen av helse- og omsorgstjenesten. Gitt en slik modell anbefalte den nasjonale arbeidsgruppen at brukerutvalget skulle involveres i det løpende arbeidet med avtalene før de ble vedtatt i kommunestyret og i styret for helseforetaket (Helse- og

omsorgsdepartementet 2011b:14). Hvor mange kommuner og helseforetak som fulgte anbefalingen, er usikkert. Argumentet som lå til grunn for rådet fra den nasjonale arbeidsgruppen, var at de fleste norske kommuner ikke har organisert et samlet brukerorgan slik som helseforetakene. Etter helse- og omsorgstjenesteloven er det opp til den enkelte kommune selv å organisere beslutningsprosesser, for å sikre at representanter for pasienter og brukere blir hørt i forbindelse med utvikling av kommunens helse- og omsorgstjeneste (Prop. 91 L (2010–2011):477). Ulik organisering og tilrettelegging av brukermedvirkning i de enkelte kommuner gir slik sett åpning for stor variasjon med hensyn til hvordan og i hvilken grad norske kommuner valgte å involvere kommunale brukerorganisasjoner i avtaleprosessene.

DATA OG METODE

For å svare på studiens forskningsspørsmål har vi brukt «mixed methods» som forskningsdesign (Creswell 2014:215–240). I studien har vi brukt både kvalitative og kvantitative metoder. Ifølge Creswell vil en slik type studie kunne klassifiseres som «the convergent mixed methods approach» (Creswell 2014:219). Hovedantakelsen som ligger til grunn for denne tilnærmingen, er at kvalitative og kvantitative data gir ulike typer informasjon, men til sammen genererer likeartete resultater (ibid.).

Samarbeidsavtaler vil inneholde faktiske beskrivelser av systemer, ansvar- og oppgavefordeling samt rutiner for utførelse av nærmere definerte arbeidsoppgaver. Avtaleteksten normerer som tidligere nevnt de plikter som gjelder mellom avtalepartene. Tjenesteavtaler vil altså i større utstrekning enn generell lovgivning inneholde konkrete faktaopplysninger av betydning for samarbeid i pasientforløpene. Slike faktaopplysninger trenger ikke å behandles etter juridisk metode når innholdet skal klargjøres, selv der det er brukt generelle og elastiske ord i avtaleteksten. Det «fremkommer umiddelbart av kontraktens ordlyd hvilken mening kontraktsvilkåret skal tillegges» (Woxholth 2014:381). Dette er med på å underbygge forsvarligheten av å benytte rene innholdsanalyser på avtaletekstene for å bestemme hva som gjelder vedrørende etablering av systemer for brukermedvirkning og tilbakeføring av pasient- eller brukererfaringer i avtaleforhandlinger. Rene innholdsanalyser kan selvfølgelig ha svakheter der ordlyden i avtalene åpner opp for stor grad av tolkningsrom, som igjen gir et vidt spillerom for faktiske avgjørelser og handlinger fra avtalepartenes side.

Primærkilder som er analysert i studien, er i hovedsak dokumenter (avtaler og møteprotokoller) og surveydata (se tabell 1). Møteprotokollene og avtalene er offentlige og ble lastet ned fra Helseregion Midt-Norge RHF sin webportal i 2014. Vi har brukt innholdsanalyse (Neuendorf 2002) som metode for å analysere de overordnede avtaler som Helseregion Midt-Norge

har med KS og tilhørende kommuner. Formålet var å finne ut hva slags brukermedvirkning det ble lagt til rette for i avtaleprosessen, jf. Arnsteins medbestemmelsesstige (1969), og i hvilken grad anbefalingene i den nasjonale veilederen ble fulgt (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). Videre ønsket vi å kartlegge hvorvidt brukermedvirkningen har variert innenfor Helse Midt-Norge RHF, og hvordan regler for brukermedvirkning er formulert i samarbeidsavtalene. Surveydataene stammer fra en nasjonal survey foretatt blant kommunale helse- og omsorgsledere i Norge høsten 2013 (Ljunggren og Haugset 2014).

Tabell 1 gir en oversikt over datakilder og metoder som er brukt. Tabell 2 gir en oversikt over antall kommuner i Helseregion Midt-Norge RHF, og størrelse på disse (innbyggertall pr. 31.12.2013), som deltok i den nasjonale surveyen.

Tabell 1: Oversikt over primærdatakilder og metoder som er brukt.

| Dekker perioden | Type data | Type metoder |
|--------------------------|--|---|
| august 2011 – april 2012 | Dokumenter/tekst. 18 møteprotokoller fra brukerutvalgsmøter i helseforetakene for Helse Midt-Norge RHF, dvs. Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs HF og Nord-Trøndelag HF. | Kvalitativ innholdsanalyse (Neuendorf 2002). Lastet ned fra Helseregion Midt-Norge sin webportal (https://ekstranett.helse-midt.no) i 2014. |
| januar 2012 – april 2012 | Dokumenter/tekst. Overordnede samarbeidsavtaler og første-generasjonsavtaler mellom kommuner og helseforetak/regionalt helseforetak. | Kvalitativ innholdsanalyse (Neuendorf 2002). |
| høsten 2013 | Nasjonale survey i perioden 26.11–18.12 i 2013. Undersøkelsen ble sendt til 429 kommuner. Henvendelsen ble gjort til hver enkelt kommunes offisielle e-postadresse med utgangspunkt i lister, samt til 15 bydeler i Oslo kommune. Målgruppen for undersøkelsen var øverste administrative leder for den etaten i kommunen som håndterer helsespørsmål, altså nivået under rådmannen/administrasjonssjefen. Denne lederen var forventet å ha overordnet oversikt over samhandling med helseforetaket. Svarprosent 58 prosent. 248 av 429 svarte på undersøkelsen. | Frekvensanalyser (Grønmo 2010). Dataene stammer fra Trøndelag Forskning og Utvikling (Ljunggren og Haugset 2014). |

I Møre og Romsdal var det 21 kommuner som deltok i den nasjonale surveyen. Tilsvarende deltok 19 kommuner i Sør-Trøndelag og 13 kommuner i Nord-Trøndelag. Kommunene i Helse Midt-Norge RHF utgjør i undersøkelsen 20,5 prosent av kommunepopulasjonen i det nasjonale utvalget. Det

fremgår av tabell 2 at majoriteten av kommuner som deltok i undersøkelsen og som sogner til Helse Midt-Norge RHF, er relativt små og mellomstore kommuner (omtrent 91 prosent).

Tabell 2: *Kommuner som deltok i spørreundersøkelsen i Helse Midt-Norge RHF fordelt på størrelse, tre kategorier (innbyggertall pr. 31.12.2013).*

| | | Møre og Romsdal | Sør-Trøndelag | Nord-Trøndelag | Totalt |
|---------------------------------------|--------|-----------------|---------------|----------------|---------|
| Små kommuner (0–4999) | Antall | 8 | 10 | 7 | 25 |
| | % | 38,1 % | 52,6 % | 53,8 % | 47,2 % |
| Mellomstore kommuner (5000–19 999) | Antall | 11 | 8 | 4 | 23 |
| | % | 52,4 % | 42,1 % | 30,8 % | 43,4 % |
| Store kommuner (20 000 og flere) | Antall | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | % | 9,5 % | 5,3 % | 15,4 % | 9,4 % |
| Totalt | Antall | 21 | 19 | 13 | 53 |
| | % | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

Det er ett spørsmål i surveyen som direkte berører brukerdeltakelse i forbindelse med avtaleforhandlingene mellom kommuner og helseforetakene. Spørsmålet kommunene skulle svare på, var om brukerne ble inkludert i utformingen av avtalene. Langs en Likert-skala fra 1 til 5, der 1 representerte i liten grad og 5 i svært stor grad, skulle kommunene svare på spørsmålet. Et «vet ikke»-svaralternativ ble også inkludert. Vi har anvendt deskriptiv statistikk (frekvenstabeller) for å vise hvordan kommunene har svart på spørsmålet. Resultatene er sammenholdt med svarene vi har fra kommuner i de øvrige helseregionene.

RESULTAT

Tabell 3 viser at 35,5 prosent av kommunene i Helse Midt-Norge RHF svarer at de i liten grad (svaralternativene 1 og 2 slått sammen) har involvert brukere i utformingen av avtalene. 29,1 prosent svarer at de har involvert brukere i stor grad (4 og 5 slått sammen). Kun 2 kommuner (6,5 %) har svart vet ikke/ikke relevant på dette spørsmålet. Sammenligner man fylkene innenfor Helse Midt-Norge RHF, så har kommuner i Møre og Romsdal i større grad (4 og 5 slått sammen) involvert brukere (38,5 %) sammenlignet med kommuner i Sør-Trøndelag (25 %) og Nord-Trøndelag (20 %).

Tabell 3: I hvilken grad gjaldt følgende i avtaleforhandlingene i forbindelse med samhandlingsreformen? Brukerne ble inkludert i utformingen av avtalene. Svarfordeling kommuner i de tre fylkene i Midt-Norge*.

| | | Møre og Romsdal | Sør-Trøndelag | Nord-Trøndelag | Totalt |
|------------------------|--------|-----------------|---------------|----------------|---------|
| I liten grad | Antall | 4 | 3 | 4 | 11 |
| | % | 30,8 % | 37,5 % | 40 % | 35,5 % |
| Til en viss grad | Antall | 3 | 3 | 3 | 9 |
| | % | 23,1 % | 37,5 % | 30 % | 29 % |
| I stor grad | Antall | 5 | 2 | 2 | 9 |
| | % | 38,5 % | 25 % | 20 % | 29 % |
| Vet ikke/ikke relevant | Antall | 1 | 0 | 1 | 2 |
| | % | 7,7 % | 0 % | 10 % | 6,5 % |
| Totalt | Antall | 13 | 8 | 10 | 31 |
| | % | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % |

*Ikke alle kommuner i utvalget svarte på spørsmålet.

Tabell 4: I hvilken grad gjaldt følgende i avtaleforhandlingene i forbindelse med samhandlingsreformen? Brukerne ble inkludert i utformingen av avtalene. Svarfordeling kommuner* fordelt på regioner/regionale helseforetak (RHF).

| | | Sør-Øst | Vest | Midt | Nord |
|------------------------|--------|---------|---------|---------|--------|
| I liten grad | Antall | 21 | 9 | 11 | 13 |
| | % | 30 % | 29 % | 35,5 % | 44,8 % |
| Til en viss grad | Antall | 23 | 11 | 9 | 6 |
| | % | 32,9 % | 35,5 % | 29 % | 20,7 % |
| I stor grad | Antall | 20 | 8 | 9 | 10 |
| | % | 28,6 % | 25,8 % | 29 % | 34,5 % |
| Vet ikke/ikke relevant | Antall | 6 | 3 | 2 | 0 |
| | % | 8,6 % | 9,7 % | 6,5 % | 0 % |
| Totalt | Antall | 70 | 31 | 31 | 29 |
| | % | 100,0 % | 100,0 % | 100,0 % | 100 % |

*Ikke alle kommuner i utvalget svarte på spørsmålet.

Resultatene fra kommuner i Midt-Norge er sammenholdt med data fra øvrige regioner i Norge. Tabell 4 viser at 33,5 prosent (n = 54) av kommunene i utvalget på nasjonalt plan svarer at de i liten grad (svaralternativ 1 og 2 slått sammen) har involvert brukere i utformingen av avtalene. 29,2 prosent (n = 47) svarer at de har involvert brukere i stor grad (4 og 5 slått sammen). Kun 11 kommuner (6,8 %) har svart vet ikke/ikke relevant på dette spørsmålet. Sammenligner man regionene, så har kommuner i Helse Nord i større grad (4 og 5 slått sammen) involvert brukere (34,5 %, n = 10) sammenlignet med kommuner i Helse Midt-Norge (29 %, n = 9).

Oppsummering – analyse av brukerutvalgenes møter i helseforetak tilknyttet Helse Midt-Norge RHF

Tidsfristen for inngåelse av samarbeidsavtalene ble styrt av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD orienterte i brev av 3.10.2011 om at fristen for når første fase skulle være ferdig, var 1. januar 2012 (Helse- og omsorgsdepartementet 2011a). Innen denne fristen skulle partene (kommuner/helseforetak) ha fremforhandlet og vedtatt samarbeidsavtaler på de lovfestede områdene. Dette ga helseforetakene og kommunene stramme tidsrammer til å forhandle om innholdet i avtalene og å få disse vedtatt i helseforetakene og kommunestyrene innen oppsatt frist. Møtefrekvensen i brukerutvalgene i perioden (1.8.2011–30.3.2012) var hovedsakelig ett møte pr. måned. Normalt ble møtene holdt relativt få dager før selve styremøtene i helseforetakene. Det er helseforetakene som har sekretariatsfunksjon for brukerutvalgene, og det er helseforetakene som hovedsakelig styrer møteagendaen i brukerutvalgene. Brukerutvalgene fikk først og fremst muntlige orienteringer om avtaleprosessene.

Vår gjennomgang av møteprotokollene fra brukerutvalgsmøtene viser at helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF har håndtert brukermedvirkningen i avtaleprosessen ulikt. Mens brukerutvalgene i Nord-Trøndelag HF og Møre og Romsdal HF har hatt brukerrepresentasjon i avtaleforhandlingenes første fase, så var det fravær av brukerrepresentasjon i forhandlingene i Sør-Trøndelag/St. Olavs HF. Det førte til reaksjoner i brukerutvalget på St. Olavs HF. St. Olavs HF har ikke fulgt anbefalingene, verken i nasjonal veileder eller overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og KS i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Felles for alle de tre helseforetakene er at det ikke fremgår at brukerrepresentantene fikk opplæring i kommunal organisering av helse- og omsorgstjenesten i tråd med anbefalingene i den nasjonale veilederen (Helse- og omsorgsdepartementet 2011b). I alle tre helseforetak har det vært korte frister for partene til å bli enige om innholdet i avtaletekstene. Samtlige helseforetak i Helse Midt-Norge RHF

praktiserer en form for brukermedvirkning som ligger på de laveste trinnene på Arnsteins (1969) medbestemmelsesstige.

OPPSUMMERING – ANALYSER

AV SAMARBEIDSAVTALENE I HELSE MIDT-NORGE RHF

God kvalitet på ytelse av tjenester skal, som nevnt tidligere, bl.a. sikres gjennom systemer for innhenting, bearbeiding og bruk av informasjon om pasienters forventninger eller krav til tjenestene og de erfaringer eller opplevelser de faktisk har hatt med tjenesteytelsen i pasientforløpet. Pasienterfaringer kan gi informasjon som skal tillegges vekt i det løpende arbeid med kvalitetsforbedring av tjenester. I Nasjonal veileder (2011) er det uttalt at samarbeidsavtalene skal bidra til «Å videreutvikle bruker- og pasientmedvirkning slik at deres erfaringer med hvordan samhandling fungerer, tas i bruk på en systematisk måte» (ibid.:8). I Forslag til samarbeidsavtale, jf. vedlegg 1 til Nasjonal veileder (2011), er det benyttet følgende formulering i punkt 8 om involvering av pasient- og brukerorganisasjoner: «Etter helse og omsorgstjenesteloven § 6-1, 2 ledd skal pasient – og brukererfaringer inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelse av avtalen. Pasient- og brukerorganisasjoner skal også medvirke i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen.»

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning normalt skal oppfylles ved at synspunkter og tilbakemeldinger som kommer frem gjennom brukerundersøkelser, brukerutvalget ved XX HF, eldrerådet og rådet for funksjonshemmede i XX kommune, skal tillegges vekt.

Denne veiledende utformingen av overordnede samarbeidsavtaler inneholder ikke noen målsetting knyttet til verdien av å bruke pasienterfaringer i kvalitetsforbedringsarbeid, noe som kunne vært formulert for eksempel i formålsbestemmelsen i punkt 3.

I vedlegg 2 til veilederen «Eksempler på samarbeidsorganer og -former» er fokus på partssammensetningen i ulike utvalg. Brukerrepresentasjon er ikke omhandlet i dette veiledende eksemplet.

Gjennomgang av et utvalg samarbeidsavtaler

Utgangspunktet for en gjennomgang av avtaletekstene er om samarbeidsavtalene inneholder reguleringer som omhandler systemer for innhenting av brukererfaringer, med prosedyrer for hvordan denne informasjonen skal implementeres i avtaleprosesser. Et avtalefestet system for systematisk tilbakemelding av pasienterfaringer, og for god integrering av denne informasjonen i avtaleforhandlinger, bør utformes mer konkret enn det som er tilfellet i mer overordnede styrings- og plandokumenter.

Av punkt 7 i samarbeidsavtale mellom Helse Møre og Romsdal og kommunene i Møre og Romsdal følger det at partene «er samde om at kravet til brukarmedverknad skal bli oppfylt ved at synspunkt og tilbakemeldingar som kjem fram gjennom brukarundersøkingar, brukarutvalet ved Helse Møre og Romsdal HF, eldreråd, og rådet for funksjonshemma i kommunen skal bli tillagt vekt» i forbindelse med utarbeidelse, praktisering, oppfølging og endring av avtalen. Denne formuleringen er videreført i reforhandlet samarbeidsavtale som gjelder fra 2014. Partene forplikter seg ikke i avtalen til å etablere systemer for tilbakeføring av pasienterfaringer, utover denne generelle henvisningen til brukerundersøkelser. Denne formuleringen er brukt i punkt 7 i rammeavtale mellom kommunene og Helse Førde HF, i punkt 8 i samarbeidsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene, i punkt 9 i overordnet samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital HF og kommunene, punkt 8 i samarbeidsavtale Oslo Universitetssykehus, punkt 7 i overordnet samarbeidsavtale Sørlandets sykehus HF og punkt 8 i overordnet samarbeidsavtale Universitetssykehuset Nord-Norge. I punkt 7 i avtale mellom Helse Bergen og 22 kommuner i Hordaland er følgende formulering brukt: «Brukarmedverknad skal også sikrast ved at det regelmessig og systematisk vert gjennomført brukarundersøking hos alle involverte par-tar.» Forslaget i den nasjonale veilederen er altså fulgt opp av alle de nevnte avtalene, slik at den i praksis har virket som en standardavtale. Det som er helt fraværende i samarbeidsavtalene, er avtalefestede systemer knyttet til implementering av pasient- og brukererfaringer i avtaleforhandlingene etter kravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 tredje ledd.

DISKUSJON

Styrken ved studien er at den tar utgangspunkt i ulike typer datakilder, som samlet sett indikerer hvordan helseforetak og kommuner, primært i Helse Midt-Norge RHF, har oversatt og fulgt opp nasjonale anbefalinger om brukarmedverknad på systemnivå i samhandlingsreformen. En svakhet ved studien er at også andre typer datakilder kunne vært brukt til å nyansere bildet om brukarmedverknad i samhandlingsreformen. Vi har kjennskap til pågående, men ennå upublisert forskning med lignende tematikk, som på sikt kan utfylle og nyansere bildet av det man har kunnskap om når det gjelder brukarmedverknad i reformen (Solbjør, Ljunggren og Kleiven 2014).

Ifølge Matland (1995) tar en organisasjonsteoretisk «top-down»-tilnærming på iverksetting utgangspunkt i forhold til graden av samsvar mellom sentrale politiske mål og måten denne (reform)politikken gjennomføres på i praksis. Hovedsakelig har vi i vår artikkel sett på brukarmedverknad i samhandlingsreformen med utgangspunkt i samarbeidsavtalene i den initiale fasen av reformen. Vi har beskrevet hvordan prosessen var styrt fra sentrale

myndigheter overfor lokale myndigheter, og hvilke politiske mål og argumenter som lå til grunn for disse målene. Videre har vi sett på graden av brukerutvalgenes involvering i avtaleprosessene lokalt i det enkelte helseforetak / den enkelte kommune. Våre dokumentdata (møteprotokoller) er sammenholdt med data fra samarbeidsavtalene og den nasjonale surveyen som ble gjennomført blant kommunale helse- og omsorgsledere i 2013.

Våre resultater indikerer at helseforetakene og kommunene i ulik grad har etterlevd nasjonale føringer om brukermedvirkning. Funnene er i tråd med tilbakemeldingene fra kommunale ledere i den nasjonale surveyen (se tabell 4). Manglende brukermedvirkning i ett av de undersøkte helseforetakene (St. Olavs HF) førte til sterke reaksjoner fra brukerhold: «... *Brukerutvalget er imidlertid ikke fornøyd med at de 4 foreliggende avtalene har vært fremforhandlet uten at brukerne har vært tatt med på råd*» (fra møte 21.2.2012, Styresak 4/12 Samhandlingsreformen – avtaler med kommunene). I de to andre helseforetakene ble brukerrepresentanter tatt med på råd da førstegenerasjonsavtalene ble fremforhandlet, og dermed i tråd med nasjonale føringer. Analysene av førstegenerasjonsavtalenes innhold, sett ut fra et juridisk perspektiv, viser at partene (kommuner/helseforetak) ikke har innbakt formuleringer som kunne ha sikret nye praksiser for systematisk innhenting av brukererfaringer.

Tidligere i artikkelen (jf. innledningen) viste vi til Matland (1995) og hans teoretiske firefeltsmodell for å analysere iverksetting av offentlig politikk. Her bruker vi modellen til å få frem mulige fortolkninger av våre funn. «Matland-modellen», på engelsk kalt *The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation* (Matland 1995), gir rom for at det kan være ulike grader av usikkerhet når det gjelder de politiske mål som manifesteres i reformer. Videre vil ofte konfliktpotensialet som bæres frem av reformideer, variere. Vi vil plassere samhandlingsreformens mål for brukermedvirkning i avtaleprosessen i kategorien *experimental implementation* (Matland 1995:165). Idealtypiske trekk her er policy-/iverksettingssettinger som kjennetegnes av høy grad av usikkerhet når det gjelder politiske mål og lav grad av konflikt. Når usikkerheten rundt utfallet av brukermedvirkningspolitikken er stor, og konfliktnivået rundt denne politikken er lav (det var ingen aktører som aktivt gikk imot idealet om brukermedvirkning), vil iverksettingsprosesser ofte foregå som rene prøve-og-feile-prosesser. Selv mener Matland (1995:166) at denne modellkonfigurasjonen har mange likheter med *garbage can* modellen (March og Olsen 1976). Lokale forhold (f.eks. ressurser, geografi, kunnskap og kompetanse, tidligere erfaringer med partssamarbeid m.m.), og av og til tilfældigheter i beslutningsfasen i den enkelte kommune / det enkelte helseforetak, vil i stor grad bestemme utfallet. Dette fører som regel til variasjon med hensyn til hvordan politiske føringer blir oversatt

lokalt. Vi mener også at tidsfristen som var satt for å inngå lokale avtaler, var knapp. Dette kan ha ført til manglende fokus på brukermedvirkning.

Spørsmålet blir også hva sentrale og lokale myndigheter kunne ha gjort for å sikre større grad av samsvar mellom sentrale mål, dvs. nasjonale målsettinger på dette området, og en mer ensartet lokal praksis. Her vil vi legge frem noen alternativer for hvordan helseforetak/kommuner i fremtiden kan arbeide for å følge opp ambisjonene om økt brukermedvirkning på systemnivå.

I Meld. St. 10 (2012–2013) gis det signaler som må tillegges betydning når innholdet i regelverket om medvirkning og tilbakeføring av pasienterfaringer på systemnivå skal klargjøres. Det er uttalt som en overordnet målsetting for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene at pasienters og brukeres behov skal stå i sentrum, da det er et tegn på god kvalitet på tjenester. Det slås videre fast at formell «brukerrepresentasjon har vært et viktig skritt for å oppnå målet om mer brukerorientering» (se kapittel 4.8). Videre er det uttalt at: «Utvikling av nettbasert helseinformasjon og helsetjenester på nett, sosiale medier og blogger har lagt grunnlag for en ny pasient- og brukerrolle» (se kapittel 4.2). Dette legger til rette for å utvikle systemer for å håndtere tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, slik at slik informasjon inngår som premisser i arbeidet med kvalitetsforbedring av tjenestene.

Denne form for «behovsdrivet innovasjon» handler om å kartlegge og forstå brukerens behov og bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling av «tjenester og organisasjonsformer». Når brukeren blir involvert i hele forløpet, kan det øke sannsynligheten for å utvikle tjenester og organisasjonsformer som i større grad svarer til brukernes reelle behov. Forutsetninger for å få dette til er «forankring av prinsippene for brukerorientering i alle ledd, oppfølging av resultater og aktiv involvering av pasienter og pårørende i alle plan- og endringsprosesser» (ibid.: kapittel 4.8).

Denne tenkningen er også fulgt opp i NOU 2014: 12 på s. 132–133:

Et tiltak i helsetjenesten kan gi ulike typer effekter, både positive og negative. Den avgjørende effekten er helsegevinster. Verdsetting av helsetilstander bør være basert på pasienters erfaringer eller på velinformerte preferanser i representative befolkningsutvalg.

Innhenting og bruk av pasienterfaringer byr på utfordringer knyttet både til metode for innhenting av slik informasjon og pasienters og ansattes personvern. Dette gjelder ikke minst representativitet, for eksempel dersom det er de mest fornøyde pasientene som har størst ønske om å delta ved tilbakeføring av pasienterfaringer (Rambøll Management Consulting 2010:83). En annen utfordring er knyttet til veksten i antall pasient-/brukerorganisasjoner. Dette fører til økt fragmentering, fordi med en ny spesialitet følger ofte

en ny pasientorganisasjon (Grimsmo, Kirchhoff og Aarseth 2015). Dette gir utfordringer blant annet når det gjelder å ivareta de multisyke sine behov og i forhold til brukermedvirkning.

En tredje utfordring og en forutsetning for pasientmedvirkning vil være at pasienter er «i stand til å danne seg et reelt bilde av de tilbud som finnes og den behandling som blir gitt, samt konsekvenser, risiko for skader og bivirkninger og sannsynlighet for å bli bedre eller helt frisk, ved de ulike tilbud» (Prop. 72 L (2013–2014), kapittel 9.3.4). Ny pasientjournallov (trådt i kraft 1.1.2015) kan åpne opp for etablering av pasientadministrative systemer med pasienterfaringer som vil kunne gi helsetjenesten informasjon og kunnskap som vil ha betydning ved vurderingen av kvaliteten på de tjenester som ytes. Etter ny lovgivning kan pasienter få elektronisk tilgang til egne data. Dette vil kunne gi pasienter informasjon som kan gjøre deres tilbakemeldinger om erfaringer mer treffsikre i kvalitetsarbeidet i tjenestene.

Andre måter å innhente brukererfaringer på kan være 1) at kommuner som samarbeider i forhandlingene om tjenesteavtaler, etablerer et felles brukerutvalg for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, 2) å etablere avtalefestede systemer for tilbakemelding av pasienterfaringer i forløp, for eksempel krav om regelmessig gjennomførte brukerundersøkelser, eller etablering av brukerportaler med elektroniske tilbakemeldingsskjema for pasienter og pårørende, 3) å avtalefeste systemer for å utnytte erfaringsdata i avtaleprosesser som ledd i kvalitetsarbeidet i tjenestene.

Den viktigste konklusjonen vi vil trekke, er at brukermedvirkningen i samhandlingsreformens initiale fase synes å ha vært preget av varierende grad av medvirkning i kommuner og helseforetak. Siden reformen er en rettingsreform, er det imidlertid ikke for sent å etablere bedre systemer for å integrere brukere i utformingen av helsetjenestene.

Når det gjelder kommende reforhandlinger av eksisterende samarbeidsavtaler, er det viktig å ta høyde for tjenestelovgivningens krav om evaluering av tjenesteytelsen, med systematisk innhenting av informasjon om kjenne-tegn ved tjenestene og effekten av tjenesteytelsen. En slik evalueringstilnærming kan kobles direkte til kravene i lovgivningen om innhenting av informasjon om pasienterfaringer. Tjenester skal uansett ytes i samspill mellom den som yter og den som mottar tjenesten. Derfor vil pasienterfaringer være sentral kunnskap i prosessen frem mot reforhandling av nye samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtalene kan vanskelig oppfylle sin funksjon som et styringsvirkemiddel uten integrering av et pasientperspektiv i avtaleforhandlingene.

REFERANSER

- Aberbach, J.D. og T. Christensen (2014). Why Reforms So Often Disappoint. *The American Review of Public Administration* 44 (1): 3–16. doi: 10.1177/0275074013504128
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners* 35 (4): 216–224.
- Austvoll-Dahlgren, A. og M. Johansen, (2013). Pasienten som medvirker og kunnskapshåndterer. *Norsk Epidemiologi* 23 (2): 225–230.
- Bache, I. og M. Flinders (2004). *Multi-level governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk: den norske helsepolitiske utvikling det siste sekel*. Tidsskrift for den norske legeforenings skriftserie. Oslo: Den norske legeforening.
- Cain, B.E. (2001). Reform: Political. I: J. S. Editors-in-Chief: Neil og B.B. Paul (red.). *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (s. 12888–12891). Oxford: Pergamon.
- Crawford, M.J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui, N. Fulop mfl. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325 (7375): 1263. doi: 10.1136/bmj.325.7375.1263
- Creswell, J.W. (2014). *Research Design* (4. utg.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Eckhoff, T. (2001). *Rettskildelære*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Entwistle, T. og M. Laffin (2003). The multiple strategies of the Local Government Association: partner, player and think-tank? *Policy & Politics* 31 (1): 37–50.
- Fimreite, A.L. og P. Selle (2013). Er offentlige partnerskap mulig? *Tidsskrift for velferdsforskning* 16 (2): 65–78.
- Graver, H.P. (1988). Refleksiv rett og makt. I: A. Born, N. Bredsdorff, L. Hansen og F. Hansson (red.). *Refleksiv ret*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- Grimsmo, A., R. Kirchhoff og T. Aarseth (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier* 17 (3): 3–12.
- Grønmo, S. (2010). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hals, K. (2012). *Statusrapport. Samhandlingsreformens implementeringsfase – kommunale samarbeidsgrupper i avtaleinngåelser med helseforetakene*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Haukelien, H., G. Møller og H. Vike (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*. Kommunens Sentralforbund. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011a). *Iverksetting av samhandlingsreformen – informasjon om lovpålagte samarbeidsavtaler, ikrafttredelsestidspunkt og arbeidet med en nasjonal veileder*. (201100518-/PO). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b). *Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/foretak*. Nasjonal veileder: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hill, M. og P. Hupe (2002). *Implementing Public Policy*. London: Sage publication.
- Hoppe, R., H. van de Graaf og A. van Dijk (1987). Implementation research and policy design: problem tractability, policy theory, and feasibility testing. *International Review of Administrative Sciences* 53 (4): 581–604. doi: 10.1177/002085238705300407.
- Hunter, D.J., N. Perkins, C. Bamba, L. Marks, T. Hopkins og T. Blackman (2010). *Partnership Working and the Implications for Governance: issues affecting public health partnerships*. Final report (s. 156): NIHR Service Delivery and Organisation programme.
- Johansen, B. og M. Solbjør (2012). Brukermedvirkning som «universalmiddel» for helsevesenets problemer. I: A. Tjora (red.). *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 307–324). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jordan, A., R.K.W. Wurzel og A. Zito. (2005). The Rise of 'New' Policy Instruments in Comparative Perspective: Has Governance Eclipsed Government? *Political Studies* 53 (3): 477–496. doi: 10.1111/j.1467-9248.2005.00540.x

- Justis- og politidepartementet (2009). *Evaluering av lover*, Veileder.
- Law, J., og E.A. Martin (red.). (2009) *Dictionary of Law* (7. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ljunggren, B. og A.S. Haugset (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013*. Trondheim: Trøndelag Forskning og Utvikling.
- Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV 2011-06-24-30.
- Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV 1999-07-02-61.
- Magnussen, J., K. Vrangbæk og R.B. Saltman (red.) (2009). *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Changes* (1. utg.). Berkshire: Open University Press.
- March, J.G. og J.P. Olsen (1976). *Ambiguity and choice in organizations*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Matland, R.E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 5 (2): 145–174.
- McLaughlin, M. W. (1987). Learning From Experience: Lessons From Policy Implementation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 9 (2): 171–178. doi: 10.3102/01623737009002171
- McQuaid, R. (2010). Theory of organizational partnerships: partnership advantages, disadvantages and success factors. I: S. Osborne (red.). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (s. 127–148). London: Routledge.
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nasjonal veileder 2011. *Samhandlingsreformen. Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Neuendorf, K.A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. Thousand Oaks [u.a.]: Sage Publ. Hentet fra <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0656/2001004115-d.html>
- Norges offentlige utredninger (2005). NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norges offentlige utredninger (2014). NOU 2014: 12. *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten*.
- OECD. (1990). *Partnerships for rural development*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development.
- Peters, G. (2010). Meta-governance and public management. I: S.P. Osborne (red.). *The new public governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance* (s. 36–51). London: Routledge.
- Pollitt, C. og G. Bouckaert (2011). *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State* (3. utg.). Oxford University Press.
- Pressman, J.L. og A.B. Wildavsky (1973). *Implementation*. Berkeley: University of California Press.

- Prop. 72 L (2013–2014). *Pasientjournalloven og helseregisterloven*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll Management Consulting (2010). *Evaluering av statlige tilskudd til kommunalt rusarbeid – sluttrapport* (s. 90). Oslo: Helsedirektoratet.
- Reitan, M., J. Saglie og E. Smith, (2012). *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Røiseland, A. (2013). Forhandle, friste eller fasilitere? En teoretisk forståelsesramme for styring av offentlig-private partnerskap. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 29 (4): 309–326.
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 24 (1/2): 87–107.
- Saltman, R.B., J. Calltorp og A.A. de Roo (2011). *Health sector innovation and partnershipHealth Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities* (s. 143–172). OECD Publishing. doi: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-8-en>
- Sand, I.-J. (2013). Nyere tysk rettssociologi: refleksiv ret, vidensamfund og globalisering. I: O. Hammerslev og M.R. Madsen (red.) *Rettssociologi: klassiske og moderne perspektiver*. København: Hans Reitzel.
- Schartum, D.W. (2008). *IT-støtte for arbeid med lovsaker*, Complex 4/08. Senter for rettsinformatikk.
- Solbjør, M., B. Ljunggren og H.H. Kleiven (2014). *Blir brukerne hørt i helse reformen?* Lastet ned 29.05.2015 fra <http://www.tfou.no/default.asp?id=1943>.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*, Sosial- og helsedirektoratet 2006.
- Tritter, J.Q. og A. McCallum (2006). The snakes and ladders of user involvement: Moving beyond Arnstein. *Health Policy* 76 (2): 156–168. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.05.008.
- Vabo, S.I. (2012). Tiltakende statlig styring av kommunesektoren – også på eldreområdet. I: M. Reitan, J. Saglie og E. Smith (red.). *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Van Meter, D.S. og C.E. Van Horn (1975). The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society* 6 (4): 445–488. doi: 10.1177/009539977500600404.
- Wadmann, S., M. Strandberg-Larsen og K. Vrangbæk (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care* 9: e04.
- Woxholth, G. (2014). *Avtalerett*. Gyldendal Akademisk.

SAMMENDRAG

Artikkelen utforsker i hvilken grad det er samsvar mellom sentrale føringer som lå til grunn for pasient-/brukermedvirkning i den norske samhandlingsreformens initiale fase, og hvordan brukermedvirkningen ble håndtert lokalt av helseforetak og kommuner. Hovedperspektivet er implementeringsteori sett opp mot normative og regulative begrunnelser for brukermedvirkning på systemnivå. Empirien baserer seg på møteprotokoller fra brukerutvalgsmøter i tre helseforetak, lovpålagte samarbeidsavtaler (førstegenerasjonsavtaler) mellom kommuner og helseforetak, og data fra en nasjonal survey som ble gjennomført blant kommunale helse- og omsorgsledere. Resultatene viser at helseforetak og kommuner i varierende grad har etter-

levd overordnede anbefalinger om brukermedvirkning. Videre inneholder de lokale fremforhandlede, lovpålagte samarbeidsavtaler få konkrete formuleringer som kunne ha sikret etablering av nye praksiser for systematisk innhenting av brukererfaringer. En forklaring på våre resultater kan være at de politiske målene i reformen var preget av høy grad av usikkerhet mht. oppnåelse av målene for denne politikken, men lav grad av konflikt om brukermedvirkningsmålene. Denne formen for eksperimentell implementering kan ha ført til en uensartet praksis mht. hvordan politiske signaler ble oversatt lokalt. Ulikheter mellom norske kommuner og stramme tidsfrister da avtalene skulle fremforhandles, sees som supplerende forklaringer.

ABSTRACT

This article examines whether there is consistency between main goals that underlay user participation in the Norwegian Coordination Reform (NCR) initial phase, and how user participation were handled by local health authorities (hospitals) and municipalities (primary care). The main perspective is implementation theory seen against normative and regulative justifications for user participation at system level. The empirical data is based on records from user committee meetings, statutory service agreements (first generation agreements) between municipalities and local health authorities, and data from a national survey conducted among municipal healthcare managers. Results indicate that local health authorities and municipalities in various ways have followed up national recommendations on user participation. Furthermore, service agreements contain few specific formulations that could have secured the establishment of new practices for systematic collection of user experiences. One explanation for our findings can be that the goals for user participation in NCR were characterized by a high level of policy ambiguity and low level of policy conflict. This kind of experimental implementation may have led to a non-uniform practice in regard of how political signals were translated locally. Differences between Norwegian municipalities and tight deadlines when the service agreements were negotiated are seen as alternative explanations.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Forfatterne står i alfabetisk rekkefølge og har bidratt like mye i arbeidet med artikkelen.

Cand.jur. Åge Brekk er amanuensis ved Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap ved Høgskolen i Molde. Han er utdannet jurist ved Universitetet i Oslo, med et mellomfag i sosiologi. Hovedarbeidsområdet er velferdsrett,

med en spesiell interesse for spørsmål knyttet til lov som styringsvirkemiddel i velferdsstaten.

Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap
Høgskolen i Molde – Vitenskapelig høgskole i logistikk
Postboks 2110
6402 Molde
E-post: age.brekk@himolde.no
Tlf. arbeid: +47 71214205

Cand.polit., ph.d. *Ralf Kirchhoff* er førsteamanuensis ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Ålesund. Han er utdannet ved Universitetet i Bergen, Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap. Generelle temaer av interesse er helsereformer, koordinerings-/implementeringsproblematikk og endringer i organisasjoner.

Avdeling for helsefag
Høgskolen i Ålesund
Postboks 1517
6025 Ålesund
E-post: ralf.kirchhoff@hials.no
Tlf. jobb: +47 70161478 ev. + 47 93037991

Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold:



samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten

ERNA HÅLAND OG TONJE C. OSMUNDSEN

Nøkkelord: helsetjenesten, meningsskapning, organisatoriske grenser, samhandling

Keywords: healthcare, integrated care, organisational boundaries, sense-making

INNLEDNING

Sykehusene og andre deler av spesialisthelsetjenesten er preget av høy grad av spesialisering og fokus på behandling av enkeltlidelser, mens primærhelsetjenesten er preget av en større helhetlig tenkning hvor mange ulike lidelser inngår i behandlingen, og hvor det også er fokus på eksempelvis funksjonsnivå (Hellesø og Fagermoen 2010; Røsstad mfl. 2013). De to tjenestene nivåene representerer to ulike typer organisasjoner, eller to ulike systemer, med svært ulik kompetanse, kultur, oppgaver, finansiering, organisering og struktur (Hellesø og Fagermoen 2010; Paulsen, Romøren og Grimsmo 2013). For pasienter som skal bevege seg frem og tilbake over disse organisatoriske grensene, kan dette skape utfordringer. Behandlingen kan oppleves som fragmentert, dvs. at de ulike partene som er involvert, kun har overfladisk kunnskap om hverandres aktiviteter (Martinussen 2013; Axelsson og Axelsson 2006; Helse- og omsorgsdepartementet 2009; Winthereik og Vikkelsø 2005).

Helsevesenet, både i Norden og i resten av den vestlige verden, står overfor nye utfordringer knyttet til at folk lever lenger og at antall pasienter med kroniske lidelser øker. Dette medfører at pasientene ofte har lange og mange opphold innenfor ulike deler av helsevesenet, og dermed mange overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Winthereik og Vikkelsø 2005). Behovet for samhandling, kommunikasjon og større grad av integrasjon er

dermed økende – det som i internasjonal sammenheng kalles for «integrated care». Det finnes ingen enhetlig definisjon på dette begrepet, og det brukes på mange ulike måter (Grimsmo, Kirchhoff og Aarseth 2015; Kodner og Spreeuwenberg 2002; Leutz 1999), men det omhandler hvordan man kan skape et «sømløst», pasientsentrert helsevesen med fokus på økt kvalitet i pasientbehandlingen (Wintherheik og Vikkelsø 2005). Dette innebærer at det er nødvendig å skape gode samhandlingsrelasjoner (Glouberman og Mintzberg 2001; Petrakou 2009). Axelsson og Axelsson (2006) argumenterer for at større grad av integrering av helsetjenestene krever interorganisatorisk samarbeid på tvers av sektorer. Sykehus, primærhelsetjeneste og andre deler av helsevesenet må altså samhandle mer på tvers av organisatoriske grenser og disiplingrenser. Vi forstår i denne artikkelen samhandling som ulike former for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste for å fremme god pasientbehandling. Dette innebærer noe mer enn ren koordinering av tjenester gjennom en arbeids- og ansvarsfordeling. Samhandling innebærer her etablering og vedlikehold av relasjoner over tid, hvor felles kunnskapsutvikling står sentralt.

Til tross for mange ulike initiativ over lang tid er det fortsatt store utfordringer knyttet til det å få til samhandling på tvers av grenser innenfor helsevesenet (Axelsson og Axelsson 2006; Cameron mfl. 2012; Holen-Rabbersvik mfl. 2013). Huxham og Vangen (2000) beskriver at vanlige problemer i samhandlingssituasjoner er uklare målsettinger for samhandlingen, ulikheter i språk, organisasjonsmessige strukturer, prosedyrer og kultur, utfordringer knyttet til makt og det å skape tillit, og til ansvarliggjøring. Ulike teknologiske systemer kan også skape utfordringer for samhandlingen, eksempelvis for informasjonsflyt mellom ulike aktører (Helsedirektoratet 2014).

Van Raak, Mur-Veeman og Paulus (1999) argumenterer for at selv om lovgivning og finansieringssystem har betydning for om samhandling på tvers av grenser fungerer eller ikke, så er ikke disse faktorene av avgjørende betydning. De finner at det er involveringen av aktører, hvilken støtte de får og hvordan slike prosjekter ledes, som er av størst betydning for at samhandlingen skal lykkes. I en senere artikkel hvor de sammenligner politikken når det gjelder «integrated care» i flere europeiske land, finner de at en satsing på integrasjon fra myndighetenes side (nasjonalt, regionalt og lokalt) faktisk har betydning for utviklingen av et mer integrert helsevesen (Mur-Veeman, van Raak og Paulus 2008). Forfatterne konkluderer imidlertid også her med at en slik satsing ikke er tilstrekkelig. Williams og Sullivan (2009) etterlyser mer forskning for å forstå samspillet mellom ulike faktorer og ulike samhandlingskontekster. Vår artikkel representerer et bidrag i denne sammenheng, gjennom at vi bruker begrepet 'meningsskaping' (Weick 1995) for å undersøke hvordan aktører innenfor ulike samhandlingstiltak tolker og

forstår sin situasjon og sine samhandlingsmuligheter. Artikkelen er dermed også et bidrag til å forstå meningssskapingprosesser mellom aktører fra ulike organisasjoner eller systemer, noe som kanskje er enda mer komplekse prosesser enn mellom aktører innenfor samme organisasjon/system.

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) har blitt innført med en intensjon om å bøte på problemet med for fragmenterte tjenester. Det legges her opp til at primær- og spesialisthelsetjenesten i større grad skal samhandle med hverandre, at primærhelsetjenesten skal overta noen av spesialisthelsetjenestens oppgaver, og at pasienten skal oppleve et mer helhetlig forløp (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Med utgangspunkt i Norges forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen (EVA-SAM) har vi undersøkt tre ulike samhandlingstiltak hvor det har kommet i stand og fortsatt foregår samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I denne artikkelen vil vi, basert på intervjuer med aktører i alle våre caser, undersøke *hvilke forhold som har betydning for etablering og vedlikehold av samhandling på tvers av organisatoriske grenser i helsevesenet*. Hva er det, slik aktørene forstår, tolker og definerer situasjonen, som legger til rette for samhandling, og hva er det som hindrer samhandling? Tidligere forskning på reformen har vist at helsepersonell er grunnleggende positive til reformens intensjoner om bedre samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste og til styrking av kompetansen på kommunalt nivå, men at de opplever at reformens økonomiske insentiver står i motsetning til disse intensjonene (Carlsen og Sataøen 2013). Vi har derfor som utgangspunkt – og det stemmer også med hva våre informanter forteller – at helsepersonell ønsker å samhandle. En rekke faktorer kan legge til rette for denne samhandlingen, men de kan også møte ulike typer hindringer som gjør det vanskeligere å samhandle.

TEORETISK UTGANGSPUNKT

Vi vil her kort klargjøre hvordan vi forstår 'organisasjon' og 'grenser' innenfor den konteksten våre samhandlingstiltak befinner seg i, før vi presenterer og diskuterer 'meningssskaping' som overordnet analytisk begrep.

Organisasjonene og systemene innenfor helsefeltet står overfor nye utfordringer, som krever at de tilpasser seg omgivelsene på nye måter (Scott mfl. 2000). Nyinstitusjonell teori beskriver at organisasjoner forholder seg til og tilpasser seg sine omgivelser (Scott 2008), at de altså ikke opererer i et vakuum, og at endringer i omgivelser dermed vil medføre nye krav til endring for de ulike organisasjonene. Endringene i omgivelser (lokalt, regionalt og nasjonalt) innenfor helsefeltet kan være av materiell eller ressursmessig karakter (for eksempel demografiske endringer) eller av institusjonell karakter (for eksempel regler, normer, kultur etc.) (Scott mfl. 2000). En av

endringene helsevesenet nå må forholde seg til, som er tydelig til stede for våre samhandlingstiltak, er nye krav til koordinering, samhandling og integrasjon, som uttrykt gjennom samhandlingsreformen.

Det er vanskelig for ledelsen i en organisasjon å integrere ulike deler av organisasjonen, men enda vanskeligere å integrere aktiviteten i ulike organisasjoner (Axelsson og Axelsson 2006). Slike interorganisatoriske relasjoner er ofte mer løst koblet («loosely coupled») (Orton og Weick 1990) enn intraorganisatoriske relasjoner, siden de ulike organisasjonene ikke er del av et felles hierarki med felles ledelse. Koordinering og samhandling blir dermed av en mer «frivillig» karakter. Offentlig helsevesen er et felt som kjennetegnes av sterk interorganisatorisk karakter (Axelsson og Axelsson 2006), og dette gir altså noen utfordringer for samhandling på tvers av organisatoriske grenser.

Vi forstår grenser mellom organisasjoner eller systemer som komplekse, dynamiske og forhandlingsbare, som noe som kontinuerlig skapes og gjen-skapes (Paulsen og Hernes 2003). Gjennom all handling og interaksjon forholder aktørene seg til en forståelse av hva som er utenfor og hva som er innenfor, selv når dette er midlertidig. Grenser kan dermed defineres som midlertidig stabiliserte skillelinjer over lengre tid mellom systemer som individuelle aktører og grupper av aktører har skapt og blitt enige om (Kerosou 2006; Mørk mfl. 2012).

Organisasjoner som skal samhandle på tvers av grenser innenfor helsevesenet, har altså noen utfordringer. Vi vil i denne artikkelen ta utgangspunkt i begrepet 'meningsskaping' (Weick 1995) for å undersøke hvordan aktørene tolker og forstår den nye situasjonen hvor de forventes å samhandle mer og på nye måter – hvordan de skaper mening i denne situasjonen. Meningsskaping («sensemaking») handler om å forstå og definere hva som foregår («What's the story?» / «What's going on here?») (Weick, Sutcliffe og Obstfeld 2005). Situasjoner hvor det oppstår usikkerhet og tvetydighet, setter i gang meningsskappingsprosesser (Weick 1995), dvs. aktørene må prøve å forstå og skape mening i nye situasjoner. Endringer gjør altså at mening reforhandles.

Meningsskaping er sentralt for å organisere og skape orden, og er dermed en prosess som blir et utgangspunkt eller springbrett for videre handling, og som er tett knyttet til identitet (Weick, Sutcliffe og Obstfeld 2005). Slik Taylor og Van Every (2000) forstår Weick (1995), er meningsskaping «a way station on the road to a consensually constructed, coordinated system of action» (Taylor og Van Every 2000:275). Meningsskaping er altså, slik vi ser det, en kollektiv, sosial prosess som foregår i interaksjon med andre, og som gir føringer for aktørenes videre handlinger. Organiseringer eller organisasjoner oppstår, slik Weick, Sutcliffe og Obstfeld (2005) ser det, gjennom meningsskaping, dvs. meningsskaping kan skape strukturer. Dette poenget behandles ulikt av ulike forskere innen meningsskapingstradisjonen, hvor,

for eksempel, Weber og Glynn (2006) er opptatt av at dette også kan foregå motsatt vei, dvs. hvordan den institusjonelle konteksten er en nødvendig del av meningsskapning. Den institusjonelle konteksten kan fungere som forbedelse for, redigerer av og utløser for meningsskapingsprosesser («priming», «editing», «triggering»). Aktørene skaper dermed ikke mening utenfor eller på tross av institusjoner/organisasjoner, men med/gjennom dem (Weber og Glynn 2006). Meningsskapning kan dermed påvirke strukturer, og strukturer kan påvirke meningsskapingsprosesser, i et gjensidig, samkonstituerende samspill.

Meningsskapning kan handle om både å forstå en situasjon i et tilbakeskuende perspektiv og om å tolke situasjonen i et fremoverskuende perspektiv (Brown, Colville og Pye 2015). I vår studie forteller informantene om sine erfaringer med samhandling over tid – hvordan de forstår, tolker og skaper mening i situasjonen, men også, basert på sine erfaringer, hvordan de opplever at samhandling *bør* foregå fremover, eller – enda mer spesifikt – hva de opplever er viktig for at samhandling *skal kunne* foregå fremover.

BAKGRUNN, METODE OG MATERIALE

Samhandling og Pasientforløp i Støpeskjeen, SPIS-prosjektet, er en del av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd. Gjennom en av arbeidspakkene i dette prosjektet har vi fulgt tre ulike caser (samhandlingstiltak) i en toårsperiode, og sett på hvordan primær- og spesialisthelsetjenesten samhandler innenfor temaet fedme og overvekt. Alle de tre tiltakene har til felles at de ble initiert av Regionalt Senter for Sykelig Overvekt (RSSO), ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Vi har ikke selv deltatt i etablering eller utvikling av tiltakene. De tre tiltakene presenteres nedenfor.

Fedme, overvekt og relaterte sykdommer, som diabetes, er alvorlige internasjonale helseproblemer (WHO n.d.) og øker sterkt i omfang. Lidelsene er vanskelig å behandle fordi årsakene er komplekse, men viktig å håndtere fordi vektrelaterte helseproblemer koster den enkelte pasient og samfunnet mye (Helsedirektoratet 2011). Fedme, overvekt og relaterte sykdommer er i økende grad et felles ansvar for primær- og spesialisthelsetjenesten, og behovet for samhandling er sterkt.

«Utdanningsstillinger for fastleger i overvektpoliklinikk» (Case A) innebærer å tilby fastleger som ønsker spesialisering i allmennmedisin, en midlertidig stilling ved RSSO. Siden oppstarten i 2010 har slike stillinger også blitt tatt i bruk ved Ålesund og Namsos Sykehus, samt at andre avdelinger ved St. Olavs Hospital også har etablert lignende ordninger. Hensikten med tiltaket er å tilby fastleger spesialisering i allmennmedisin innen fedme og overvekt, og å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsen gjennom gjensidig kompetanseheving og felles utvikling av behandlingstilbud.

Kompetanseprogrammet «Overvekt og Folkehelse» (Case B) ble initiert i 2007, og involverer i dag samarbeid mellom RSSO og 33 kommuner i Midt-Norge. Formålet er å bygge kompetanse på hvordan overvekt kan forebygges og behandles i primærhelsetjenesten og i samspillet mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Programmet inkluderer formidling av forelesninger (video-opptak), fysiske samlinger hvor deltagere fra kommunene møter hverandre og utvalgte foredragsholdere, og tilgang på informasjon, dokumenter, forskningsresultater eller søknadsmuligheter for prosjekter.

Tiltaket «Diabetessykepleier i kommune» (Case C) ble opprinnelig iverksatt ved to legekontorer i Midt-Norge i 2010, og etter ett år flyttet til et Distriktsmedisinsk Senter (DMS). Sykepleieren beholdt en deltidsstilling ved St. Olavs Hospital, i tillegg til at hun/han jobbet i primærhelsetjenesten. Den samme ordningen med diabetessykepleier ble også iverksatt ved enda et DMS i 2013. Formålet med ordningen var å bringe spesialistkompetanse på diabetes nærmere pasientene, både gjennom et tettere samarbeid med fastleger og ved direkte kontakt med pasienter på diabetesskole og gjennom konsultasjoner.

Metode og materiale

Studien har en kvalitativ tilnærming (Silverman 2009), noe som gir mulighet for å få god innsikt i de ulike involverte sine perspektiver og hvordan tiltakene har endret seg over tid. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med informanter fra alle tre tiltak i 2012–2013, i tillegg til at vi deltok som observatører på diabetesskole og på samlinger i kompetanseprogrammet. De tre samhandlingstiltakene i denne studien ble utvalgt fordi de involverer helsepersonell fra ulike deler av spesialist- og primærhelsetjeneste, og representerer tiltak hvor samhandlingen er godt i gang. Informantene har derfor gjort seg noen erfaringer som kan belyse hvordan samhandling både kan etableres og vedvare over tid. Fokus i både intervjuer og observasjoner var på samhandling som praksis og hva informantene hadde erfart var sentralt i å etablere og videreutvikle samhandling. Totalt har vi intervjuet 41 personer (se fordeling i tabell 1). Vi benyttet snøballmetodikk for å identifisere aktuelle informanter. I intervjuer med sentrale personer ba vi om navn på andre som kunne bidra med flere perspektiver. Fra et metodeståsted innebar dette at utvalget av informanter både ble bredt med hensyn til erfaring og variert med hensyn til ulike roller og organisasjonstilknytning. Informantene omfatter hovedsakelig helsepersonell, men inkluderer også administrativt personale og pasienter, fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1: Intervjuer og informanter.

| | Intervjuer | Informanter | Deltagere fasilitert arbeidsmøte |
|--------------------|------------|-------------|----------------------------------|
| Case A | 12 | 12 | 3 |
| Case B | 9 | 12 | 7 |
| Case C | 13 | 15 | 1 |
| Andre ¹ | 1 | 2 | 4 |
| Total | 36 | 41 | 15 |

De som samhandler i vår studie, er altså hovedsakelig helsepersonell (leger, sykepleiere, fysioterapeuter m.m.) på begge tjenestenivå. I tiltakene samhandler disse om utveksling av kunnskap, utvikling av felles praksis og prosedyrer og om å spre kunnskap til pasientgruppen og befolkningen generelt. Vi har hatt et ønske om å ha med pasientintervjuer i det empiriske materialet, men det viste seg å være vanskelig å rekruttere pasienter. Vi har gjennomført noen pasientintervjuer, i tillegg til at vi har deltatt som observatører sammen med pasienter på diabeteskole. Pasientperspektivet er imidlertid ikke sterkt til stede i artikkelen, og er noe vi kunne ønsket å fokusere mer på i senere forskningsprosjekter om samhandling i helsevesenet. Deltagelse i intervjuene var frivillig og presenteres her anonymisert. Intervjuene varte i 1–2 timer, og ble alle tatt opp elektronisk og skrevet ut i sin helhet. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, og Personvernombudet for forskning har godkjent studien.

Med basis i det empiriske materialet utviklet vi fire kategorier som sammenfatter fellestrekk ved informantenes erfaringer med samhandling på tvers av alle de tre tiltakene. Informanter fra alle tiltakene var også til stede på et heldags arbeidsmøte hvor vi la frem foreløpige funn for validering og videre diskusjon våren 2014. Tilbakemeldingen fra deltagerne var at de kjente seg godt igjen i de fire kategoriene som presenteres i denne artikkelen, samtidig som kategorier/funn ble diskutert og videre utdypet av deltagerne på møtet. Diskusjonen i møtet ble loggført av fire assistenter, og inngår som en del av datamaterialet. I forkant av arbeidsmøtet analyserte begge forfatterne datamaterialet hver for seg før sentrale kategorier ble diskutert i fellesskap. Kategoriene ble i etterkant videreutviklet og raffinert med utgangspunkt i begrepet 'meningsskaping' (Weick 1995).

SAMHANDLING PÅ TVERS AV GRENSER – ETABLERING OG VEDLIKEHOLD

Meningsskappingsprosesser er utgangspunkt for videre handling (Weick, Sutcliffe og Obstfeld 2005) – i vårt tilfelle *samhandling*. Vi har utviklet fire kategorier, basert på vårt empiriske materiale, som vi finner er sentrale forutsetninger for at samhandling skal gi mening i denne konteksten – dvs. forutsetninger for å få til samhandling på tvers av grenser over tid. Kategoriene omhandler hvordan informantene forstår, tolker og definerer hvordan strukturelle omgivelser, kompetanseutvikling, likeverd og forankring kan organiseres slik at samhandling gir mening. Vi vil presentere dem hver for seg, før vi til slutt diskuterer dem i sammenheng og peker på mulige videre implikasjoner.

Organisering av strukturelle omgivelser

De strukturelle omgivelsene som våre samhandlingstiltak forholder seg til, påvirker hva som oppfattes som mulig å gjøre (Williams og Sullivan 2009). De kan representere hindringer for samhandling gjennom ulikheter i organisering, og forskjeller i økonomi-, informasjons- og beslutningssystemer (Hellesø og Fagermoen 2010; Paulsen, Romøren og Grimsmo 2013). For å samhandle opplever informantene i vårt materiale at de må løse utfordringer knyttet til ansvars-, oppgave- og kostnadsfordeling, beslutningsprosesser og informasjonstilgang. Samhandlingen kan også vanskeliggjøres av etablerte profesjonsstrukturer. Den institusjonelle konteksten utløser meningsskappingsprosessen (Weber og Glynn 2006), fordi nye krav til samhandling gjør at eksisterende strukturelle omgivelser ikke lenger gir mening. For at samhandlingen skal fungere, opplever de involverte derfor at de må forhandle og re-fortolke disse grensene slik at det gir mening å samhandle (Weick 1995).

En av våre informanter beskriver hvordan ulike strukturelle omgivelser kan skape hindringer for samhandling, på denne måten:

Jeg tror jo det er først og fremst disse skottene da, denne organiseringen av kommunalt og statlig, og budsjetter, og vi har vårt og dere har et eget system. Jeg tenker det er sånn der strukturelle ting som hindrer det. Jeg tenker jo på at vi allmennleger vi er jo privatpraktiserende, slik at vi har jo den offentlige biten, og den måtte jo kunne brukes [...] også i forbindelse med samarbeidet med sykehuset, ikke bare kommunale legetjenester, men at sånn som, for eksempel at en av fastlegene i kommunen kan ha spesielt ansvar for dem, oppfølgingen av de fedmeopererte da, i samarbeid med den lokale frisklivsentralen. Sånne ting, at det må være mulig, og at man ikke har den regelen om at det skal være kommunalt som sådan, under kommunalt budsjett. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 1)

Informanten peker på at behovet for å definere hvor kostnaden skal plasseres, gjør det vanskelig å utføre arbeid som man finner er fornuftig for å utføre gode helsetjenester. I dette tilfellet peker hun/han på at andelen andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen (7,5 t per uke), ikke inkluderer arbeid som oppfølging av fedmeopererte som defineres som oppgaver for spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt oppgaver defineres som spesialisthelsetjeneste eller primærhelsetjeneste, kan også få konsekvenser for hvor mye inntekt det enkelte tiltaket kan få, og hvor levedyktige tiltakene er. Når konsultasjoner defineres som spesialisthelsetjeneste, kan man sitte igjen med en høyere sum enn når det er primærhelsetjeneste.

Ulik organisering påvirker også hvordan beslutninger tas og ressurser fordeles. Flere av informantene fra primærhelsetjenesten peker på at den kommunale budsjettprosessen er lang og tungvint, sett i kontrast til hvordan prioriteringer og avgjørelser fattes på et statlig sykehus. I samhandlingen kan slike forskjeller vanskeliggjøre samarbeidet, slik informanten her beskriver:

... det er klart at kommuner og sykehus er bygd så forskjellig, sånn at når beslutninger skal tas så kan vi ikke bare si ja fra primærhelsetjenesten, da må det gjennom ganske mange ledd, og det er den store forskjellen mellom foretak og kommuner da. Vi må igjennom den her mølla, så det er den store forskjellen som jeg opplever, som kan være en sånn bremsekloss i samarbeidet vårt, at ja, det kan vi kanskje, men vi må bare først ta noen avgjørelser litt lenger bort i huset. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 2)

Det er viktig for informantene fra primærhelsetjenesten at deres kollegaer fra spesialisthelsetjenesten forstår hvordan beslutningsprosessen er i kommunene. Flere peker på at forventningene fra spesialisthelsetjenesten er for høye, og en av informantene beskriver det på denne måten:

Men at det er en forventning der om at vi skal gjøre litt mer enn vi ... makter per i dag i hvert fall. Det opplever vi nok. Det hører jeg jo mine som har vært på de her samlingene også som har hørt forelesninger og fått disse her forventningene. At de delvis har vært litt provosert for det høres så enkelt ut. At det må jo kommunen liksom lage tilbud for dem og dem og ... når det ikke tilføres ressurser da så står du jo i klemma. Du må bare smøre ressursene enda tynnere utover. Eller gape over mer. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Informanten peker på at ressursene er knappe. Løsningen for flere av informantene var å søke på prosjektmidler, slik at man kunne finne ressurser innenfor en tidsavgrenset periode. Prosjekter gir også større muligheter for å gå på tvers av strukturer. Derimot ble midlertidigheten i prosjektene ofte

en utfordring på sikt, fordi selv om prosjekter ble vurdert som vellykkete, betydde ikke det at de automatisk ble videreført.

På tvers av de ulike samhandlingstiltakene påpeker informanter at de ser nytten av at helsepersonell utveksler erfaringer og får innsikt i hvordan ulike strukturelle omgivelser påvirker samhandlingen. Dette kan blant annet skje gjennom at man arbeider på begge steder, slik denne informanten beskriver:

... det er veldig bra at det er en person som jobber i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten, som på en måte vet litt fra [begge] verdener, og det tror jeg er en veldig stor styrke å ha med da. Så ... men hvis man bare jobber i spesialisthelsetjenesten og den kliniske settingen, så tror jeg det er vanskelig å se det, hvordan det er i primærhelsetjenesten. (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 1)

For at samhandlingen skal gi mening (Weick 1995), må man altså utvikle gjensidig forståelse for de strukturelle rammene som både spesialist- og primærhelsetjeneste jobber innenfor, samt utvikle mekanismer for å overskride disse grensene. I to av våre caser oppnådde man dette gjennom å opprette stillinger slik at helsepersonell fra både primær- og spesialisthelsen kunne arbeide i tidsbegrensete engasjement eller deltidsstillinger hos «de andre». Våre informanter uttrykker at slike stillinger har ført til økt kunnskap om hvordan man forholder seg til andre organisasjonsstrukturer, og bidratt til at nye løsninger for samhandling er blitt utviklet.

Deler av de strukturelle omgivelsene, slik som tilgang på pasientinformasjon og etablerte profesjonsstrukturer, opplevde informantene at vanskeliggjorde samhandlingen, samtidig som de opplevde at dette var hindringer de måtte leve med. I praktisk pasientarbeid er tilgang på informasjon om pasienten nødvendig, men på grunn av hensynet til personvern og pasientrettigheter legger lovverket² begrensninger på mulighetene for å utveksle pasientopplysninger på tvers av virksomheter. En av våre informanter arbeidet med pasienter fra to ulike sykehus og flere ulike kommuner. Etter mange ulike forsøk med forskjellige løsninger ble informanten sittende med to ulike datamaskiner og tilhørende skrivere på kontoret for å få tilgang til systemene hos de ulike virksomhetene. Han/hun hadde fortsatt ikke tilgang på pasientjournalene fra fastlegene, noe han/hun derfor måtte be om for hver enkelt pasient. Slike situasjoner innebærer at det blir vanskelig å få tilstrekkelig informasjon om pasienter, noe som kan påvirke pasientbehandlingen.

Ulike profesjoner representerer også strukturer som våre informanter opplever som hindringer for samhandling. Våre informanter forteller om eksempler hvor samarbeidet mellom behandlende lege og spesialiserte sykepleiere har vært vanskelig fordi legen har opplevd at sykepleieren beveger seg inn på legens eget domene og påvirker pasient–lege-relasjonen.

Organisering av kompetanseutvikling

Endringer i helsevesenet over lang tid, samt innføringen av samhandlingsreformen, medfører nye krav til kompetanse. Samhandlingsreformen innebærer at noen oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og dette betyr at helsepersonell i primærhelsetjenesten opplever endringer som kan føre til usikkerhet og tvetydighet, dvs. en situasjon hvor man må reorientere seg og mening reforhandles (Weick 1995). Fra spesialisthelsetjenestens side uttrykkes det noen ganger bekymring for primærhelsetjenestens kompetanse (dvs. for om den er god nok), mens det fra primærhelsetjenestens side noen ganger uttrykkes frustrasjon over stadig å bli pålagt nye oppgaver uten at det følger ressurser med. For at samhandling på tvers av grenser i denne situasjonen skal fungere, må altså helsepersonell settes i stand til å utføre nye oppgaver, dvs. det må settes i gang ulike tiltak når det gjelder kompetanseutvikling. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver utfordringene knyttet til kompetanse på denne måten:

... da så jeg jo fort at vi måtte bygge opp kompetanse i primærhelsetjenesten for at både vi skulle få en god behandling av pasienter på et tidligere tidspunkt, altså før de fikk BMI 40, men også at de skulle ha kompetent oppfølging etter, for eksempel kirurgi eller behandling av ... Så det var et vakuum ute i primærhelsetjenesten. (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 2)

Informanten beskriver et vakuum ute i primærhelsetjenesten, sett fra hans/hennes ståsted, når det gjelder behandling av fedme, og har gjennom deltakelse i et av samhandlingstiltakene hatt som målsetting å bygge opp kompetanse i primærhelsetjenesten. Basert på «forberedelse», «utløsning» og «redigering» fra de institusjonelle omgivelser (Weber og Glynn 2006) kan altså situasjonen tolkes slik at for at samhandling med bedre pasientbehandling som målsetting skal gi mening (Weick 1995), må man utvikle kompetanse som gjør dette mulig. Det er imidlertid mange måter å drive kompetanseutvikling på, og informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten vektlegger at dette må være en gjensidig utvekslings- og utviklingsprosess. For at samhandling skal gi mening i denne konteksten (Weick 1995), må altså begge parter anerkjennes som kompetente og profesjonelle aktører, og det blir viktig å ha tillit til og respekt for hverandre og hverandres kompetanse. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver hvordan de etter hvert lærte mye av kommunene, og at det ikke bare var de i spesialisthelsetjenesten som skulle «overføre» kompetanse til den andre parten i dette samhandlingstiltaket:

Og det går ikke bare den veien, altså, vi får jo tilbake fra kommunene, så kunnskapen går jo begge veier her. Det er litt viktig at det er ikke bare vi som skal plante noe ut i kommunene, det er jo ikke det, men vi får jo til-

bakemeldinger fra dem som vi kan ta med oss videre og. Ja, vi lærer jo litt hvordan hverdagen deres er, sant, for vi kan jo sitte her og ønske at pasientforløpet skal være sånn og sånn ... [...] men så får vi tilbake at, nei, vet du at sånn er det ikke i min kommune. Her har ikke vi en psykolog tilgjengelig, for eksempel, for man ser at det er det kanskje behov for. Men sånn er det ikke i kommunene, at det sitter psykologer i hver kommune og kan ta imot. Så vi lærer jo det av dem. (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 3)

Informanten beskriver hvordan de lærer mer om hverdagen ute i kommunene og dermed kan ha større forståelse for deres verden og deres behov. 'Behov' definerer dermed samhandlingssituasjonen i større grad enn 'overføring' og 'planting' av kompetanse. Meningsskapingsprosesser som involverer aktører fra ulike organisasjoner/systemer, er altså avhengig av at de ulike aktørene faktisk møtes og gjennom dette kan se hvordan de forstår seg selv og sine handlingsmuligheter. Denne forståelsen av at spesialisthelsetjenesten gjennom samhandlingstiltaket har lært at primærhelsetjenesten har et mye bredere fokus, og dermed ikke har spesialister tilgjengelig på alle områder, deles av flere informanter. Den gjensidige kunnskapsutviklingen og kompetansebyggingen gjelder imidlertid ikke kun forståelsen av hverandres verden, men også konkret, faglig utvikling på feltet – i dette tilfellet når det gjelder fedme. En av informantene fra primærhelsetjenesten beskriver utviklingen i tenkningen på denne måten:

Vi så jo at de [spesialisthelsetjenesten] ikke hadde ..., at de hadde bare sett på den feite dama, men ikke på hva hun hadde i hodet sitt som var best. Ikke sant. Og der har de nå skjönt at de har bommet litt ... [...] Det går veldig mye på hva annen ballast du har i hodet ditt altså. Så det har endret seg og så har de jo heldigvis begynt å se på de opererte nå da. For det er jo mye bekymringer, for det er jo veldig mange som detter tilbake, i forhold til det. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 4)

Informanten beskriver hvordan tenkningen har gått fra et ensidig fokus på selve overvekten og hvordan den kan behandles, til et fokus hvor også psykologiske faktorer gis stor betydning. En slik bredere tenkning karakteriserer primærhelsetjenesten, og kan kanskje tas som et tegn på at tenkning fra denne parten har påvirket den mer diagnosepregede tilnærmingen i spesialisthelsetjenesten gjennom samhandlingstiltaket. Dette støttes også opp av andre informanter, som vektlegger at «veien har blitt til underveis», og at kommunene har vært en viktig del og part av dette arbeidet, og at det gjennom denne aktiviteten har blitt utviklet ny kunnskap. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten uttaler om den gjensidige kompetanseutviklingen i tiltaket at «det er ikke en lærebok du kjøper, det er en lærebok du

utvikler», dvs. kompetanseutvikling skal ikke bare bety å møte opp på et kurs uten selv aktivt å delta i utforming, utvikling og videreføring. Aktiv deltakelse fra alle parter vektlegges altså som viktig for kompetanseutviklingen. Begge parter i alle våre tre samhandlingstiltak peker også på at de ulike tiltakene (i ulik grad) faktisk har ført til reell kompetanseutvikling og konsekvenser for praksis. I et av tiltakene har eksempelvis konsekvensen vært at det har blitt utviklet nye, felles rutiner og prosedyrer på tvers av tjenesteni-våene når det gjelder behandling av en spesifikk pasientgruppe.

Kompetanseutvikling må knyttes til lokal praksis som ulike typer hel-sepersonell er del av eller skal tilbake til, dvs. for at kompetanseutvikling skal bidra til samhandling over grenser, så må den gi mening for lokal praksis (Weick 1995). En informant fra primærhelsetjenesten peker på hva som skjer når de ikke lenger klarer å knytte konkret aktivitet lokalt i kommunen til det de lærer gjennom et av våre samhandlingstiltak:

Når vi ikke hadde noe tiltak så følte vi ikke at det var så relevant med den deltakelsen lenger. Selv om vi tenkte jo at dette her er jo ... ja, at det skjedde mye kompetanseheving og kompetanseutvikling som vi absolutt skulle ha fått med oss. For vi tenkte jo at dette her kommer jo til nytte senere en gang. Dette er jo noe vi trenger å kunne og vite noe om. Men det var noe med at vi ... når det ikke var noe aktivitet i kommunen vår da, på det området, så klarte ikke vi og ... ja, prioriterte ikke det. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Informanten påpeker altså hvor viktig det er at kompetanseutvikling har sammenheng med konkret aktivitet i lokal praksis. Selv om de ser nytteverdien av det som gjennomgås i tiltaket, er det vanskelig å prioritere det når det ikke får noen umiddelbare konsekvenser i deres egen kommune.

Organisering av likeverd

Utfordringer knyttet til det å få til samhandling på tvers av grenser kan forsterkes på grunn av ulikheter i status og makt (Gittel og Weiss 2004; Vangen og Huxham 2003). Denne type ulikheter mellom partene kan også gjøre det vanskeligere å bygge tillit (Vangen og Huxham 2003). Tradisjonelt har spesialisthelsetjenesten blitt oppfattet som en mektigere part enn primærhelsetjenesten innenfor det norske helsevesenet, og det blir derfor viktig å oppleve likeverd for å få til samhandling mellom disse partene. Hvis partene i en samhandlingssituasjon tolker hverandre som likeverdige, dvs. det er den mening som skapes i situasjonen (Weick 1995), ser det ut til at dette er positivt for samhandlingen. Weick, Sutcliffe og Obstfeld (2005:216) beskriver at «who we think we are (identity) as organizational actors shapes what we enact and how we interpret, which affects what outsiders think we are

(image) and how they treat us, which stabilize or destabilize our identity». I vår sammenheng kan dette innebære at hvis primærhelsetjenesten ser seg selv som en likeverdig partner, påvirker det spesialisthelsetjenestens forståelse av dem som en likeverdig partner – og omvendt.

Informantene i vårt materiale fremhever at opplevelsen av å være likeverdige parter er noe som har endret seg over tid, både før samhandlingsreformen, i prosessen hvor den ble innført, og nå relativt kort tid etter at den er innført. Helsepersonell fra primærhelsetjenesten beskriver at de før i større grad opplevde at spesialisthelsetjenesten var den parten som «bestemte», og kom med «bestillinger», og at de bare måtte forholde seg til de føringene som ble gitt. De opplevde også i større grad at kommunikasjonen ikke fungerte godt og at spesialisthelsetjenesten hadde lite kjennskap til hverdagen ute i kommunene. Flere peker på at det fortsatt eksisterer utfordringer knyttet til dette, og en av informantene beskriver det på denne måten:

Når det gjelder spesialisthelsetjenestens kunnskap om hvordan en kommune fungerer, så er det vel kanskje ... Ja, det er ikke bare for oss å kaste det vi har i hendene og brette opp ermene og jobbe kun med overvektige. Fordi vi jobber på en helt annen måte i kommunen. Så en kan kanskje tenke seg at spesialisthelsetjenesten ser jo gjennom sine briller, mens vi er nødt til å forholde oss til virkeligheten ute her da. [...] Det er jo her det kanskje har vært litt frustrasjon gjennom årene da, at kommunene har opplevd at det forventes mye da fra spesialisthelsetjenesten. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 5)

Informanten peker på at det fortsatt er utfordringer knyttet til samhandling og kommunikasjon mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, hvor de opplever at spesialisthelsetjenesten kommer med sine perspektiver på hvordan pasientbehandling skal foregå, uten å kjenne til hvordan situasjonen er i kommunene og hva som er mulig å gjøre der. Denne opplevelsen deles av flere, men det er også flere som fremhever at denne situasjonen har endret seg de siste årene. En av informantene fra primærhelsetjenesten beskriver endringer over tid i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten på denne måten:

Jeg føler ikke det er problematisk. Jeg vil si at i det siste har vært en utvikling, de siste to, tre årene, generelt, på all type samhandling, med at man blir møtt med en type forståelse som var litt mer låst bare for to, tre år siden. To, tre år siden så var det litt merkelige ting som kunne foregå, jeg føler ikke helt sånn nå, når vi snakker nå, så er det mer dialogbasert allerede enn det var bare for kort tid siden. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 6)

Informanten uttrykker at det nå er en mer dialogpreget relasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten enn for bare noen få år siden. 'Dialog' blir altså den tolkningen som definerer samhandlingssituasjonen i stedet for 'bestilling'. En viktig forutsetning for å få til denne dialogen og opplevelsen av likeverd er å kjenne hverandres verden bedre. Informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten peker på at det er viktig å bli kjent med hverandre, finne møteplasser og utvikle gjensidig tillit og gjensidig forståelse for hverdagen hos den andre parten.

En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskriver hvordan den gjensidige tilliten kan bygges på denne måten:

Den bygges med at man har kontakt og at man skjønner hva folk har behov for. At man ikke kommer ut [i kommunene] og sier at det her og det her, det må dere bare lære, og så treffer du ikke i det hele tatt, de ser ikke det behovet. Så du må treffe. Hvis du kan medvirke til å gjøre hverdagen lettere og bedre for folk, så treffer du. Og hvis du medvirker til at folk lærer noe som de synes er viktig å kunne, så treffer du. Så det må være noe som folk synes er meningsfylt også. Men jeg tror også at det er dialog, at gjensidig respekt for hvert sitt ståsted tror jeg er kjempeviktig, så det ikke blir sånn eneoverføring. (Helsepersonell, spesialisthelsetjenesten 2)

Informanten peker på betydningen av å ha kontakt med hverandre, dialog og gjensidig respekt for ulike utgangspunkt hos de ulike partene. Dette er måter opplevelsen av likeverd kan organiseres på for at det skal gi mening å samhandle i denne situasjonen.

Organisering av forankring

Forankring fremstår som en viktig forutsetning for at samhandling skal vedvare over tid. I alle våre samhandlingstiltak var enkeltindivider tydelig viktige for etablering av tiltaket og for å skape engasjement. Våre informanter kaller dem ildsjeler. Andre steder defineres disse som grensearbeidere, eller «boundary spanners» (Mørk mfl. 2012; Levina og Vaast 2005), fordi de engasjerer seg i å utvikle ny praksis på tvers av ulike organisasjoner. Ildsjelene i våre tiltak er både kultivatorer av og katalysatorer for samhandling. De utvikler nettverk utenfor egen organisasjon gjennom at de synliggjør et felles behov for samhandling, og internt ved at de skaper muligheter for sine kollegaer til å ta del i nettverket. Slike ildsjeler er ofte sett på som uerstattelige i samarbeidet, til det punkt at samarbeidet kan forvitte om de erstattes av noen andre (Huxham og Vangen 2000). Selv om enkeltpersoner har stort engasjement, som kan være viktig for *etableringen* av samhandling, må også tiltak gi mening for flere (Weick 1995) for å få en solid forankring *over tid*. Våre informanter er derfor opptatt av å mobilisere andre og å etablere

tiltaket i gjeldende strukturer, noe som kan gjøre samhandlingen mer permanent og mindre sårbar.

Alle våre samhandlingstiltak var opprinnelig organisert som midlertidige prosjekter. Dette kan føre til at samhandlingstiltak man har brukt mye tid og arbeid på å utvikle, enten forvitrer eller må utvikles på nytt for å kunne fortsette i en annen form (Vangen og Huxham 2003:21). En av informantene beskriver hvordan dette skjedde med et av kommunens igangsatte tiltak:

Ledelsen hadde jo på en måte godkjent at vi skulle være med i det prosjektet her, men det var ikke en god plan for overgangen fra et prosjekt til å bake det inn i ordinær drift. [...] Så det var en nedtur altså, virkelig, så det tror jeg er veldig viktig sånn ... når man går i gang med prosjekter og sånn at man har en veldig klar plan for videre. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Å organisere forankring kan handle om at tiltaket ikke fremstår som et enkelt, isolert tiltak, men at det faller under flere likelydende aktiviteter. En av informantene beskriver dette slik:

... fram til nå så har det jo på et vis vært knyttet opp imot ei arbeidsgruppe som har sittet og jobbet litt sånn på sidelinjen av det folkehelsearbeidet som har vært gjort og kanskje ikke vært ... det har ikke kanskje vært dratt med i det helhetlige folkehelsearbeidet som gjøres i kommunen, men at det har vært mer et prosjekt som har pågått. [...] Du får litt mer rotfeste når du får det inn i planarbeid og at det her skal være noe som skal drives videre og at en ... forplikter seg på et vis til å ha et slikt tilbud. For per i dag så er det jo ingen som har forpliktet seg til å videreføre den her gruppen. Det har jo mer vært bare tilknyttet den her arbeidsgruppen og de tjenestene som har vært inne og jobbet. Eller gruppene. Så en kan tenke seg det at ... hvis at enkeltpersoner slutter eller får andre arbeidsoppgaver så kan det her være noe som ramler bort i behovet for å flytte ressursene over på noe annet som må prioriteres. Så det vil jo være en kjempefordel og en stor styrke hvis en da får det her arbeidet inn i plan og får det inn i det systematiske arbeidet som gjøres i kommunen. (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 7)

Informantene i flere av våre samhandlingstiltak beskriver at de i lang tid hadde fokus på de faglige problemstillingene i tiltaket, men at det etter hvert ble klart at for å sikre videreføring var det nødvendig å forstå det politiske systemet i kommunen. En av informantene beskriver hvordan dette var en felles problemstilling for flere av dem hun/han møtte fra ulike kommuner, og hvordan hun/han opplevde sin egne forutsetninger for å få dette til:

[I en kommune] var det [navn] som er fagansvarlig og hun har jo mye mer erfaring i forhold til administrativt arbeid. Jeg var jo på en måte en vanlig fysioterapeut, en fagarbeider ikke sant, som på en måte var opptatt av faget

og gruppen og brukeren og sånn. Sånn at hun kanskje hadde helt andre forutsetninger enn meg for å jobbe internt i egen kommune med og på en måte synliggjøre det for sin leder som da kunne bringe det inn til rådmann som så kunne ... (Helsepersonell, primærhelsetjenesten 3)

Når informantene våre tolker situasjonen i et fremoverskuende perspektiv, opplever de forankring som en viktig forutsetning for at samhandlingen skal kunne vedvare over tid. Dette innebærer blant annet at det å forstå og påvirke det politiske systemet (i kommunene) inkluderes som del av meningsskapingsprosessen og som en forutsetning for å få til samhandling. For at samhandling skal gi mening, også over tid, re-fortolkes dermed helsepersonell sin rolle også i andre systemer enn det rent helsefaglige.

DISKUSJON OG KONKLUSJON

Endringer i omgivelsene til de ulike aktørene innenfor helsetjenestene, blant annet gjennom innføringen av samhandlingsreformen, gjør at det stilles nye krav til samhandling (Scott mfl. 2000). Dette betyr at mening reforhandles (Weick 1995), dvs. aktørene må finne ut hvordan de skal forstå og handle ut fra den nye situasjonen. Meningsskapingsprosesser mellom aktører fra ulike organisasjoner/systemer er kanskje enda mer komplekse enn mellom aktører i samme organisasjon, siden aktører i slike løst koblete systemer (Orton og Weick 1990) ikke nødvendigvis har samme referanseramme. Vi har i denne artikkelen presentert fire kategorier som vi, på bakgrunn av vårt empiriske materiale, finner er sentrale forutsetninger for at det skal gi mening å samhandle på tvers av organisatoriske grenser innenfor helsetjenesten over tid. Vi har altså undersøkt hvordan aktørene, gjennom meningsskapingsprosesser «forberedt», «redigert» og «utløst» (Weber og Glynn 2006) av de forventningene samhandlingsreformen medfører, tolker sine (sam)handlingsmuligheter, dvs. både hvordan de besvarer spørsmålet «What's the story?» og spørsmålet «Now what?» (Weick, Sutcliffe og Obstfeld 2005). Aktørene i våre tiltak skaper mening ut fra tidligere erfaringer og antakelser om fremtiden, gjennom interaksjon med andre – inkludert med aktører på «den andre siden» – som igjen legger grunnlaget for kollektiv (sam)handling.

Strukturelle omgivelser tolkes som å representere både muligheter og utfordringer for samhandling. Informantene uttrykker at det ofte er utfordringer knyttet til ulikheter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når det gjelder bruk av og tilgang på ulike informasjonssystemer, finansiering og ressurser, profesjonsgrenser og ulike beslutningssystemer. De finner likevel ofte løsninger for å få til samhandling, for eksempel delte stillinger, og de lærer seg å bruke strukturer på en hensiktsmessig måte for å få til det

de ønsker å oppnå. Struktur blir dermed noe som det *forhandles* om ut fra interaksjon mellom aktørene og den mening de gir til situasjonen.

Kompetanseutvikling som forutsetning for å få til samhandling på tvers av grenser handler om å settes i stand til å utføre nye oppgaver, om tillit og respekt for hverandres kompetanse, om gjensidig utvikling av kompetanse gjennom å være aktiv deltaker, og at kompetanseutvikling skal få konsekvenser for egen praksis. Fra både primær- og spesialisthelsetjenesten trekkes det frem at man har fått større forståelse for at fedme og diabetes er komplekse lidelser, og at det derfor er nødvendig å samhandle på tvers av sektorer og nivå i helsevesenet. Det gir altså *mening* for aktørene å samhandle (Weick 1995) når kompetanse og kompetanseutvikling defineres og organiseres på denne måten.

Opplevelsen av *likeverd* er noe informanter i vårt materiale definerer som viktig for at samhandlingen skal fungere. De beskriver en utvikling over tid, hvor kommunikasjon og dialog har blitt bedre, selv om det fortsatt finnes utfordringer knyttet til eksempelvis forventninger fra spesialisthelsetjenesten overfor kommunene. Informanter fra både spesialist- og primærhelsetjenesten legger vekt på at det er viktig å kjenne hverandres verden for å bygge tillit, respekt og forståelse. Det blir sentralt å *oppleve* likeverd, dvs. at det ikke bare er noe som står på papiret. Når aktørene tolker hverandre som likeverdige, gir det altså mening å samhandle på tvers av grenser (Weick 1995). Likeverd kan derfor også sies å være noe som *forhandles* (Weick 1995). De nye kravene fra omgivelsene som bidrar til å aktualisere behovet for samhandling (Scott mfl. 2000), kan medføre at den tradisjonelt mektige spesialisthelsetjenesten i mindre grad kan opptre som den som «bestemmer». Denne situasjonen gjør at aktørene må forhandle om hvordan de ser på hverandre og skal forholde seg til hverandre – mening reforhandles (Weick 1995). Gjennom å bli kjent med hverandres verden kan de få mer tillit og respekt for hverandre, og dermed eventuelt bygge et mer likeverdig forhold.

Våre informanter fremhever at det er viktig at samhandlingstiltak *forankres* i en større helhet for å kunne vedvare over tid. Dette kan bety forankring i kommunale planer, i større satsinger (for eksempel innenfor folkehelsearbeid), i kommunesamarbeid og gjennom å få flere personer involvert. Ildsjeler har ofte stor betydning for igangsetting og engasjement i samhandlingstiltak, men det blir sårbart over tid hvis ikke tiltaket forankres hos flere. Deltakelse i tiltaket må altså gi mening for flere i den lokale praksisen (Weick 1995).

Meningsskapingprosesser er mikro-prosesser som kan skape makroendringer over tid (Weick, Sutcliffe og Obstfeld 2005). Dette betyr at meningsskapingprosesser blant aktører på mikro-nivå kan skape endringer i samhandlingsmønstre på makro-nivå over tid, dvs. det skapes nye strukturer og nye måter å organisere på som gjør forutsetningene for å få til sam-

handling på tvers av grenser bedre. Aktørene skaper det de tolker (Brown, Colville og Pye 2015; Weick 1995), dvs. hvis aktørene tolker at samhandling er mulig og gunstig, at samhandling gir mening, *skapes* samhandling.

Samhandling innebærer komplekse, arbeidskrevende og dynamiske prosesser *over tid*. Samhandlingstiltakene i vår studie initieres av ildsjeler som skaper entusiasme for tiltaket i egen organisasjon og hos andre. Prosjektformen benyttes ofte som ramme for å etablere tiltaket på tvers av organisatoriske grenser. Denne løsningen møter imidlertid utfordringer når prosjektmidler tar slutt eller sentrale personer forsvinner. For å kunne videreføre arbeidet som er igangsatt, peker informantene derfor på betydningen av å skape strukturer for å få til *vedlikehold* av samhandling etter den entusiastiske etableringsfasen. Ildsjeler, og institusjonelle omgivelser, kan «utløse» samhandling, men hvis tolkningen om at samhandling gir mening, kun deles av én eller noen få aktører, vil det være vanskelig å få til kollektiv (sam) handling. Når flere tolker situasjonen på samme måte, skapes felles mening, og når «historien» om at det gir mening å samhandle, gjentas over tid, blir denne «historien» sterkere. Den relateres til tidligere erfaringer, kobles til betydningsfulle identiteter, og blir brukt som utgangspunkt for videre handling og tolkning (Weick, Sutcliffe og Obstfeld 2005). Gjennom menings-skapingsprosesser kan altså samhandling både etableres og vedlikeholdes som meningsfull praksis i daglig arbeid.

NOTER

- 1 Dette er personer som ikke var involvert direkte i noen av casene, men som er godt kjent med dem på et overordnet strategisk og administrativt nivå.
- 2 Pasientrettighetsloven § 4-1, § 3-2, § 3-6, og Helsepersonelloven kap. 5. Ny forskrift er på høring høsten 2014 for å øke mulighetene for å utveksle pasientopplysninger mellom ulike tjenestetilbydere.

REFERANSER

- Axelsson, Runo og Susanna Bihari Axelsson (2006). Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(1): 75–88.
- Brown, Andrew D., Ian Colville og Annie Pye (2015). Making sense of sensemaking in *Organization Studies*. *Organization Studies*, 36(2): 265–277.
- Cameron, Alisa, Rachel Lart, Lisa Bostock og Caroline Coomber (2012). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services. Research Briefing nr. 14. Social Care Institute for Excellence. London. <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/files/briefing41.pdf>
- Carlsen, Benedicte og Hogne Lerøy Sataøen (2013). «Når pengene rår, forsvinner andre verdier i systemet»: helsearbeideres syn på den norske samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 15(1): 29–54.
- Gittel, Jody Hoffer og Leigh Weiss (2004). Coordination networks within and across organizations: a multi-level framework. *Journal of Management Studies*, 41(1): 127–153.

- Glouberman, Sholom og Henry Mintzberg (2001). Managing the care of health and the cure of disease – part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1): 70–84.
- Grimsmo, A., R. Kirchhoff og T. Aarseth (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3): 3–12.
- Hellesø Ragnhild og May Solveig Fagermoen (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses; implications for continuity of care. *International Journal of Integrated Care*, 10.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
- Helsedirektoratet (2014). *Utredning av «en innbygger – én journal»*. IKT utfordringsbilde i helse og omsorgssektoren. Oslo, Norge.
- Holen-Rabbersvik, Elisabeth, Tom Roar Eikebrokk, Rune Werner Fensli, Elin Thygesen og Åshild Slettebø (2013). Important challenges for coordination and inter-municipal cooperation in health care services: a Delphi study. *BMC Health Services Research*, 13: 451.
- Huxham, Chris og Siv Vangen (1996). Working together: key themes in the management of relationships between public and non-profit organizations. *The International Journal of Public Sector Management*, 9(7): 5–17.
- Huxham, Chris og Siv Vangen (2000). Ambiguity, complexity and dynamics in the membership of collaboration. *Human Relations*, 53(6): 771–806.
- Kerosuo, Hannele (2006). *Boundaries in action. An activity-theoretical study of development, learning and change in health care for patients with multiple and chronic illnesses*. Ph.D. dissertation. University of Helsinki. Helsinki: Helsinki University Press.
- Kodner, Dennis L. og Cor Spreeuwenberg (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2.
- Leutz, Walther N. (1999). Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1): 77–110.
- Levina, Natalia og Emmanuelle Vaast (2005). The Emergence of Boundary Spanning Competence in Practice: Implications for Implementation and Use of Information Systems. *MIS Quarterly*, 29(2): 335–363.
- Martinussen, Pål E. (2013). Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41: 874–882.
- Mur-Veeman, Ingrid, Arno van Raak og Aggie Paulus (2008). Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health Policy*, 85: 172–183.
- Mørk, Bjørn E., Thomas Hoholm, Eva Maaninen-Olsson og Margunn Aanestad (2012). Changing practice through boundary organizing: A case from medical R&D. *Human Relations*, 65(2): 263–288.
- Orton, J. Douglas og Karl E. Weick (1990). Loosely coupled systems: a reconceptualization. *The Academy of Management Review*, 15(2): 203–223.
- Paulsen, Bård, Tor Inge Romøren og Anders Grimsmo (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13.
- Paulsen, Neil og Tor Hernes (2003). Epilogue: a reflection and future directions. I: Neil Paulsen og Tor Hernes (red.), *Managing Boundaries in Organizations: Multiple Perspectives*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Petrakou, Alexandra (2009). Integrated care in the daily work: coordination beyond organisational boundaries. *International Journal of Integrated Care*, 9.

- Raak, Arno van, Ingrid Mur-Veeman og Aggie Paulus (1999). Understanding the feasibility of integrated care: A rival viewpoint on the influence of actions and the institutional context. *International Journal of Health Planning and Management*, 14: 235–248.
- Røsstad, Tove, Helge Garåsen, Aslak Steinsbekk, Olav Sletvold og Anders Grimsmo (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Service Research*, 13: 121.
- Scott, W. Richard (2008). *Institutions and organizations: ideas and interests*. Thousands Oaks: Sage Publications.
- Scott, W. Richard, Martin Ruef, Peter J. Mendel og Carol A. Caronna (2000). *Institutional change and healthcare organizations. From professional dominance to managed care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Silverman, David (2009). *Doing Qualitative Research*. Third Edition. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Taylor, James R. og Elizabeth J. Van Every (2000). *The Emergent Organization: Communication as Its Site and Surface*. Mahwah: Erlbaum Associates.
- Vangen, Siv og Chris Huxham (2003). Nurturing Collaborative Relations Building Trust in Interorganizational Collaboration. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39(1): 5–31.
- Weber, Klaus og Mary Ann Glynn (2006). Making sense with institutions: context, thought and action in Karl Weick's theory. *Organization Studies*, 27(11): 1639–1660.
- Weick, Karl E. (1995). *Sensemaking in organizations*. Thousands Oaks: SAGE Publications.
- Weick, Karl E., Kathleen M. Sutcliffe og David Obstfeld (2005). Organizing and the process of sensemaking. *Organization Science*, 16(4): 409–421.
- WHO | Obesity: preventing and managing the global epidemic. (n.d.). Lastet ned 6.11.2014 fra http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en
- Williams, Paul og Helen Sullivan (2009). Faces of integration. *International Journal of Integrated Care*, 9.
- Winthereik, Brit Ross og Signe Vikkelso (2005). ICT and integrated care: Some dilemmas of standardizing inter-organisational communication. *Computer Supported Cooperative Work*, 14(1): 43–67.

SAMMENDRAG

Samhandlingsreformen har blitt innført med en intensjon om å bøte på problemet med for fragmenterte tjenester innenfor helsevesenet. Målsettingen er at primær- og spesialisthelsetjenesten i større grad skal samhandle med hverandre, og at pasienten skal oppleve et mer helhetlig forløp. Samhandling mellom de to tjenestenivåene kan imidlertid være utfordrende, fordi de representerer to ulike typer systemer med svært ulik kompetanse, kultur, oppgaver, finansiering og struktur. I denne artikkelen undersøker vi, basert på empirisk materiale fra tre ulike samhandlingstiltak, *hvilke forhold som har betydning for etablering og vedlikehold av samhandling på tvers av organisatoriske grenser i helsevesenet*. Vi bruker begrepet 'meningsskapning' for å undersøke hvordan aktører innenfor ulike samhandlingstiltak tolker og forstår sin situasjon og sine samhandlingsmuligheter. Hva er det som legger til rette for samhandling, og hva er det som hindrer samhandling? Vi finner at organisering av *struktur, kompetanseutvikling, likeverd og forankring* er

sentrale forutsetninger for å få til samhandling. Avslutningsvis konkluderer vi med at ildsjeler er sentrale for etablering av samhandling, eksempelvis gjennom midlertidige prosjekter, men at for å kunne videreføre arbeidet som er igangsatt, må det skapes strukturer for å få til *vedlikehold* av samhandling etter den entusiastiske etableringsfasen.

ABSTRACT

The Coordination Reform was introduced to address the problem of fragmented services within the healthcare system. The aims include better and more efficient cooperation between primary and secondary care and more coordinated patient trajectories. However, cooperation between these two levels of service can be challenging, because they represent very different cultures, tasks, competences, financial systems and structures. In this article, based on empirical material from three different cooperation initiatives, we investigate *how to establish and sustain cooperation across organisational boundaries within healthcare*. We use the concept of 'sensemaking' to explore how actors interpret and understand their situation and possibilities for (coordinated) action. Which factors facilitate cooperation and which factors constrain cooperation? We find that organisation of *structure, competence development, equality* and *commitment* are important for successful cooperation. Furthermore, we conclude that engaged individuals are important for the establishment of cooperation across boundaries, for example through temporary projects, but that to sustain cooperation over time, there is a need to establish structures that support cooperation beyond the enthusiastic first phase.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Erna Håland is a sociologist and works as Associate Professor at the Department of Adult Learning and Counselling at the Norwegian University of Science and Technology (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)). Her research interests include organisation and work life, health and technology, and medical sociology.

Department of Adult Learning and Counselling,
Norwegian University of Science and Technology (NTNU),
7491 Trondheim, Norway
(corresponding author)
E-post: Erna.haland@svt.ntnu.no
+47 73592864

Tonje C. Osmundsen holds a PhD in political science and currently works as a research manager for health oriented research at NTNU Samfunnsforskning AS. Her research interests include organisation studies, and work place learning and development.

NTNU Samfunnsforskning AS,
7491 Trondheim, Norway
E-post: Tonje.osmundsen@samfunn.ntnu.no
+47 98217758



Prosjektorganisering

som strategi for kunnskapsoverføring
og læring i forbindelse med samhandlingsreformen¹

JANNY MEESE OG LARS RØNHOVDE

Nøkkelord: samhandlingsreformen, prosjektorganisasjon, pasientforløp, organisasjonslæring, kunnskapsutvikling

Keywords: The Coordination Reform, project organization, clinical pathways, organizational learning

INNLEDNING

Samhandlingsreformen gir kommunene stor frihet når det gjelder valg av organisatoriske løsninger. Reformen legger opp til både kreativitet og reformlojalitet på det lokale nivået, og sikter seg inn på lokal tilpassing i gjennomføringen. Resultatet blir en kombinasjon av fortolkning og organisatorisk fleksibilitet. Samtidig er dette en *ny* type reform ved at den krever kontinuerlig samhandling mellom staten (spesialisthelsetjenesten) og kommunene (primærhelsetjenesten). Denne artikkelen er ment som et bidrag til kunnskapsutviklingen om ulike måter å møte samhandlingsreformen på, ved at vi fokuserer på et ambisiøst samarbeidsprosjekt mellom fem kommuner og ett helseforetak.² Siktemålet med prosjektet var nettopp å utnytte organisatorisk fleksibilitet og muligheter for lokal tilpassing ved å starte innretning mot reformen tidlig. Vi vil i denne artikkelen se på hvordan prosjektets strukturer og prosesser påvirket vilkårene for *kunnskapsdeling og læring* i kommunene. Vi spør om, og i tilfelle hvordan, prosjektet la til rette for kunnskapsutvikling og læring, og om kunnskapene ble internalisert i de ulike kommunene for eksempel i form av relevant handlingskunnskap.

Mye av litteraturen om organisasjonslæring er opptatt av hvordan *organisasjonen* lærer (Cyert og March 1963; March og Olsen 1979). Det er også fokusert en del på hvordan kunnskaper som er utviklet i prosjekt- og utviklingsarbeid internt i organisasjon, kan bli internalisert og legitimert i organisasjonens basisvirksomhet (Kanter 1988; Nonaka og Takeuchi 1995). I vår

case står vi overfor ytterligere utfordringer ved at prosjektet skal forholde seg til flere uavhengige organisasjoner med egne strukturer og kulturer. Læring og utvikling av kunnskaper på tvers av organisatoriske grenser er en vesentlig faktor for å få til de endringer reformen legger opp til. Tidligere forskning på tjenesteavtalene som fulgte i kjølvannet av reformen, tyder på at kommuner og helseforetak ønsker å videreføre samarbeidet på området gjensidig kunnskapsoverføring (Kirchhoff mfl. 2015). I vår forskning er vi ikke bare opptatt av om kommunene tok i bruk «produktet» som ble utviklet i prosjektet, men også om det ble skapt gode forutsetninger for læring og kunnskapsdeling i og mellom kommunene.

LITT OM SELVE PROSJEKTET

Prosjektideen oppstod høsten 2009. Samhandlingsreformen var underveis, med varsel om store endringer (Grimsmo mfl. 2015). Små kommuner var sett på som ekstra sårbare med hensyn til å kunne håndtere så omfattende oppgaver som reformen la opp til ressursmessig og kompetansemessig. Med det utgangspunktet, kombinert med tilgjengelige statlige midler, etablerte tre småkommuner sammen med det regionale helseforetaket et prosjekt med sikte på å utvikle helhetlige pasientforløp. De fikk etter hvert med seg to kommuner til, hvorav en bykommune. Høsten 2010 omfattet prosjektet fem kommuner med til sammen 37 000 innbyggere.

Prosjektet ble initiert på rådmanns- og kommunalsjefsnivå. De definerte problemsituasjonen, konkretiserte hvordan man skulle møte utfordringene, og søkte om prosjektmidler. I tillegg til å skulle utvikle tre *diagnosespesifikke pasientforløp*³ var siktemålene i prosjektsøknaden å utnytte ressursene bedre ved bl.a. å bygge opp *spisskompetanse* i kommunene og etablere systemer for *pasientflyt* mellom kommuner ved over- eller underkapasitet. Videre var et sentralt mål å utvikle systemer for å *dele erfaringer og kunnskaper* på tvers av kommuner, mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og å utvikle system og nettverk for *profesjonssamarbeid*. Prosjektet fikk en hierarkisk struktur der topplederne utgjorde styringsgruppen, avdelings- og enhetsledere utgjorde prosjektgruppen, og profesjonsutøvere ble plassert i prosessgruppene som skulle utforme selve pasientforløpene, én prosessgruppe for hvert pasientforløp. Det ble ansatt en fulltids prosjektleder. Da prosjektet ble avsluttet ved årsskiftet 2012/2013, var to av tre pasientforløp ferdig.

TEORIER OM KUNNSKAPSUTVIKLING, KUNNSKAPSDELING OG LÆRING I ORGANISASJONER

Argyris (Argyris og Schön 1978) sitt utgangspunktet er at vi er bærere av ulike handlingsteorier. De skiller mellom *bruksteorier* og *uttalte teorier*.

Bruksteoriene er mentale modeller som ligger dypt forankret i oss i form av verdier og forestillinger som vi tar for gitt. I organisasjoner kommer bruksteoriene til uttrykk i form av målsettinger, prosesser og strukturer basert på visse grunnleggende forestillinger og verdier. Det er disse teoriene som i størst grad styrer våre handlinger. Med grunnlag i dette skilles det mellom to hovedformer for læring. *Enkeltkretslæring* baserer seg på faste målsettinger og entydig definerte problemoppfatninger, der en prøver å oppnå bedre måloppnåelse gjennom endring av handlinger. *Dobbeltkretslæring* baserer seg på at vi også må problematisere og kanskje også endre eller justere våre målsettinger og de verdier og forestillinger som ligger til grunn for disse. Dette betyr at vi må synliggjøre og justere våre bruksverdier. Dersom en skal få til reell læring, mener Argyris (1978) at vi over tid må få til dobbeltkretslæring, men han peker samtidig på at dette er svært krevende siden det er så vanskelig å synliggjøre bruksverdiene.

Peter Senge (1990) mener en må prøve å skape lærende organisasjoner. En grunnleggende utfordring er da å synliggjøre organisasjonens og medarbeidernes *mentale modeller*. Dette kan skje ved å mobilisere organisasjonsmedlemmenes læringslyst og endringsvilje, noe som krever samarbeid og tillit. Samtidig må medarbeiderne sikres en viss autonomi. Ved å skape kontinuerlige læringsprosesser blir læring en naturlig del av den daglige virksomheten og ikke noe som bare er knyttet til akutte kriser. Læringen må bygge på visjoner og mål om hvor en skal gå. Samtidig må visjonene hele tiden bli utfordret av at organisasjonen får nye innsikter og erkjennelser både om visjonene og sin egen nå-situasjon. I arbeidet med å minske avstanden mellom mål og nå-situasjonen må det etableres en *generativ læringsprosess* der en ikke bare spør hva som hindrer oss i måloppnåelse, men også om disse målene er oppnåelige eller ønskelige. Generative læringsprosesser handler slik om å avdekke *mentale modeller*.

Mens Senge snakker om mentale modeller, er Nonaka opptatt av *taus kunnskap*, og hvordan kontinuerlig kunnskapsutvikling er knyttet til organisasjonens kunnskapsbase. Taus kunnskap omfatter både kognitive fortolkningsrammer og handlingskunnskaper (Nonaka og Takeuchi 1995). For at en organisasjon skal være i stand til å utvikle ny kunnskap, må to typer interaksjon etableres. Det må både skapes interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap langs en epistemologisk akse, og interaksjon langs en ontologisk akse mellom enkeltindivid, på gruppenivå og mellom avdelinger og grupper på organisasjonsnivå. *Individuell taus kunnskap* er basis for prosessene. Interaksjonene mobiliseres og utvikles i organisasjonen gjennom sosial samhandling. Sentralt her står den såkalte SEKI-prosessen.

SEKI-PROSESSEN

De fire elementene i SEKI-prosessen er: *sosialisering* – dele taus kunnskap, *eksternalisering* – forsøke å forvandle taus til eksplisitt kunnskap, *kombineringsring* – utveksling mellom ulike eksplisitt kunnskaper, og til slutt *internalisering* – når eksplisitt kunnskap internaliseres i organisasjonen og blir akkumulert taus kunnskap.

Organisasjonslæringsprosessen starter på individnivå med deling av kunnskap. Denne kunnskapen er i utgangspunktet internalisert taus kunnskap, som en slags implisitt kunnskap som ligger som institusjonaliserte handlingskunnskaper og kognitive forestillinger (Glosvik 2002). Når Nonaka og Takeuchi omtaler dette som taus kunnskap, er det fordi de mener at alle kunnskaper som internaliseres, er tause inntil vi prøver å dele disse med andre. Det er kunnskaper preget av våre egne erfaringer, fortolkninger og følelser. Gjennom eksternaliserings- og kombineringsprosesser kan det utvikles nye kunnskaper som organisasjonen og de enkelte organisasjonsaktørene kan gjøre til sine egne internaliserte kunnskaper, og som vi kan finne igjen i form av endrede handlingskunnskaper og fortolkningsrammer.

Taus kunnskap er et begrep med flere fortolkninger. Grimen (1991) argumenterer for at det finnes tause kunnskaper som ikke lar seg verbalisere. Dermed blir en eksternalisering av kunnskapene svært vanskelig (Filstad 2010). Det er også pekt på at begrepet er for bredt og at en burde skille mellom flere former for tause kunnskaper (ibid.). Eksternaliseringen må derfor utvikles på gruppenivå der kunnskapene kan formidles gjennom både ord og handling, og der en kan bruke for eksempel bilder og analogier for å gjøre kunnskapene forståelige slik at det kan bli enighet om hva de betyr. Det er likevel viktig å være oppmerksom på de problemene denne diskusjonen legger opp til. For eksempel som et grunnlag for ytterligere begrepsutvikling.

FEM MULIGGJØRENDE VILKÅR

For å skape kunnskapsutvikling må organisasjonen legge til rette for fem muliggjørende vilkår: *intensjon*, *autonomi*, *fluktusjon* og *kreativt kaos*, *redundans* og *nødvendig variasjon* (Nonaka og Takeuchi 1995).

Kunnskapsutvikling i organisasjoner har som forutsetning at en hele tiden har fokus på kontinuerlige forbedringer og læring. På samme måten som Senge, mener Nonaka at læring ikke er noe som bare skal skje i forbindelse med spesielle hendelser eller kriser, men bør springe ut av ønsket om forbedringer og realisering av mål og visjoner (Hustad 1998). Prosessene må derfor drives av en *intensjon*. Det er toppledelsens ansvar å utforme intensjonen i en organisasjon, f.eks. gjennom en visjon eller strategi, men denne må være forankret i den operative virksomheten. Medarbeiderne må gis nødvendig autonomi. De må gis tillit som motiverer til å skape ny kunns-

skap, tørre å ta sjanser og våge å gjøre feil. Med *kreativt kaos* peker Nonaka og Takeuchi (1995) på at en må ha fokus på uforutsigbare endringer i omgivelsene. Et hovedpoeng her er selvsagt å sikre at medarbeiderne og organisasjonen hele tida er orientert mot endringer og mulige forbedringer.

Det må være en viss arbeidsdeling i organisasjonen basert på *nødvendig variasjon* i kunnskaper, kompetanse og erfaringer. Dette er viktig for å sikre den nødvendige kompetansen til organisatoriske arbeidsoppgaver, men også for å ha tilstrekkelig beredskap og kreativitet til å møte utfordringer. På den andre siden må en passe på at det er overlapp, eller *redundans*, i kunnskaper, ansvar og arbeidsoppgaver mellom medarbeiderne i organisasjonen på alle nivåer. Utgangspunktet her er en oppfatning om at meningsfull kommunikasjon forutsetter en viss grad av felles identitet og kunnskaper. Overlappende kunnskaper og erfaringer er viktige både horisontalt og vertikalt i organisasjonen – horisontalt i forbindelse med teamarbeid eller prosjektarbeid, og vertikalt for å sikre god kommunikasjon i organisasjonen. Poenget er at kunnskaper og erfaringer fra det operative nivået skal bli oppfattet og forstått på det strategiske nivået, og at de strategiske målene blir oversatt og operasjonalisert for den operative virksomheten. *Mellomnivået* og *mellomlederne* spiller en viktig rolle for å sikre redundans ved at de kan formidle kunnskaper og intensjoner mellom det operative og det strategiske nivået. Nonaka og Takeuchi mener at organisasjoner må struktureres på en måte som tar hensyn til dette. De kaller sin modell for Middle-up-down og plasserer mellomledelsen i sentrum for å sikre kunnskapsflyt og kunnskapsbygging. På denne måten distanserer de seg både fra byråkratisk struktur, med en streng arbeidsdeling, og en flat struktur, der de mener det blir for stor avstand kunnskaps- og erfaringsmessig mellom det operative og det strategiske nivået.

Det er både likheter og skillelinjer mellom Senge og Nonaka i forståelsen av lærings- og kunnskapsutvikling. Begge er opptatt av at hele organisasjonen må trekkes med, og at en må få til en sterk og gjensidig kobling mellom det strategiske og det operative nivået. De har også fokus på det *intensjonale*. Samtidig knytter Nonaka gjennom sitt fokus på *bevisst overlappende kunnskaper og erfaringer* grunnleggende epistemologiske innsikter til strukturelle og prosessuelle trekk ved organisasjonen, illustrert ved modellen Middle-up-down. Nonakas teorier gir også en mer helhetlig tilnærming til studiet av kunnskapsutvikling i organisasjoner. *Eksternalisering*, som har likheter med den *generative læringsprosessen* hos Senge, utgjør bare ett av flere steg i læringsyklusen hos Nonaka. Han er også opptatt av forholdet mellom prosjektorganisasjon og basisorganisasjon, noe som er helt sentralt i vår sammenheng, og han introduserer begrepet *hypertekstorganisasjon*.

HYPERTEKSTORGANISASJONEN OG FEMFASEMODELLEN

Begrepet *hypertekstorganisasjon* er et forsøk på å skape en syntese mellom basisorganisasjon og prosjektorganisasjon (Nonaka og Takeuchi 1995). Hypertekstorganisasjonen består av tre lag. Det nederste laget kalles *kunnskapsbasen*. Dette dreier seg om all den kunnskapen organisasjonen baserer sin virksomhet på. Eksempler kan være visjoner om hva organisasjonen er eller ønsker å bli, kulturelle aspekter og ulike former for informasjon. Sentralt står det midterste laget, *basisorganisasjonen*, som gjør de normale, rutinepregede oppgavene. Til *topplaget*, som består av prosjektteam, hentes medlemmer fra ulike enheter i basisorganisasjonen. Disse teamene kjennetegnes ved at de er dynamiske, fleksible og tilpasningsdyktige. Når prosjektene avsluttes, «overføres» teammedlemmenes nye kunnskaper til *kunnskapsbasen* i organisasjonen, før deltakerne «går tilbake» til basisorganisasjonen. Internalisering av nye kunnskaper i organisasjonen betyr at disse kunnskapene nå blir en del av organisasjonens nye kunnskapsbase. Denne *kunnskapsbasen* utgjør ikke et eget konkret lag i organisasjonen, men kommer til uttrykk i organisasjonen i form av kultur, visjoner, teknologier og oppgaveløsninger.

Hypertekstorganisasjonen må gjennom fem faser der den ontologiske og epistemologiske dimensjonen blir kombinert på ulike måter (ibid.). Første fase er å *dele taus kunnskap*; dette er sosialisering i SEKI-prosessen. Ledelsen må sette sammen team med stor grad av diversitet både i bakgrunn og kompetanse, og de må gis en intensjon med arbeidet. Andre fase er å *utvikle begrep og konsept* gjennom *eksternalisering* av den tause kunnskapen. Viktige vilkår for å oppnå dette er at teamet har autonomi og nødvendig variasjon, men også redundans. I tillegg må en ha fokus på endringer, og arbeidet må være preget av kreativt kaos. I tredje fase må *konseptet rettferdiggjøres* i forhold til intensjon og ønskede verdier og kunne møte kvalitets- og kostnadskrav. Fjerde fase innebærer å forvandle konseptet til en *arketyper*, i form av et produkt, en tjeneste eller en organisatorisk endring. Ulike eksplisitte kunnskaper blir her tatt i bruk og konvertert til ny eksplisitt kunnskap; her snakker vi om kombineringsprosessen i SEKI-prosessen. I denne fasen må en sikre seg at det både er redundans og nødvendig variasjon. I femte og siste fase skal *kunnskap forsterkes og gjøres tverrfaglig*. Ny kunnskap transformeres til organisasjonsnivået og blir tilgjengelig for andre enheter i organisasjonen som kan ta i bruk den nye kunnskapen og benytte den i nye læringssykluser. Kunnskapen er blitt *internalisert* i organisasjonen. For å få til dette må en både sikre redundans og nødvendig variasjon, og de ulike avdelingene må ha nødvendig autonomi med hensyn til hvordan de skal bruke den nye kunnskapen.

DATA OG METODE

Artikkelen trekker veksler på et omfattende datamateriale samlet inn over en periode på over tre år (2010–2014). Arbeidet har vært organisert som følgeforskning, der vi har vært tett på utviklingen av prosjektet og gitt tilbakemeldinger i form av delrapporter (Gjerde mfl. 2012; Gjerde mfl. 2014) og i alt fire muntlige orienteringer til styringsgruppa.⁴ Et sentralt siktemål med følgeforskning er å skape en konstruktiv dialog mellom ulike deltakere i et prosjekt eller tiltak (Sverdrup 2013). Hvorvidt våre tilbakemeldinger bidro til denne type konstruktiv dialog, er vanskelig å vurdere. Siden det i liten grad skjedde kursendringer eller problematiseringer av prosjektets organisering og valg av løsninger underveis, tolker vi dette som at våre rapporter og muntlige orienteringer hadde svært begrenset betydning for prosjektets utvikling.

Datainnsamlingen omfatter observasjon, dokumentanalyse og åpne intervjuer. Hovedtyngden av materialet består av observasjonsdata fra styringsgruppe-, prosjekt- og prosessgruppemøter. Observasjon i små grupper kan medføre forskningseffekt. Vårt inntrykk er at siden prosjektdeltakerne var rekruttert fra ulike organisasjoner og profesjoner og slik var nye for hverandre, ble vår tilstedeværelse som «tause referenter» i liten grad påaktet. I tillegg til våre egne møtereferater er prosessformulert materiale, som søknader, årsrapporter og selve pasientforløpsdokumentene, brukt i analysen av prosjektets utvikling.

Etter prosjektets slutt (januar og februar 2013) ble det gjennomført intervjuer der populasjonen var avgrenset til alle prosjektdeltakerne som var ansatt i kommunene. Til sammen ble 17 personer intervjuet av en populasjon på 19. Intervjuene ble gjennomført på noe forskjellig måte: et gruppeintervju med tre i prosjektgruppa, individuelle intervju med to fra prosjektgruppa og tre fra styringsgruppa, samt åtte e-postintervju med deltakerne i de to prosessgruppene. Som en oppfølging av hvordan utviklingen hadde vært i kommunene i etterkant, ble det 18 måneder etter prosjektavslutninga (august 2014) gjennomført et gruppeintervju med prosjektgruppa.

Mens observasjon og dokumentanalyse var viktig for å forstå prosessene i prosjektorganisasjonen, var intervjuene sentrale for å få innsyn i hva som hadde skjedd med pasientforløpene i kommunene. I intervjuene ble det spurt om hvordan man gikk fram for å utvikle pasientforløpene, altså utvikle ny kunnskap, og hvordan den nye kunnskapen ble brukt i de deltakende kommunene. Å undersøke kunnskapsutvikling og læringseffekt er krevende. For mange av deltakerne kunne det å vurdere læringsevne og kunnskapsoverføring på organisasjonsnivå bli en ganske abstrakt øvelse.

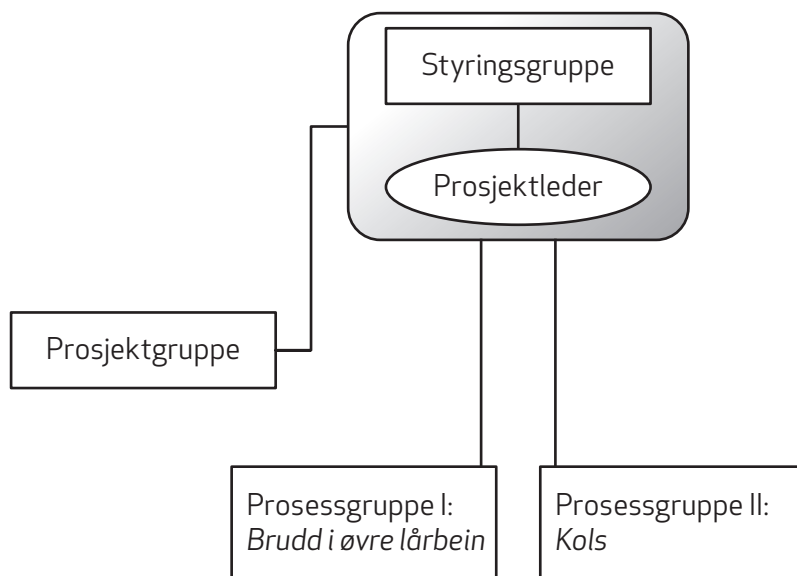
Som helhet kan vår følgeforskning forstås som en casestudie av samarbeidsprosjektet – avgrenset til dette prosjektets organisering og livsløp. En casestudie kjennetegnes av at studieobjektet er avgrenset i tid og rom (Stake

1994). Når det gjelder å belyse problemstillinger knyttet til kunnskapsutvikling og læring, er dette mer komplisert. Den teoretiske informeringen av analysen åpner heller for å se kontinuerlige prosesser (inndelt i sykluser og faser) enn spesifikke og avgrensede forhold tilhørende en case. Vi skal ikke her gå langt inn i diskusjonen av hva som kan regnes for en case, og felles-trekkene vil uansett være mange. På samme måte som for casestudier står samspillet mellom aktører og kontekst sentralt i vår studie, ved å vise hvordan hendelser påvirker hverandre, og hvorfor resultatene blir slik de blir. Og videre kan det stilles spørsmål om hvilken overføringsverdi denne type studie har (Andersen 1997). Til det siste er vårt svar at de problemene som samarbeidsprosjektet tar tak i, matcher både kjernen i samhandlingsreformen og mer generelle internasjonale strømninger der samarbeid framstår som sterke idealer for offentlig styring (Lægreid mfl. 2014). En studie av kunnskapsutvikling og læring går på sett og vis dypere enn studier av hvordan aktører fra ulike organisasjoner og forvaltningsnivå i fellesskap forsøker å finne fram til nye samarbeidsformer, ved at den ser på mer grunnleggende forutsetninger for kunnskapsutvikling og læring i de involverte organisasjonene. Men her ligger også studiens største svakheter. En åpenbar svakhet er knyttet til tidsaspektet – når kan en forvente å observere læringseffekter? Den andre svakheten er særlig knyttet til bruk av intervju som datainnsamlingsmetode: I hvilken grad kan en forvente at kunnskapsutvikling og læringseffekter er erkjent og kan settes ord på av involverte aktører? Her kan det også ses som en svakhet at bare prosjektdeltakere er intervjuet.

OM PROSJEKTET OG PROSESSENE I PROSJEKTET

Samarbeidsprosjektet hadde som overordnet mål å utvikle standardiserte modeller for *helhetlige pasientforløp*. Intensjonen var at disse forløpene også skulle kunne brukes av andre kommuner enn de som var med i prosjektet. Som allerede nevnt hadde de også flere siktemål, men i realiteten ble hele prosjektet konsentrert omkring utvikling av pasientforløpene. Man endte opp med tre diagnosebaserte forløp: *brudd i øvre lårbein*, *kols* og *smertelindring ved kreftbehandling*. De to første forløpene ble utviklet i selve prosjektperioden, mens det siste ble utviklet i etterkant og utvidet til å gjelde palliative pasienter generelt.

Oppbyggingen av prosjektorganisasjonen bestod av *styringsgruppa* på toppen, *prosjektgruppa* på mellomnivået, og *prosessgruppene*, knyttet til hvert av pasientforløpene, nederst. Den heltidsansatte prosjektlederen var kontaktleddet mellom gruppene.



Figur 1: Organisering av samarbeidsprosjektet.

Styringsgruppa bestod av kommunale toppledere, administrerende direktør i helseforetaket, fagforeningsrepresentant, brukerrepresentant, dekan for helsefagutdanningen ved den lokale høyskolen og fastlegerepresentant. Styringsgruppa hadde en formell arbeidsform og struktur. Den hadde hyppige møter og utarbeidet mandat, sammensetning og etter hvert møteplan for prosjektgruppa, og skulle også godkjenne prosessgruppens sammensetning, framdriftsplan, mål og mandat. Den delegerte i liten grad formell myndighet nedover i prosjektorganisasjonen.

Prosjektgruppa, som ifølge prosjektsøknaden var tiltenkt rollen som faglig rådgiver, hadde sitt første møte først ni måneder etter styringsgruppas oppstartsmøte. Gruppa fikk ingen sentral rolle i prosjektet, verken faglig eller praktisk. Den bestod av mellomledere innen helse- og omsorgstjenestene, og disse skulle også være ledere for de lokale prosjektgruppene i kommunene. Prosjektgruppas medlemmer valgte kandidater fra egen kommune til prosessgruppene uten at dette var samordnet internt i prosjektgruppa. I den første prosessgruppa var det tre fysioterapeuter og tre sykepleiere, mens det i andre gruppe i starten kun var sykepleiere. Man måtte etter hvert utvide gruppe to fordi man trengte ergo- og fysioterapikompetanse. I prosessgruppene deltok også en forløpsansvarlig lege og en brukerrepresentant. I alle gruppene var helseforetaket representert, med direktør i styringsgruppa og sykepleiere for øvrig. Styringsgruppa skulle godkjenne de ferdige pasientforløpene etter at forløpsansvarlig lege hadde oppsummert høringsuttalelsene

og gitt en endelig medisinsk godkjenning. Den vertikale informasjonsflyten i prosjektet ble overlatt til prosjektlederen som var ansatt for å lede det praktiske arbeidet. Ikke på noe tidspunkt i løpet av prosjektet møttes gruppene på tvers av nivå, med unntak av det aller siste møtet der styringsgruppa og prosjektgruppa var samlet for første gang.

Fra november 2011 til oktober 2012 ble to av pasientforløpene utarbeidet. Arbeidet i prosessgruppene ble lenge preget av en famlende tilnærming til begrepet 'pasientforløp' og uklarhet rundt hva som ble forventet. Deltakerne hadde liten eller ingen informasjon om prosjektet eller mandatet på forhånd. Gruppeditakerne fra helseforetaket, derimot, hadde erfaring med pasientforløpsarbeid i sykehus og fikk en ledende rolle i fortolkningen av hva dette var. Deltakerne brukte mye tid på å bli kjent med hverandres rutiner, muligheter og utfordringer. De oppdaget mange eksempler på ulike praksis kommunene imellom, og særlig utfordrende var mangelen på et felles og godt fungerende kvalitets- og datasystem som kunne kommunisere med fastleger, sykehus, fysioterapeuter etc. Dette vanskeliggjorde arbeidet med å lage forløp som var lett tilgjengelig for alle.

Mellomledernes betydning i prosjektet ble ytterligere redusert da møteaktiviteten i prosjektgruppa ble halvert etter at arbeidet i prosessgruppene startet opp, mens styringsgruppa fortsatte å møtes like hyppig. Man kunne forventet at styringsgruppa nå hadde fokusert på de andre delmålene som var ført opp i prosjektsøknaden, men dette var ikke på agendaen. Tema som gikk igjen på møtene deres, var orienteringer fra arbeidet i prosessgruppene, regnskap, rapportering og utfordringer rundt kvalitetssystem, IKT og Meldingsløftet.⁵ Initiativtaker og leder for styringsgruppa prøvde å få deltakerne til å konkretisere tiltak for å forberede implementeringen av forløpene, men uten å lykkes. Gruppa berørte nesten ikke de ulike delmålene i prosjektet, eller hvordan overgangen mellom sykehus og kommune kunne forbedres, til tross for at dette var et kritisk punkt i selve pasientforløpene.

Sommeren 2012 var det første forløpet ferdig for implementering. Det andre forløpet ble ferdig i oktober. Da hadde man brukt ca. to år fra idéfasen til man startet det konkrete arbeidet med pasientforløpene. Elleve måneder gikk med til å utarbeide to av tre forløp. Etter hvert som forløpene ble ferdigstilt, ble de presentert og gjennomgått for prosjektgruppa før de ble sendt ut på høring blant annet til alle kommunene i fylket og sykehusene i helseforetaket. Høringsuttalelsene bar preg av at kommunene som uttalte seg, ikke anså pasientforløpene som spesielt interessante eller relevante. En intervjuundersøkelse med administrative kommunale ledere i samme fylke bekrefter dette (Gjerde mfl. 2015).

Prosjektet ble avsluttet i desember 2012 i et felles møte med styringsgruppa og prosjektgruppa. Prosjektgruppa ønsket å opprettholde nettverket de hadde etablert, og ville fortsette å møtes. Styringsgruppa bestemte at

overskuddet fra prosjektet skulle gis til prosjektgruppa med ønske om at de prøvde å utarbeide det tredje forløpet. Da deres arbeid startet vinteren 2013, viste det seg at de hadde lite prosesskunnskap. De som hadde fått inngående prosesskunnskap og faglig innblikk, var i tillegg til prosjektlederen medlemmene i de to prosessgruppene. Som eksternt ansatt prosjektleder forlot hun imidlertid prosjektet da dette ble avsluttet, og tok med seg denne kunnskapen.

I intervjurunden i etterkant ble deltakerne spurt om eget læringsutbytte, om hvordan de opplevde læringsverdien i prosjektet, og om de kunne se at kommunen deres viste økt læringsevne, eller om det var skapt ny kunnskap i kommunen i kjølvannet av prosjektet. De ble spurt om relasjonene mellom de ulike nivåene i kommunen hadde endret seg på noen måte, om det var økt kontakt oppover, og om rådmannsnivået viste interesse for arbeidet på utførnivå. De fikk også spørsmål om hva de syntes om selve organiseringen av prosjektet, og om hvordan implementeringen fungerte i deres kommune.

Intervjuene viste at respondentene hadde ganske sammenfallende syn på hva de hadde vært med på og ringvirkningene av dette. Selve begrepet 'pasientforløp' var i starten ganske ukjent for de fleste deltakerne fra kommunene. Initiativtaker i prosjektet ga uttrykk for at hun ikke var klar over hvor diagnosebasert begrepet var: «Når en brukte ordet 'pasientforløp' i overskriften i søknaden, så visste en kanskje ikke helt omfanget av et pasientforløp» (intervju med initiativtaker). Også for andre kommunale aktører var begrepet fremmed: «Begrepet 'pasientforløp' var for meg ganske ukjent. Mer et helseforetaksbegrep enn et kommunehelsetjenestebegrep» (intervju med medlem av styringsgruppa).

Sykehuset hadde allerede iverksatt pasientforløp, og deltakerne derfra hadde erfaring med å utvikle slike forløp. Det regionale helseforetaket hadde utviklet egne kurs i forløpsmetodikk, som ble brukt i skoleringen av de sykehusansatte. Dette var også utgangspunktet for arbeidet i prosessgruppene og representanten for det lokale helseforetaket som ledet arbeidet i prosessgruppene. Spesialisthelsetjenestens forståelse av begrepet ble derfor styrende for hvordan begrepet ble fortolket og brukt i gruppene. Dette gjaldt også i styringsgruppa i starten av prosjektet. Utfordringen for helseforetakets deltakere var å se for seg hvilke behov og utfordringer et pasientforløp skulle håndtere i en kommunal kontekst, og hvordan man kunne sikre sømløse pasientoverganger begge veier mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i tråd med det som beskrives av Paulsen mfl. (2013). Til tross for at flertallet i styringsgruppa visste lite om sentrale begreper og fagfeltet generelt, ble ikke noen med fagkunnskap i kommunene tatt inn i styringsgruppa. De involverte heller ikke mellomlederne innenfor fagfeltet før prosjektsøknaden var ferdig utformet, prosjektorganisasjonen på plass og arbeidet med konkretiserte mål var klart for iverksetting.

ANALYSE AV PROSJEKTET OG KUNNSKAPSOVERFØRINGEN TIL KOMMUNENE

Utviklingen av prosjektet slik det i korthet er beskrevet her, vil bli belyst med utgangspunkt i Nonaka og Takeuchi sin teori, og vi spør hvordan prosjektets strukturer og prosesser påvirket vilkårene for kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling i kommunene. Nonaka og Takeuchi viser til at man ofte finner mange læringssykluser, der den ene leder til den neste i prosessen med å utvikle kunnskapsbyggende organisasjoner.

Første læringssyklus startet med signaler om at samhandlingsreformen skulle iverksettes. I denne syklusens første fase ble det etablert sosialisering- og eksternaliseringsprosesser ved at aktører på ledernivå forsøkte å forstå og konkretisere hva reformen innebar for kommuner og helseforetak. Initiativtakeren, sammen med en leder fra helseforetaket, hadde uformelle møter, og intensjonen var å identifisere og sette ord på utfordringene og tolke intensjonene i reformen for å være godt forberedt når den skulle iverksettes. De fikk med seg to andre kommuner, og i en glidende overgang til andre fase skjedde det en eksternalisering, som ble artikulert gjennom begrepet 'helhetlige pasientforløp'. Reformen representerte vesentlige endringer i organisasjonens omgivelser, altså stod man overfor en form for *kreativt kaos*. De kommunale lederne hadde nødvendig *autonomi*, men prosjektets organisering og sammensetning ga svak faglig *redundans*, for eksempel mellom styringsgruppa og prosjektgruppa. Strategien ble utviklet av styringsgruppa uten forutgående prosesser som involverte lavere nivå i prosjektet eller det operative nivået i kommunene.

Styringsgruppa bestod i hovedsak av administrative ledere, og hadde i begrenset grad sikret *nødvendig variasjon*. I tredje fase utarbeidet gruppa en prosjektsøknad som kombinerte ny eksplisitt kunnskap om hvordan reformen kunne møtes, med eksplisitt kunnskap om lokale forhold. I fjerde fase fikk de aksept for konseptet sitt da Helsedirektoratet innvilget prosjektsøknaden.

Andre læringssyklus har vi definert som gjennomføringen av selve prosjektet. Nå var fem kommuner med. I første fase skjedde deling av taus kunnskap gjennom sosialisering og delvis eksternalisering, der deltakerne i prosjekt- og prosessgruppene ble kjent med hverandre, prøvde å finne fram til felles forståelse av prosjektets kjernebegreper og etter hvert bli kjent med hverandres definisjoner, ståsted og tenkemåter. Det nødvendige vilkåret i denne fasen er *intensjon*, og den var allerede gitt i første læringssyklus. Deltakerne trengte tid til å sette ord på egen taus kunnskap som var internalisert i rutiner og prosedyrer.

I andre fase utvikles vanligvis begrep og konsept ifølge Nonaka og Takeuchi (1995). Dette var allerede gjort i prosjektet i første læringssyklus da man bestemte seg for å lage diagnosebaserte pasientforløp. Oppgaven ble derfor

å gjøre eksplisitt hva som måtte være med i et slikt pasientforløp. Prosjektgruppa drøftet hva slags mal som skulle brukes – sykehusmalen eller andre maler. Men mye var uklart: «Jeg jobbet mye første tida for å skjønne hva prosjektet skulle være for noe. Jeg jobbet mer med å forstå det enn å påvirke det» (gruppeintervju med prosjektgruppa). I prosessgruppene var man opp-tatt av å finne en form som ivaretok alle behov, og i styringsgruppa skjedde eksternaliseringen ved at de utarbeidet mandat og mål og finslpte prosjektstrukturen. De fire villkårene som, ifølge teorien, burde være på plass i denne fasen, var i mindre grad ivaretatt. Prosessgruppene hadde *autonomi* når det gjaldt å fylle forløpene med faglig innhold, men rammene var styrt gjennom styringsgruppas vedtak om diagnosebaserte pasientforløp, og hvilke forløp som skulle utvikles. Prosjektet hadde potensial til å sikre god *redundans* ved at både toppledere, mellomledere og helsearbeidere var involvert, og at det var en viss bredde i profesjonssammensetningen. Strukturen i prosjektet bidro til at muligheten for overlapp i liten grad ble utnyttet fordi man ikke dannet grupper eller møtesteder der alle disse nivåene og profesjonene møttes.

Tredje fase, rettferdiggjøring av begrep og konsept, hvor prosjektteam tar med seg sine nye begrep og konsept og presenterer disse for oppdragsgiverne for godkjenning (Nonaka og Takeuchi 1995), er en overflødig fase i et prosjekt der styringsgruppa selv hadde stått for dette. I fjerde fase skal da ulike eksplisitte kunnskaper kombineres før en utformer en arketyp. Det betyr å innhente og sette eksisterende kunnskaper fra andre kilder sammen med gruppens nye eksternaliserte kunnskaper. Pasientforløpene kan forståes som slike nye kunnskapssystemer.

Ved å etablere en stram linjestyring passet styringsgruppa på at bestillingen ble utført slik målformuleringen forutsatte. En slik klassisk, hierarkisk modell åpnet ikke for innspill fra andre verken i forkant eller underveis i prosjektet. Man ekskluderte også mellomledelsen i prosjektgruppa som et faglig og meningsbærende nivå. Mellomledelsen bidro kun til praktisk tilrettelegging for prosjektets gjennomføring, og åpnet ikke for kunnskapsflyt på tvers av gruppene og for læringsprosesser som ikke var forhåndsdefinert. Ved å organisere prosjektet på denne måten utnyttet man ikke den typiske prosjektorganisasjons fleksible, dynamiske og læringsorienterte egenskaper. I stedet strammet man til strukturen og sikret full kontroll med en konkretiserbar måloppnåelse. Prosessene fikk et instrumentelt preg der man var opptatt av å realisere et forhåndsdefinert produkt.

Det var deltakerne i prosessgruppene og prosjektleder som var i besittelse av selve prosesskunnskapen knyttet til det å utarbeide pasientforløp. Som et resultat måtte mellomlederne i prosjektgruppa skaffe seg prosesskunnskapen i etterkant da de på egen hånd gikk i gang med det tredje forløpet.

Tredje læringssyklus dreier seg om at kunnskap skal internaliseres i kommunene. Ett og et halvt år etter at prosjektet formelt var ferdig, avsluttet prosjektgruppa arbeidet med det tredje pasientforløpet. Intervjuet av gruppa i august 2014 støtter observasjonen rett etter at prosjektet var avsluttet, om at implementering av pasientforløpene ikke fungerte godt og at læringseffekten på organisasjonsnivå var liten. Prosjektgruppa hadde også i etterkant holdt seg lojalt til prosjektets intensjon ved å utvikle det tredje forløpet etter samme mal som de to første, selv om de også erkjente at de to første ikke var tatt i bruk, og som system heller ikke løste de daglige utfordringene. De var også enige om at samhandling mellom kommuner, leger og helseforetak var fraværende, og at ansatte i helseforetaket så ut til å kjenne lite til forløpene.

De deltakende kommunene skulle bidra til at prosjektet ble gjennomført på en god måte. Men de skulle også sikre at det vi har definert som prosjektets to læringssykluser, kunne lede til at en tredje læringssyklus, knyttet til involvering og implementering, kunne skje i deres egen kommune. For å oppnå dette måtte man lykkes med å utvikle metoder for kunnskapsutvikling og kunnskapsdeling. I den enkelte kommune var et begrenset antall personer involvert i prosjektet. Det var én person fra øverste ledelse med i styringsgruppa, i snitt to til fem personer på mellomleder- og frontlinjenivå i den kommunale prosjektgruppa, og det var én helsearbeider med i hver prosessgruppe, med unntak av bykommunen der samme person var med i begge de første prosessgruppene. Et fellestrekk ved de fire småkommunene er at de har få institusjoner, kanskje bare én eldreinstitusjon og én hjemmetjenesteenhet, én til to fysioterapeuter og én eller ingen ergoterapeuter. Bykommunen, derimot, har mange eldreinstitusjoner og større enheter for ergo- og fysioterapi, egen kreftsykepleier, psykiatrisk sykepleier, osv. Til tross for en stor og sammensatt organisering av helsetjenestene ble det ikke etablert en kommunal prosjektgruppe i bykommunen. Samlet antall personer som ble involvert i prosjektet i småkommunene, var ca. åtte personer, mens i den største kommunen var det kun tre. Bykommunens prosjektgruppedeltaker fortalte i intervju: «Vi ser jo at vi skulle jobbet mere med implementeringsbiten fra dag én. Det går på forankring ute i enhetene. Måten vi er organisert på og størrelsen vår, er vår svakhet» (intervju med prosjektgruppedeltaker).

Første fase, altså sosialiseringen i kommunene, var vanskelig å identifisere. Ikke i noen av kommunene fortelles det om at det ble aktivt etablert uformelle møteplasser eller åpne fora tilrettelagt for deling av kunnskap. Noen organiserte formelle informasjonsmøter tidlig i prosjektet, men det var det eneste. Ved å delta i prosjektet sier deltakerne at de ble selv mer oppmerksomme på taus kunnskap på egen arbeidsplass ved at de begynte å registrere måter de selv og kollegaer gjorde ting på. I en av kommunene var den lokale prosjektlederen sentralt plassert rent fysisk i sykehjemsavde-

lingen. Det bidro til en ramme som la til rette for samhandling, synkronisering av mentale modeller og testing av begrepsforståelse. Det styrket den vertikale kunnskapsdelingen mellom prosjektgruppedeltakeren og den ene prosessgruppedeltakeren som jobbet ved samme avdeling. For alle kommunenes prosessgruppedeltakere gjaldt nok at mye av den tause fagkunnskapen og kontekstspesifikke kunnskapen er felleseie for kollegaene ved en avdeling. Slik taus kunnskap utfordres når den skal utdypes og hentes fram. *Intensjon* er det viktigste vilkåret i denne fasen. Den var allerede definert i prosjektet og tatt med til kommunenes deltakere. Samtidig fortalte flere fra toppleder- og mellomledernivået at man oppfattet prosjektet som kommunens måte å møte samhandlingsreformen på, at det var selve svaret på reformen.

I andre fase skal man utvikle begrep og konsept. I og med at konseptet allerede var konkretisert som pasientforløp, ville eksternalisering her bety at man prøvde å formulere hva som ligger i begrepet. Deltakerne må artikulere hva man tror egen rolle skal være, hva dette krever av den enkelte, og hvordan de skal gå fram for å løse oppgaven. Taus kunnskap om lokale forhold når det gjelder framtidige, forventete pasientbehov innen ulike diagnoser, må eksternaliseres for å kunne vurdere hvor relevant sykehusstatistikken som ble innhentet om bl.a. pasientstrømmer og diagnoser i regionen, er for egen kommune osv. Antakelser om egen virksomhet må konkretiseres og verifiseres. De ansatte i kommunene hadde begrenset *autonomi* når det gjaldt å påvirke hva som kunne være gode løsninger, i og med at fasit allerede var definert i prosjektmålene.

Redundans og nødvendig variasjon kan her ses i sammenheng. Det var litt forskjellig praksis i kommunene når det gjaldt rekruttering til gruppene, men fellestrekkene var at man rekrutterte avdelingsledere, sykepleiere, fysioterapeuter og enhetsledere. Den minste kommunen fikk med sin kommunelege i de to lokale prosjektgruppene. Det var ganske god profesjonssammensetning og vertikal representasjon, men det var ingen organisert overlapping av kunnskaper på tvers av sektorer, for eksempel ved at IT-avdelingene var involvert. Det ville åpnet for kunnskapsdeling om felt som normalt ikke tilligger de enkeltes arbeidsoppgaver, og som kunne bidratt til å løse eller i hvert fall belyse IKT-problemene som hemmet utarbeidelsen og senere implementeringen av pasientforløpene.

I tredje fase skal begrep og konsept rettferdiggjøres. Dette ble ivaretatt i prosjektet i og med at det var styringsgruppa som hadde definisjonsmakten. Rettferdiggjøringen av begrep og konsept hadde liten plass i den kommunale prosessen fordi det allerede var fastlagt gjennom prosessene i prosjektet. Strategien med pasientforløp var utviklet i prosjektet, først og fremst på overordnet nivå, og innholdet ble utviklet i prosessgruppene og vedtatt av styringsgruppa.

I fjerde fase utformes en arketype eller prototype. I denne fasen skal eksplisitt kunnskap rekonfigureres gjennom å *kombinere* både nye og eksisterende eksplisitte kunnskaper for å systematisere begrep og konsept til å bli *nye kunnskapssystemer* (Nonaka og Takeuchi 1995). Pasientforløpene er en slik prototype som må kobles til kommunenes eksplisitte systemer og rutiner. Eksempler på dette er IKT-systemer, vedtaksrutiner og kvalitetssystemer. Prosedyrene beskrevet i forløpet må framstå som bedre og tydeligere enn eksisterende rutiner for at de ansatte skal ta dem i bruk og få ny kunnskap som kan oversettes og internaliseres i den enkeltes kunnskapsbase og derigjennom bli en del av kommunenes kunnskapsbase. Prosedyrene må gå igjennom en legitimeringsprosess.

Implementeringsfasen i kommunene og *kombineringsfasen* i SEKI-prosessen har mye til felles. Det er det samme kravet til redundans og nødvendig variasjon i fjerde fase som i fase to. Ifølge femfasemodellen ville implementeringen i fjerde fase gått lettere dersom disse to vilkårene var godt oppfylt i fase to, fordi kombineringsprosessen allerede da ville ha et rotfeste i organisasjonen og hos de aktuelle aktørene gjennom etablert diversitet og overlappende kunnskap i organisasjonen. Pasientforløpene skulle også være redskaper og kunnskapsbase for pasienter og pårørende. Implementeringsfasen måtte derfor også ha inkludert brukerne, noe vi i liten grad finner spor av. Også andre studier viser at brukerne ble lite involvert i prosesser knyttet til iverksetting av samhandlingsreformen (Brekke mfl. 2015; Ljunggren mfl. 2015).

Styringsgruppedeltakerne tok ikke synlig ansvar for å legge til rette for en god implementeringsprosess i egen kommune. Ingen ble gitt et formelt ansvar for implementeringen. Ingen, verken i prosjektgruppa eller prosessgruppene, rapporterte i intervjuene om engasjement og involvering fra den øverste ledelsen utover at noen deltok på informasjonsmøter. Intervjumaterialet preges gjennomgående av pessimisme: «Er usikker på om kommunen sitter igjen med noe etter dette» (intervju med prosessgruppedeltaker). De lokale prosjektgruppelederne hadde begrenset tid og kapasitet til å følge opp. Av de lokale prosjektgruppene som fremdeles eksisterte på slutten av prosjektperioden, var flere under oppløsning. Dermed ble det som kunne vært et sentralt nettverk på mellomledernivå internt i kommunen, ikke vedlikeholdt og tatt i bruk når pasientforløpene skulle iverksettes.

Noe som går igjen når prosjektgruppedeltakerne skal forklare hvorfor implementeringen lyktes i så liten grad, er at man i perioden opplevde en del utskiftninger og sykdomsfravær på mellomledernivå som påvirket muligheten for kontinuitet og langsiktighet. En annen faktor var tid og prioritering av oppgaver. I en travel hverdag tapte prosjektet kampen om oppmerksomheten. Flere av kommunene jobbet også parallelt med intern omorganisering for å håndtere samhandlingsreformen. De fleste prosessgruppedeltakerne

hadde ingen kontakt med egen lokal prosjektgruppe, og bare tidvis med prosjektgruppelederen. Utskiftninger av personell, sykefravær og oppstart av parallelle omorganiseringer er uforutsigbare risikofaktorer i implementeringsprosesser. Mangel på frigjort tid og organisering utenfor den den ordinære organisasjonslinjen går også igjen i andre kommunale prosjekter som ikke blir videreført (Røsstad mfl. 2015).

I *femte fase* skal kunnskapen forsterkes og gjøres tverrfaglig. Her må kommunene ikke bare oppdage, men også utnytte og videreutvikle den nye kunnskapen (Nonaka og Takeuchi 1995). Hvis evnen til å skape kunnskap institusjonaliseres og avleires i basisorganisasjonene som ny akkumulert kunnskap, tenker man seg at det kan bli utviklet nye læringsprosesser. I den minste kommunen i prosjektet ville det betydd at man tok i bruk pasientforløpene, tilpasset det til egne forhold og kanskje utviklet andre typer forløp. Det ville også betydd at selve læringsmetodikken med å tenke tverrfaglig, sikre overlapping av kunnskaper, skape kontekstuelle rammer for deling av taus kunnskap og gi rom for prøving og feiling ble internalisert i kommunen. Sykepleieren i denne kommunen som var med på å utvikle ett av forløpene, har i etterkant fått hovedansvar for pasienter på sykehjemmet med denne diagnosen. Hun skriver: «Vi tar imot dårligere pasienter enn før, og vi beholder dårligere pasienter enn vi gjorde før. Vi har omorganisert litt på bemanninga slik at det er mer fagpersonell på korttidsavdelingen, så vi er bedre rustet for dårligere pasienter» (e-postintervju med prosessgruppedeltaker).

Dette er den *eneste* kommunen som rapporterer om en viss læringseffekt med innvirkning på hvordan man håndterer pasienter med den aktuelle diagnosen. Det er nærliggende å se utsagnene til den lokale prosjektlederen om egen nærhet til avdelingen og oppfølging av arbeidet med pasientforløpet i sammenheng med hvordan man i etterkant helt konkret håndterte gjeldende pasientgruppe. Samtidig må det nevnes at allerede før prosjektet ble igangsatt, behandlet kommunen pasienter med denne diagnosen i langt større grad enn hva som var vanlig i de andre kommunene. Kommunen hadde altså en tradisjon for å håndtere alvorlig syke mennesker med denne diagnosen i egne institusjoner. Dette er et institusjonelt trekk som ser ut til å ha påvirket kommunens evne til å ta i bruk ny kunnskap skapt i prosjektet. Her må det også nevnes at den aktuelle kommunen er en øy, og at en dermed kan ha tradisjon for å håndtere utfordringer lokalt. Når det gjelder internalisering av den nye kunnskapen i *hele* kommuneorganisasjonen, ser vi derimot ikke mer av dette her enn i de andre kommunene.

FEMFASEMODELLEN OG SAMARBEIDSPROSJEKTET

Samlet sett viser vår følgeforskning at til tross for at prosjektet har utviklet ny kunnskap, og at deltakerne i prosessgruppene rapporterer om individuell læring, lykkes man i svært liten grad med å få kommunene til å ta i bruk denne kunnskapen.

En grunnleggende utfordring for alle organisasjoner er å skape gode vilkår for synliggjøring og refleksjon rundt egen handlingskunnskap og de verdier og forestillinger denne kunnskapen bygger på (Argyris og Schön 1978). Senge og Nonaka peker også på at en ikke kan utvikle en strategi uten at denne har en kobling til erfaringer, utfordringer og kunnskaper på det operative nivået (Senge 1990; Nonaka og Takeuchi 1995). For Nonaka er mellomlederne i en slik sammenheng viktige formidlere mellom nivåene. I lys av dette burde prosjektgruppa spilt en langt mer sentral rolle i prosjektet, både i forbindelse med utviklingen av strategi og i forbindelse med å gjøre denne strategien operasjonell i primærhelsetjenesten. Dessuten skulle prosjektet vært bedre forankret i kommunene, ikke minst i den operative virksomheten. Nå ble diagnosebaserte pasientforløp etablert som en toppstyrt strategi med grunnlag i et vedtak i styringsgruppa, uten at dette hadde forankring i det operative nivået og dermed heller ikke i kommunenes kunnskapsbase.

Med hensyn til femfasemodellen har vi sagt at den femte fasen må foregå i kommunene, de som skal ta i bruk den nye kunnskapen må oppfatte den som relevant og legitim. Det er det som i tråd med modellen skal skje i tredje fase, men som ikke ble realisert i kommunene. Man må finne ut hva denne nye kunnskapen betyr i forhold til den kunnskapen man har handlet ut fra tidligere, og man må finne ut hvordan den skal kunne tilpasses lokale forhold. Her må man trekke med seg faglige kunnskaper og erfaringer knyttet til tjenesten generelt og med grunnlag i lokale forhold spesielt. Dette krever at man også må innom den fjerde fasen.

Hvis man skulle handle i tråd med den teoretiske tilnærmingen, burde prosessen ha startet i de enkelte prosjektkommunene der de som jobbet i den operative virksomheten, ble aktivert med grunnlag i prosjektets visjoner, for i dialog med deltakerne i prosjekt- og prosessgruppene å få fram relevante problemstillinger og utfordringer. Dette hadde også lettere sikret prosjektet legitimitet, engasjement og lokal tilpasning underveis. Nå ble det riktignok etablert lokale prosjektgrupper i de enkelte kommunene, men disse ble i liten grad aktivisert og hadde i beste fall en uklar kobling til selve prosjektet.

Prosjektets strategi og struktur kan forklares ut fra at det var det administrative ledernivået i kommunene som først så utfordringene med samhandlingsreformen. Prosjektet ble dermed preget av ledernes vurderinger og en økonomisk-administrativ logikk. Dette er trolig ikke noe som gjelder spesielt for våre fem kommuner. Rådmannsnivåets sentrale rolle bekreftes også i andre studier av kommunenes første møte med samhandlingsrefor-

men (Aarseth mfl. 2015). 'Pasientforløp' ble oppfattet som et sentralt begrep i samhandlingsreformen. Prosjektledelsen fant det derfor strategisk å bruke dette begrepet både i forbindelse med søknad om økonomisk støtte og i forbindelse med innretningen på selve prosjektet. Faglig bistand til veiledning og utvikling av pasientforløp i kommunene ble hentet fra sykehuset som deltok. Sykehuset hadde allerede tatt i bruk pasientforløp, og det var derfor en nærliggende løsning at man kopierte det som var utviklet der. Vi ble ikke kjent med at det foregikk en faglig prosess og diskusjon om selve konseptet 'pasientforløp', selv om vi i vår følgeforskning påpekte at arbeidet var preget av spesialisthelsetjenestens diagnoseorientering (Gjerde mfl. 2012). I et annet prosjekt kom det fram at grunnleggende forskjeller i kultur og målsettinger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gjør at diagnosebaserte forløp ikke er funksjonelle og bærekraftig i primærhelsetjenesten (Røsstad mfl. 2015).

AVSLUTNING

Prosjektet hadde som hovedmål å utvikle tre pasientforløp. Dette målet ble realisert, om enn noe på overtid. Slik sett var prosjektet vellykket. Levitt og March (1996) hevder at suksess i organisasjoner er tvetydig, og avhenger av hvordan suksessen tolkes i ettertid. Vurdert 18 måneder etter prosjektavslutning var prosjektet mindre vellykket sett i forhold til iverksetting av pasientforløpene i de deltakende kommunene. Det er også vanskelig å spore kunnskapsutvikling i kommunene med grunnlag i prosjektet. Vi antar at mye av årsaken til dette ligger i prosjektets organisering og i hvordan prosessene ble styrt. En toppstyrt prosjektorganisasjon med fokus på realiseringen av målene om å utvikle pasientforløp ga arbeidet et instrumentelt preg. Produktet som skulle realiseres, var allerede definert. Prosjektets organisering ble slik en hindring for kunnskapsutvikling og læring slik dette er beskrevet av Nonaka og Takeuchi (1995).

Det kan videre reises spørsmål om hvorvidt prosjektets hierarkiske organisering og lojalitet til hovedmålene i søknaden også skjermet mot innspill fra følgeforskningen. Siden følgeforskning foregår samtidig med prosessene som studeres, vil forskerens oppgave være i samarbeid med deltakerne å trekke ut det som kan læres, med henblikk på videre utvikling (Seegaard 2006). Verdien av undervisningsrapportering er slik knyttet til hvorvidt den bidrar til læringsprosesser i prosjektet. Våre tilbakemeldinger i form av rapporter og muntlige orienteringer gikk til styringsgruppa, og vi kom ikke i dialog med mellomledere (i prosjektgruppa) eller profesjonsutøvere (i prosessgruppene). Hvorvidt innspill direkte til disse gruppene kunne hatt betydning for prosjektets utvikling, er selvsagt et åpent spørsmål. Men

eksempelet illustrerer noen mer allmenne utfordringer knyttet til organisatoriske betingelser for dialogbasert prosessanalyse.

Erfaringene fra prosjektet handler også om betingelser for kunnskapsoverføring mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i mer generell forstand. I det studerte prosjektet kan valget av tre pasientforløp med utgangspunkt i spesifikke diagnoser forstås som en ensidig overføring av kunnskap, der spesialisthelsetjenesten blir forbilde både når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier. I et slikt perspektiv har manglende iverksetting ikke bare sammenheng med organisering og virkemåte, men også med *innholdet* i det som skulle iverksettes. Kommuner og sykehus er grunnleggende forskjellige når det gjelder ressurstilgang, teknologi, kompetanse, tidsperspektiv og syn på pasientrollen (Kirchhoff, Grimsmo og Brekk 2015). Det er grunn til å anta at drøftingene, og all den tiden som ble brukt i gruppene, om forståelse av oppdraget og begrepet 'pasientforløp', i bunn og grunn reflekterer kultur- og organisasjonsforskjeller. De diagnosebaserte forløpene ble i liten grad relevante i primærhelsetjenesten, noe som både bekreftes av høringsuttalelser og av andre studier (Røsstad mfl. 2015).

Senge (1990) hevder at det er ofte feil og mistak som gir den rikeste erfaring når det gjelder læring i og på tvers av organisasjoner. Senge kritiserer dermed måten vi vanligvis belønner suksess og ser ned på feil. I dette prosjektet vil vi anta at til tross for manglende iverksetting av pasientforløpene kan prosjektet gi grunnlag for læring og innsikter som kan anvendes i nye situasjoner. Det er ingen tvil om at mange prosjektdeltakere satt igjen med et stort personlig læringsutbytte, og verdsatte den innsikten de fikk både i andre kommuners og spesialisthelsetjenestens praksis. Noen peker også på at prosjektet medvirket til å utvikle en mer realistisk forståelse av hvor krevende samarbeid kan være: «Har lært mye om hva som må være på plass for å drive store prosjekt sammen med mange parter. Kommunen har lært noe om hva man kan og må samarbeide om. Og hva man kan håndtere selv» (intervju med styringsgruppemedlem).

Erfaringene gir grunnlag for refleksjon også utover prosjektets nedslagsflate. Det kan gjelde bruk av prosjekter som del av en nasjonal strategi for endring og utvikling, samtidig som det stilles strenge krav til målformulering og resultatdokumentasjon. Og endelig kan erfaringene være en påminnelse til følgeforskere om at faren for å bli betydningsløs kan være like reell som frykten for å skulle studere prosesser en selv har skapt.

NOTER

- 1 Artikkelen inngår som en del av SPIS-prosjektet som er en del av evalueringen av samhandlingsreformen (EVASAM).
- 2 I artikkelen brukes 'helseforetak' og 'sykehus' synonymt.

- 3 Pasientforløp kan legges opp ut fra både diagnose og funksjonalitet. For spesialisthelsetjenesten kan det synes naturlig å basere seg på diagnose ettersom det er det som er utgangspunktet for behandlingen. For primærhelsetjenesten er dette problematisk ettersom de i større grad skal være opptatt av funksjonaliteten til personen det gjelder, både i forhold til den totale helsesituasjonen og i forhold til livssituasjonen for øvrig.
- 4 Som ledd i arbeidet med følgeforskningen ble det også skrevet en masteroppgave (Meese 2013).
- 5 Nasjonalt meldingsløft startet i 2008 og er et program som blant annet skal bidra til effektiv meldingsutveksling mellom helseforetak, legekantor og kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.

REFERANSER

- Andersen, S.S. (1997). *Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Argyris, C. og D.A. Schön (1978). *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Brekke, Å. og R. Kirchhoff (2015). Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? *Nordiske Organisasjonsstudier* 17 (3): 37–62.
- Cyert, R.M og J.G. March (1963). *A Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gjerde, I., J. Meese, L. Rønhovde, I. Stokke og T. Aarseth (2012). *Helhetlige pasientforløp: Del 1*. Høgskolen i Molde, Arbeidsnotat.
- Gjerde, I., J. Meese, L. Rønhovde og T. Aarseth (2014). *Helhetlige pasientforløp: Del 2*. Høgskolen i Molde, Arbeidsnotat.
- Gjerde, I., H. Torsteinsen og T. Aarseth (2015). Kommunenes møte med samhandlingsreformen – om grensekryssinger med og uten kart. I: Ø. Strand, E. Nettet og H. Yndestad (red.), *Fragmentering eller mobilisering? Regional utvikling i nordvest*. Fjordantologien 2014, Forlag1.
- Glosvik, Ø. (2002). Om læring på ulike nivå i organisasjoner. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* 18: 117–141.
- Grimen, H. (1991). *Taus kunnskap og organisasjonsstudier*, LOS-senter Notat 91/28
- Grimsmo, A., R. Kirchhoff og T. Aarseth (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17 (3): 3–12.
- Hustad, W. (1998). *Lærende organisasjoner*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Kanter, R.M. (1988). When a Thousand Flowers Bloom: Structural, Collective, and Social Conditions in Organizations. *Research in Organizational Behaviour* 10: 169–211.
- Kirchhoff, R., A. Grimsmo og Å. Brekke (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning* 18 (2): 125–141.
- Levitt, B. og J.G. March (1996). Organizational learning, I: M.D. Cohen og L.S. Sproull (red.), *Organizational Learning* (s. 516–540). Thousand Oaks: Sage.
- Ljunggren, B., H.H. Kleiven og M. Solbjør (2015). Strukturering av oppdragsnettverk: Likeverd og makt i samhandlingsreformens avtaleutforming. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17 (3): 13–36.
- Lægred, P., T. Randma-Liiv, L.H. Rykkja og K. Sarapuu (2014). Introduction: Emerging coordination Practices in European Public Management. I: P. Lægred mfl. (red.), *Organizing for Coordination in the Public Sector. Practices and Lessons from 12 European Countries*. Palgrave Macmillan.

- March, J. og J.P. Olsen (1979). *Ambiguity and Choice in Organizations*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meese, J. (2013). *Kunsten å lære. Bidrar bruk av prosjekt til at eierkommunene utvikler bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring?* Høgskolen i Molde.
- Nonaka, I. og H. Takeuchi (1995). *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- Nonaka, I. og D. Teece (2001). SECI. Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. I: I. Nonaka og D. Teece (red.), *Managing Industrial Knowledge. Creation, Transfer and Utilization*. London: Sage Publications Ltd.
- Paulsen, B., T.Ø. Romøren og A. Grimsmo (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care* 13 (1). Januar–March.
- Røsstad T., H. Garåsen, A. Steinsbekk, E. Håland, L. Kristoffersen og A. Grimsmo (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research* 15:86.
- Seegaard, B.S. (2006). Refleksivitet i følgeforskning. Strategi, roller og utfordringer. Fagkonferansen 2007, Trondheim 3–5 januar. Paper.
- Senge, P. (1990). *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday.
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. I: N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Sverdrup, S. (2013). Følgeforskning som en nyere tendens i norsk evaluering. Hva er det og hvordan kan det gjennomføres? I: A. Halvorsen, E.L. Madsen og N. Jentoft (red.), *Evaluering. Tradisjoner, praksis, mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aarseth, T., K. Bachmann, I. Gjerde og G. Kaurstad Skrove (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier* 17 (3): 109–133.

SAMMENDRAG

Artikkelen analyserer et samarbeidsprosjekt mellom fem kommuner og helseforetaket i samme region, i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen.

Artikkelen ser på hvordan prosjektorganisasjonen og relasjonen mellom prosjektorganisasjonen og basisorganisasjonene påvirker kunnskapsdeling og kunnskapsutvikling i operativ og administrativ virksomhet i basisorganisasjonene. Det blir fokusert på hvordan kunnskaper blir utviklet i prosjektet, og hvordan og i hvilken grad disse kunnskapene blir internalisert i de ulike kommunale virksomhetene, for eksempel som relevant handlingskunnskap. Prosjektet har en rekke målsettinger, men det konsentrerer seg i praksis om utvikling av tre helhetlige, diagnosebaserte pasientforløp. Pasientforløpene blir utviklet, men de blir i liten grad tatt i bruk i kommunene.

SUMMARY

This article analyses a co-operative project between five municipalities and one hospital trust related to the implementation of The Coordination Reform. The article is focusing on how the project organization and the

relationship between the project organization and the basic organizations influence the sharing of knowledge, and the furthering of knowledge, in the operative and administrative activities in the municipalities. This means that the article is focusing on how knowledge is developed in the project, and how, and to what degree the knowledge is internalized in the municipalities, for example as relevant action knowledge. The project had several goals, but the work was concentrated around developing three disease based clinical pathways. These pathways are developed in the project, but they are not used very much in the municipalities.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Janny Meese har mastergrad i samfunnsendring, organisasjon og ledelse fra Høgskolen i Molde. Hun har vært engasjert som forskningsassistent ved Høgskolen i Molde for å arbeide med samarbeidsprosjektet i samhandlingsreformen.

E-post: j.meese@online.no

Lars Rønhovde er førsteamanuensis i statsvitenskap ved Høgskolen i Molde. Han er cand.polit. fra Universitetet i Bergen med hovedfag i administrasjons- og organisasjonsvitenskap. Han arbeider med temaer knyttet til organisering og omorganisering av offentlig virksomhet, og har i den forbindelse også deltatt på SPIS-prosjektet.

E-post: lars.ronhovde@himolde.no

Mot samhandlingskommunen?



Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform

TURID AARSETH, KARI E. BACHMANN,
INGUNN GJERDE OG GURI KAURSTAD SKROVE

Nøkkelord: samhandlingskommunen, institusjonelle logikker, desentralisert spesialisering, integrasjon, sentralisering

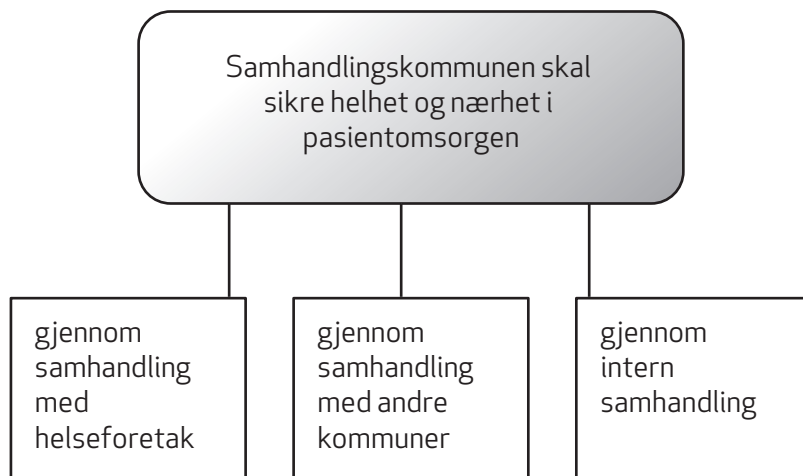
Keywords: The Collaborating Municipality, institutional logics, decentralized specialization, integration, centralization

INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING

Forholdet mellom stat og kommune representerer en vesentlig dynamikk i utviklingen av de nordiske velferdsstatene. I Norge ga overføring av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene til staten i 2002 en klar sentralisering, mens samhandlingsreformen 10 år senere vektlegger desentralisering. St.meld. nr. 47 (2008–2009) har «en ny framtidig kommunerolle» som ett av i alt fem hovedgrep. Kommunene skal få en mer sentral rolle, noe som både begrunnes med at kommunene er best i stand til å ivareta helhet og nærhet i pasientomsorgen, og at kommunale helsetjenester er billigere enn spesialisthelsetjenestens (ibid.:26). I dette ligger forventninger om *sømløshet*, der tjenester skal forenes på en slik måte at pasienten verken skal merke eksterne eller interne grensekryssinger. Reformen kan på denne bakgrunn tolkes som en tillitserklæring til kommunenes potensial når det gjelder å realisere målene om mer helhetlige og koordinerte tjenester. I tillegg løftes kommunene statusmessig ved at de gjennom samarbeidsavtaler inngår i likeverdig partnerskap med spesialisthelsetjenesten, der de i større grad enn tidligere er blitt forhandlere av egne rammebetingelser (Kirchhoff mfl. 2015:126).

Vi bruker begrepet 'samhandlingskommunen' som en oppsummering og rendyrking av reformens forventninger til kommunene. For det første skal samhandlingskommunen ivareta samhandling med spesialisthelsetje-

nesten bl.a. gjennom et forpliktende avtalesystem. For det andre forventes det at kommunene utvikler samarbeid på tvers for å kunne innfri forventningene om å ta ansvar for en større del av helsetjenestene. For det tredje vil målene om mer helhet i pasientomsorgen også gjelde internt i kommunene. Forventningene til samhandlingskommunen kan visualiseres på følgende måte:



Figur 1: Forventninger til samhandlingskommunen.

Samhandlingsreformen gir de iverksettende organer stor frihet i hvordan målene om helhetlig pasientomsorg skal realiseres (Grimsmo mfl. 2015). Policydokumentene har generelt et lavt presisjonsnivå når det gjelder selve samhandlingsbegrepet og hvordan ulike former for samhandling kan bidra til løsninger på komplekse utfordringer (Gjerde mfl. 2015). I reformsammenheng kan begrepet tenkes å fylle en viktig symbolsk funksjon ved at det leder tankene i retning av horisontalitet og situasjoner der likestilte aktører kommer fram til felles handlingsregler og beslutninger. Vi legger her til grunn en åpen og kritisk spørrende tilnærming til samhandling som fenomen, der vi ser den begrepsmessige kjernen som forsøk på å etablere relasjoner for å binde aktører og aktiviteter sammen på tvers av organisatoriske grenser. Reformen åpner for at sammenbindende relasjoner gis ulik form og innhold. Samhandlingskommunen kan slik realiseres gjennom et bredt repertoar av relasjonsbygging mellom elementene som inngår i figur 1, der hierarki og gjensidige tilpasninger i nettverk kan tenkes å representere ytterpunkter.

Artikkelen tar sikte på å belyse hvordan forventningene til relasjonsbygging er forstått og håndtert av kommunale aktører i reformens nedslagsfelt. Arbeidet er teoretisk inspirert av Thornton mfl. (2012) som analyserer samarbeidsproblemer og -muligheter i lys av ulike institusjonelle logikker. Ulike logikker kan sameksistere, være i konflikt med hverandre eller gi uforutsette samspillseffekter (Besharov og Smith 2014:365). Vi spør hvordan ambisjonene for samhandlingskommunen manifesterer seg vel to år etter at reformen ble iverksatt, og i hvilken grad situasjonen, slik den oppleves av kommunale aktører, kan forstås i lys av ulike institusjonelle logikker. Problemstillingen søkes belyst gjennom to delspørsmål:

- 1 Hvordan beskriver kommunale aktører det endringsarbeidet de står i?
- 2 I hvilken grad har reformen endret relasjonene mellom kommuner og helseforetak, mellom kommuner og internt mellom tjenesteområder i den enkelte kommune?

Teoretisk utgangspunkt

En bærende tanke i artikkelen er at realisering av samhandlingskommunen kan forstås i lys av institusjonelle kontekster som skaper orden og mening for aktørene. Vi er her opptatt av *hvordan* institusjonelle forhold skaper mening og regulerer handlinger. Men det kan ikke a priori skilles mellom kontekst og handling. Institusjonelle forhold representerer ikke bare grenser, men gir også strategiske ressurser til de handlende aktørene (Latour 2005). Den institusjonelle konteksten er overindividuell og en ramme for handling, men denne rammen blir først aktivisert når – og bare når – den blir lagt til grunn for aktørenes handlinger (Bukve 2012).

Institusjonelle kontekster disponerer for og legitimerer ulike institusjonelle logikker, forstått som «the socially constructed, historical patterns of cultural symbols and material practices, including assumptions, values, and beliefs, by which individuals and organizations provide meaning to their daily activity, organize time and space, and reproduce their lives and experiences» (Thornton mfl. 2012:2). Perspektivet ble først introdusert av Friedland og Alford (1991) og representerer på noen områder et brudd med nyinstitusjonell teori ved i større grad å vektlegge aktører (agency), sosial kontekst og kulturell heterogenitet.

Hver logikk tilbyr et konsistent sett av prinsipper, men siden logikkene kan overlappe, må aktører forholde seg til ulike logikker både innen og mellom ulike samfunnsområder (Besharov og Smith 2014:366). I tillegg vil logikkene manifestere seg på ulike nivåer. På samfunnsnivå opererer Thornton mfl. (2012:73) med en inndeling i syv institusjonelle ordener: familie, samfunnsmessig fellesskap, religion, stat, marked, profesjon og foretak. Disse ordenene beskrives i form av weberianske idealtyper, men er i tillegg

historiske og dynamiske. Samspeilet mellom ulike logikker forankret i de institusjonelle ordenene kan skape tvetydighet (Thornton og Ocasio 2008), men også gjensidig forsterkning eller åpen konflikt (Besharov og Smith 2014:364). Thornton mfl. (2012:5) omtaler perspektivet som metateoretisk og egnet til å studere hvordan individer og organisasjoner blir påvirket av, skaper og modifierer elementer av institusjonelle logikker. Perspektivet forutsetter et gjensidig konstituerende forhold mellom logikker og handling: «institutional logics shape rational, mindful behavior, and individuals and organizational actors have some hand in shaping and changing institutional logics» (Thornton og Ocasio 2008:100).

Konkrete aktører vil alltid måtte forholde seg til flere og potensielt motsetningsfylte institusjonelle logikker (Besharov og Smith 2014:366). Aktører kan både opptre som medium for ulike institusjonelle logikker og som drivere bak endrede logikker (Bukve og Hovlid 2014:23). Empirisk kan logikkene beskrives «nedenfra» ved å studere hvordan aktører begrunner og forstår sine handlinger. I vår sammenheng betyr det at vi først på et tentativt grunnlag skisserer en romslig ramme for hvilke institusjonelle logikker som kan være av betydning for realisering av samhandlingskommunen. Deretter utvikles beskrivelsene på bakgrunn av innsikt i aktørenes vurderinger og handlinger. I arbeidet med å identifisere aktuelle institusjonelle logikker har vi ikke lagt vekt på å koble disse til Thornton mfl. (2012) sin inndeling i idealtypiske ordener. Heller har vi forsøkt å forankre forventninger om ulike logikker i kunnskap om hva som kjennetegner samhandlingsreformens ambisjoner og nedslagsfelt. Det betyr at vi ringer inn et håndterlig område for en empirisk studie samtidig som vi legger begrensninger på abstraksjonsnivå og dermed muligheten for en mer systematisk utforskning av «cross-level effects» i tråd med anbefalingene fra Thornton mfl. (2012:4). Det vi i vår studie omtaler som «samhandlingsreformens nedslagsfelt», har i mer abstrakt form likheter med institusjonelle felt, forstått som nettverk der sosiale aktører er knyttet sammen og samtidig plassert i en objektiv posisjon (Bukve 2012:43). Men mens en innenfor nyinstitusjonell teori mer generelt vil være opptatt av hvordan organisasjoner tilpasser seg rådende strukturer og normer innen feltet (isomorfi), retter institusjonelle logikker-perspektivet oppmerksomheten mot det rommet som finnes for å tolke situasjoner og begrunne handlinger ut fra alternative logikker.

I vår relativt romslige forståelse og bruk av institusjonelle logikker-perspektivet, gir det mening å skille mellom ulike grader av institusjonalisering, forstått som prosesser der handlinger gjentas og tilordnes ensartet mening (Scott 1998:69). En gradering innebærer at noen logikker er skapt over lang tid og materielle og kulturelle elementer kan ha smeltet sammen, mens andre kan være mer uklare og latente. Goodrick & Reays (2011:376) skille mellom dominerende og underordnede eller sekundære logikker har likhetstrekk

med denne måten å gradere logikkene på, og åpner for å inkludere mer samtidige utviklingstrekk både når det gjelder ideer og praksisformer.

SVAKT REFORMDESIGN – ULIKE INSTITUSJONELLE LOGIKKER

Samhandlingsreformen inngår som et tidstypisk eksempel på reformer der en fra myndighetenes side forsøker å imøtegå problemer skapt av fragmentering gjennom ulike mekanismer som skal sikre økt sammenbinding og helhetstenkning (Læg Reid mfl. 2014). Reformen omfatter det som går under betegnelsen «wicked problems», hvor det i liten grad finnes objektive kriterier for beste løsning eller muligheter for å avgjøre når problemet er løst (Grimsmo mfl. 2015; Vabø 2014:17). Reformen preges videre av et svakt design (Rønhovde 2012) ettersom de iverksettende organer (helseforetak og kommuner) har stor frihet til å finne fram til lokale løsninger. To av de mest sentrale styringsgrepene i reformen, plikten til å inngå avtaler og kommunale dagbøter for utskrivningsklare pasienter, gir i utgangspunktet handlingsrom både når det gjelder innholdet i avtalene og hvordan kommunene organiserer tjenestetilbudet til pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, men som trenger videre oppfølging i kommunen.

Den første institusjonelle logikken, *likeverdslogikken*, eksponeres i samhandlingsreformens eksplisitte avstandtaking til hierarkiske styringsformer. Styrking av kommunene og vekten på et likeverdig, partnerskapsbasert forhold mellom stat og kommune kan tolkes som et ønske om en endring mot New Public Governance (Osborne 2010) eller på norsk: samstyring (Røiseland og Vabo 2012). Men slike reformtrekk kan følge flere spor (Øgård 2014:100). Et spor omtales som «interorganisatorisk samarbeid» og er forankret i organisasjons- og nettverksteori. Her framheves bl.a. betydningen av læring på tvers av sektorer, partnerskap og helhetlig problemløsning. Et annet spor er mer preget av nedenfra og opp-strategier der målet er å bygge sosial kapital, ansvar og legitimitet gjennom involvering.

Samhandlingsreformen bygger på en forståelse av at både stat og kommune besitter viktig kunnskap, og at beslutninger skal tas på grunnlag av kunnskapsbaserte dialoger (Helgesen og Hanssen 2014:42). Vektlegging av ikke-hierarkiske prosesser kan langt på vei forstås i lys av begge sporene innen samstyringsperspektivet. Vi vil derfor argumentere for at reformen åpner for en institusjonell logikk som fremmer verdier om likeverdig samarbeid for å realisere felles mål om mer helhet i pasientomsorgen. Ideen om partnerskap har de siste ti årene satt preg på tre store norske reformer: Nav 2006, forvaltningsreformen 2010 og samhandlingsreformen 2012 (Fimreite og Selle 2013:66). Dette kan ikke regnes som en lang periode, men vi vil likevel se forventningene om ikke-hierarkisk samarbeid, og som i samhand-

lingsreformen støttes av regulative elementer i form av pålegg om å inngå avtaler, som «ways of ordering reality» (Friedland og Alford 1991:243).

Institusjonelle logikker kan stå i mer eller mindre kontinuerlige spenningsforhold til hverandre (Goodrick og Reay 2011:377), og det kan problematiseres om betingelsene for likeverd mellom kommuner og helseforetak er til stede (Håland og Osmundsen 2015). Spesialisthelsetjenesten har historisk sett hatt høyere status og, i kraft av kompetanse og spesialisering, andre muligheter til å definere rammer for eget ansvar enn kommunene som er underlagt «et sørge for»-prinsipp (helse- og omsorgstjenesteloven (heomsl.) § 3-1). Reformens forsøk på å rulle grensene for spesialisthelsetjenesten tilbake ved å la kommunene få større og mer krevende oppgaver, rokker ikke ved den medisinsk baserte portvaktfunksjonen: Det er helseforetaket ved legeprofesjonen som bestemmer når en pasient er utskrivningsklar. På denne bakgrunn vil vi også forvente at en *medisinsk logikk* gjør seg gjeldende ved at relasjoner bygges med utgangspunkt i faglig autoritet og en diagnosebasert forståelse av pasientgruppen det skal samhandles om. En medisinsk logikk vil ha historiske røtter tilbake til koblingen mellom statsbygging og utvikling av legeprofesjonen i embetsmannsstaten og til betydningen av medisinsk autoritet i den sosialdemokratiske velferdsstaten (Erichsen 1996; Haave 2014).

Forholdet mellom en likeverdslogikk og en medisinsk logikk handler også om stat-kommune-relasjonen. Norske kommuner har i likhet med de andre nordiske landene hatt en særlig sentral stilling i samfunnet (Baldersheim og Rose 2014:9). Utviklingen på velferdsområdene har imidlertid vært preget av at den statlige styringen har tiltatt (Tranvik og Fimreite 2006). Men bildet er sammensatt. Pleie- og omsorgssektoren preges av dialogbaserte styringsmidler, mens helsepolitikken tradisjonelt har vært preget av at nasjonale myndigheter ikke vil gi slipp på vedtakskompetanse (Helgesen og Hanssen 2014). Slike forskjeller kan bety at likeverdslogikken lettere lar seg realisere på områder der pleie og omsorg står sentralt, enn i relasjonen til helseforetakene.

Den tredje institusjonelle logikken vi vil løfte fram, er koblet til kommunen som politisk og geografisk enhet. Spørsmål om samstyring og likeverd retter oppmerksomhet mot hvordan lokale beslutninger er flettet sammen med beslutninger på nasjonalt nivå. Men grensene mellom styringsnivåene kan ikke viskes helt ut. Forutsetningen for lokaldemokratiet er at kommunene er politiske enheter med en viss grad av autonomi. Her ligger en spenning mellom lokal frihet og universalisme som velferdsstatsprinsipp (Vabo 2014:173). I reformsammenheng vil kommunenes kapasitet og kompetanse til å etablere helsetjenester utenfor sykehus stå sentralt, men rollen som tjenesteyter kan tenkes å bli preget, og i noen tilfeller utfordret, av rollen som politisk arena. Siden konsum av helsetjenester i høyeste grad har en rom-

lig eller geografisk komponent, vil innholdet i den politiske arenaen også omfatte kommunen som heimstad. Som heimstad er kommunen ramme rundt lokal identitet og sosial tilknytning, dvs. omkring et sivilisert samfunn (Baldersheim 1998). *Heimstad* som institusjonell logikk retter oppmerksomhet mot hvilken betydning geografi og lokal kultur har på de offentlige institusjonene og deres virkemåte. Blant annet er sosiale kvaliteter som gjensidig tillit avgjørende for hvordan organisasjoner utvikler seg og blir styrt (Putnam 1992). Heimstadlogikken har lang historie i norsk kommunesektor, og knytter særlig an til autonomiverdien i det kommunale sjølstyret. Logikken kan også gjenfinnes i samhandlingsreformen ved den vekt som legges på nærhet og at pasientene i større grad skal få hjelp der de bor (St. meld. nr. 47(2008–2009)).

Vår fjerde og siste institusjonelle logikk handler om økonomisk rasjonalitet og New Public Management (NPM). Brunsson (1994) påpekte for vel 20 år siden en utvikling i offentlig sektor i retning av bedriften som idealtipe, der forventningene er effektivitet for å sikre lønnsomhet. I løpet av de siste tiårene har rundt halvparten av norske kommuner forlatt den tradisjonelle etatsmodellen til fordel for en bedriftsinspirert resultatenhetsorganisering (Torsteinsen 2012). En slik modell kjennetegnes av en utstrakt oppdeling av tjenesteproduksjonen i relativt selvstendige enheter, direkte underordnet rådmannen. Denne NPM-inspirerte modellen har vist seg godt egnet til å produsere veldefinerte tjenester til avgrensede brukergrupper, men får problemer når det gjelder samordning og helhetstenkning (Gjerde mfl. 2007; Opedal mfl. 2002; Torsteinsen 2012). Det er godt dokumentert at utviklingen mot utbredt målstyring og resultatenheter har gitt kommunene økt fokus på kostnader, økonomi og prestasjoner, men samtidig økt enhetsegisme, kortsiktighet og suboptimalisering (Carlsen og Sataøen 2013; Torsteinsen 2012). For resultatenheter kan samarbeid med andre skape usikkerhet og true egen måloppnåelse. Samlet sett framstår disse erfaringene som antitesen til samhandlingskommunen, og vi vil argumentere for at det her kan finnes en institusjonell logikk preget av økonomisk kalkulering. En slik *kalkulerende* logikk følger en lang tradisjon der kommunene har forholdt seg til finansielle virkemidler i helse- og omsorgssektoren, og derigjennom har utviklet en sterk bevissthet om hva som lønner seg (Hagen mfl. 2011). Reformens økonomiske virkemidler, og da i særlig grad ordningen med kommunale dagbøter for utskrivningsklare pasienter, vil kunne gi næring til denne type logikk.

METODE OG DATAGRUNNLAG

Institusjonelle logikker-perspektivet åpner opp for ulike design og metodiske tilnærminger. Et sentralt utgangspunkt for empiriske arbeider er ifølge

Thornton mfl. å: «point out some of the social mechanism by which ideologies become attached to particular social contexts» (2012:5). Aktører har en sentral plass, og forfatterne støtter seg her til Friedland og Alford's (1991) kritikk av nyinstitusjonell teori for ikke å plassere aktører i den sosiale konteksten (Thornton mfl. 2012:3). Perspektivets implikasjoner for forskningsdesign innebærer ideelt sett studier som både omfatter data om hvordan aktørene gir mening til sine handlinger, og hva de faktisk gjør. Thornton mfl. (2012) argumenterer for flernivåstudier og multimetodiske studier. De er særlig opptatt av å sikre «principle of opposites» (ibid.:184), og advarer mot feiltolkninger som kan skje både om en går for nær aktørene, slik kvalitative tilnærminger åpner for, eller blir for distansert fra den sosiale konteksten gjennom standardiserte, kvantitative målinger.

I vår studie er det i første rekke samlet data om kommunale aktørers vurderinger og erfaringer, m.a.o. hva de *sier* de gjør og hvorfor. Studiens problemstilling om hvordan reformens forventninger til samhandlingskommunen manifesterer seg, handler om hvilke relasjoner som etableres internt og eksternt for å sikre helhet og nærhet i pasientomsorgen. Ideelt sett burde studien hatt et design som fanget relasjonene sett fra ulike nivåer, slik at et eventuelt samspill mellom ulike institusjonelle logikker kunne studeres både fra helseforetakenes og kommunenes utsiktsposter. Som det er gjort rede for innledningsvis, er det bare det kommunale nivået som er empirisk representert i vår studie. Men innenfor denne avgrensningen vil vi likevel hevde at vi et stykke på vei etterlever anbefalingene om flernivå og multimetodisk tilnærming. Innad i kommunene har vi kvalitative data fra aktører både på rådmannsnivå og operativt nivå, og i tillegg har vi samlet både kvantitative og kvalitative data fra ledere på sektornivå.

Det kvalitative materialet består av telefonintervju med 38 informanter fra samtlige 36 kommuner i ett fylke, samt 31 åpne intervju fordelt på 6 casekommuner i samme fylke. Telefonintervjuene ble gjennomført i perioden mellom 1.1.2013 og 31.10.2013. I de fleste kommuner var det rådmannen som ble intervjuet, men i noen få tilfeller henviste rådmannen videre til andre som han/hun mente hadde bedre forutsetninger for å svare. En semistrukturert intervjuguide i fire hoveddeler ble brukt i intervjuene. Hoveddelene omhandlet endringer som følge av samhandlingsreformen, hvor initiativ til endringene kom fra, innholdet i endringene og konsekvenser og utfordringer reformen har medført for kommunene.

Casestudiene i de 6 kommunene ble gjennomført vår/høst 2014. Casekommunene er små/mellomstore kommuner med ulik intern organisasjonsstruktur. I hver kommune ble det gjennomført individuelle semistrukturerte intervju med 4–7 strategisk valgte informanter: enhetsleder hjemmetjeneste, enhetsleder sykehjem, kommunelege, koordinerende enhet/tildelingstjeneste, fysioterapeut, ergoterapeut, kommunalsjef/helsesjef/helse- og sosial-

sjef. Intervjuguiden handlet om hvordan samhandlingsreformen utfordrer eksisterende organisering, kommunens samarbeidsrelasjoner, både internt i kommunen og eksternt med andre kommuner og helseforetak. Samtlige intervju ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant. Analysen av intervjuene er basert på systematisk tekstkondensering (Malterud 2012).

Undersøkelsen er vurdert og godkjent av personvernombudet for forskning. Alt datamateriale ble anonymisert etter innsamlingen av data, og både kommunenavn og stilling på informant ble slettet. I presentasjonen av intervjumaterialet har vi valgt å bruke betegnelsen «kommune» eller «kommunale aktører» for ytterligere å sikre at enkeltinformanter eller kommuner ikke blir eksponert gjennom spesifikke stillingsbetegnelser.

I tillegg til intervjumaterialet inngår resultater fra en nasjonal survey (Ljunggren mfl. 2014). Populasjonen er ledere innen helse- og omsorgstjenester i 428 norske kommuner samt 15 bydeler i Oslo kommune. Surveyen ble gjennomført elektronisk i perioden 26.11.–18.12.2013. Responsraten var samlet sett 58 prosent (N = 253). Frafallsanalysene avdekket ikke systematiske skjevheter mellom dem som har latt være å svare, og dem som har svart på surveyen. Surveyen er i hovedsak standardisert med definerte responskalaer, men inneholder også noen åpne spørsmål.

KOMMUNENES MØTE MED SAMHANDLINGSREFORMEN

Hovedinntrykket fra telefonintervjuene (rådmannsnivået) er at kommunene i noe ulik grad var forberedt på innholdet i reformen. Mange forteller at de ikke merket store endringer: «Samhandlingsreformen har grepet inn i prosesser som allerede var i gang.» Disse kommunene hadde vært godt i gang med planlegging og tilrettelegging før 2012, og mente at reformen var et svar på allerede erkjente problemer knyttet til behov for mer helhetstenkning i pasienttilbudet. Andre forteller om større problemer med å håndtere økning i antall utskrivningsklare pasienter med store hjelpebehov. Sistnevnte reaksjon er særlig representert blant informanter i de større kommunene (bykommuner med over 20 000 innbyggere), og flere peker på at de burde vært bedre forberedt.

På spørsmål om hva de ser som de viktigste endringene i sin kommune som følge av reformen, er det dagbøtene for utskrivningsklare pasienter, økt vektlegging av forebyggende helsearbeid og etablering av egen tildelingstjeneste som topper listen. Flere kommuner oppgir også å ha styrket hjemmetjenesten og sykehjemsavdelingene sine. Felles for kommunene er at de ikke omtaler endringer i egen organisasjon som en direkte, men mer en indirekte følge av reformen.

Informantene er rimelig samstemte på at initiativet til endringene har ligget på sentralt nivå i kommunen, og at endringene gjennomføres i sam-

arbeid mellom rådmann, eventuelle kommunalsjefer og enhetsledere. Politikerne betegnes ikke som initiativtakere. Men selv om reformen ikke preges av lokal politisering, viser våre informanter gjennomgående til interesse for og støtte til forslag under politisk behandling.

Så å si samtlige av de 36 kommunene formidler at de legger størst vekt på egne valg og løsninger når de skal tilpasse seg reformen. De finner det lite interessant å ta i bruk ferdige løsninger. Kommunene begrunner dette med at løsningene må tilpasses lokale utfordringer og rammevilkår, og at det derfor er vanskelig å hente noe direkte fra andre kommuner: «Klart vi ser jo litt på andre, men vi prøver å finne løsninger selv.»

Samlet sett framstår kommunenes første møte med reformen som fredelig og lite politisert. Hovedinntrykket er en sentralisert og internt orientert iverksetting. Aktører både på sentralt og operativt nivå synes å akseptere og støtte forventningene til den nye kommunerollen, og er beredt til å ta større ansvar for å sikre et helhetlig pasienttilbud. Samtidig ses en bekymring for kompetanse, kapasitet og ressurser i forhold til å håndtere utskrivningsklare pasienter fra dag én.

Vurdert i lys av de fire institusjonelle logikkene er det særlig heimstadlogikken som synes å informere aktørenes forståelse av endringsarbeidet i en første fase. Selv om ikke iverksettingen i særlig grad har aktivisert kommunen som politisk arena, er det en klar mobilisering knyttet til å velge egne løsninger framfor å kopiere fra andre kommuner. Bekymringen for ressurser er på samme måte et internt kommunalt anliggende, ved at det vises til at kommunen burde vært bedre forberedt.

SAMHANDLINGSKOMMUNEN MØTER HELSEFORETAKET

Samhandlingsreformen legger opp til at spesialisthelsetjenesten og kommunene i større grad samarbeider om arbeidsoppgaver. De lokale samarbeidsavtalene er ment å sikre at det kommunale tilbudet blir faglig forsvarlig, og avtalepartene er pålagt å lage et opplegg som sikrer at den andre avtaleparten får nødvendig informasjon og kunnskap (heomsl. § 6-2). Kravene vektlegger systemutforming basert på frivillighet og samstyring, i tråd med det vi legger i en likeverdslogikk. Spørsmålet er om de kommunale helselederne kan bekrefte likeverd og etablering av relasjoner som forenkler grensekryssing mellom kommuner og helseforetak. Tabell 1 viser svarene fra den nasjonale surveyen:

Tabell 1: *Kommunale helselederes syn på relasjonen mellom kommune og helseforetak. Prosentandel med positive svar, dvs. 4 og 5 på en skala fra 1 til 5, der 1 er i «svært liten grad» og 5 er i «svært stor grad» (N = 242 – 248).*

| | Sum |
|--|-----|
| Hvor godt mener du helseforetaket og kommunen alt i alt samhandler om pasientforløpet «ut» fra spesialisthelsetjenesten/sykehuset? | 55 |
| Det har blitt enklere å kontakte den eller de på sykehuset som har opplysninger om pasienten og pasientens behov. | 36 |
| Samhandlingsreformen har ført til at kommunene lærer mer av de ansatte i sykehuset. | 23 |
| Samhandlingsreformen har ført til at sykehusansatte lærer mer av ansatte i kommunens helse- og omsorgstjeneste. | 11 |

Et knapt flertall av respondentene (55 %) gir en positiv samlet vurdering av samhandlingen om pasienter på vei fra sykehus til kommune. Godt under halvparten (36 %) svarer at det har blitt enklere å få kontakt med rett person på sykehuset i aktuelle pasientsaker. Videre er det bare små andeler som kan rapportere positive endringer når det gjelder terskel for kontakt og læringsmuligheter, og særlig svakt ut kommer faglig kompetanseoverføring fra kommune til sykehus.

Intervjumaterialet bekrefter funnene i den nasjonale surveyen, og mange kommunale aktører gir positive tilbakemeldinger på at arbeidet med avtalene har bidratt til opprydding: «Det har vært positivt at avtalene avklarer og tydeliggjør ansvarsfordelingen mellom oss og foretaket.» Samtidig er det negative erfaringer med at helseforetaket bruker sin definisjonsmakt til å overføre stadig flere oppgaver og tjenester til dem: «Det er litt mer som kommunene skal sørve sykehusenes behov enn omvendt.» Dette skjer ifølge informantene ofte i strid med samarbeidsavtalen mellom partene, og uten at det drøftes på forhånd. Noen tilkjenner en viss resignasjon når de beskriver den tradisjonelle asymmetrien og mangelen på likeverd: «Helseforetaket er en stor koloss, så de gjør stort sett som de vil uansett.» «Sykehuset vil være storebror. De sitter med makten.» Flere uttrykker også usikkerhet med hensyn til spesialisthelsetjenestens kunnskapsgrunnlag: «Kanskje de ikke alltid har så god kjennskap til kommunen de skriver pasienten ut til?» Samtidig trekkes det fram at for mye dreier seg om penger: «Avtalene legger for stor vekt på administrative rutiner og økonomi og for lite på utvikling av faglig/klinisk samarbeid.» Men heller ikke her er bildet entydig, og noen framhever at det har vært positivt at avtalene avklarer og tydeliggjør ansvarfordelingen mellom foretak og kommune.

En gjennomgående oppfatning både i surveyen og i intervjumaterialet er at det har skjedd en sentralisering og standardisering av kontaktpunkt mellom helseforetak og kommune. Nærmere halvparten av respondentene i surveyen (N = 238) oppgir at det har skjedd en økt standardisering av sykehusenes rutiner ved inn- og utskrivning. Videre oppleves kontaktflaten som innsnevret ved at kommunikasjonen i hovedsak foregår mellom utskrivende enhet i sykehuset og tildelingstjeneste/koordinerende enhet i kommunene. Selv om det er positiv oppslutning om behovet for klare linjer, er det flere av våre informanter i det operative nivået som etterlyser mer uformell kontakt direkte til sykehusets ulike avdelinger. Noen har erfaring med at dette fungerer bedre tidligere, og forteller om enkelte avdelinger og fagpersoner de kunne ringe «til alle døgnets tider.» Under åpne spørsmål i surveyen kom følgende tilbakemelding som tyder på at digitalisering kan ha forsterket innsnevring i kontaktflate og -form: «Opplever at telefonisk kontakt har fungert og vært konstruktiv, men med innføring av elektronisk melding øker stresset i kommunene vesentlig, da det framstår som vanskeligere i forhold til den viktige dialogen rundt pasient.»

Intervjumaterialet synliggjør flere konkrete utfordringer i samhandlingen mellom kommuner og helseforetak; bl.a. opplever en på kommunenivå at de får melding om flere pasienter enn det kommer. Denne problemstillingen fant også Rambøll (2012) i sin undersøkelse av utskrivningsklare pasienter. Avmelding og overholdelse av avtalen om varsling innen 24 timer etter innleggelse er det kommunene oftest melder avvik på (Rambøll 2012). For kommunene fører avvikene til kostnader i form av innkalling av ekstra personell for å ta imot varslede pasienter som ikke kommer. Flere viser til at de har «øremerkede» senger stående klare: «Kommunale sykehjemsplasser står tomme i beredskap. Før samhandlingsreformen trådte i kraft, var samtlige sykehjemssenger i bruk til enhver tid.» I tillegg til frustrasjonene rundt avmelding av pasienter er de kommunale aktørene – både på ledernivå og operativt nivå – svært opptatt av å unngå dagbøter for utskrivningsklare pasienter. De sjekker regningene fra helseforetakene nøye, og flere forteller at de stadig oppdager feil som må rettes opp.

Samlet sett synes de formaliserte elementene i samarbeidsavtalene og sentralisering av kontaktpunkt i større grad å prege relasjonene mellom helseforetak og kommuner enn samstyring basert på tillit og likeverd. Sett i lys av institusjonelle logikker er det særlig kalkuleringslogikken som gir mening til kommunale aktørers beskrivelse av situasjonen. I tillegg skimtes en medisinsk logikk i opplevelsen av asymmetri i definisjonsmakt, der kommunen blir mottaker av pasienter som er «ferdig sortert» av ekspertene i spesialisthelsetjenesten.

SAMHANDLINGSKOMMUNENE MØTER HVERANDRE

I tråd med samhandlingsreformens høye ambisjoner på kommunenes vegne ligger det klare forventninger om at særlig små kommuner må samarbeide om å finne løsninger – ikke minst for å kunne skaffe tilstrekkelig kompetanse. Tall fra den landsdekkende surveyen viser at hele 86 % (N = 231) av kommunene inngår i interkommunalt samarbeid på helse- og omsorgsfeltet. På direkte spørsmål om hva som kjennetegner samarbeid med nabokommuner, fikk vi imidlertid få klare svar. Det er tydelig at informantene i liten grad ønsker å være konkrete om forhold som omfatter andre kommuner enn ens egen. De er derfor mer opptatt av å snakke om hva de ser som aktuelle områder for videre samarbeid, enn å karakterisere erfaringene med eksisterende interkommunale ordninger.

Intervjudata tyder på at kommunene er selektive med hensyn til hva de ønsker å samarbeide om. De er mest interessert i å inngå samarbeid på avgrensede, kompetansekrevene områder. Og særlig positive er de om det følger ekstra penger med. Etablering av øyeblikkelig hjelp er et område der mange ser seg tjent med å finne løsninger sammen med nabokommuner, noe som også bekreftes i andre studier (Grimsmo og Løhre 2014). Andre eksempler på aktuelle samhandlingsarenaer mellom kommunene er eksternt finansierte utviklingsprosjekter og samarbeid om dataløsninger.

Kjerneområdene innen tjenesteproduksjonen preges i større grad av ønsket om egenkontroll og selvberging enn samhandlingsambisjoner. Kommuner som har stabile og gode tjenestetilbud, er opptatt av å verne om disse, og er redd for at samarbeid med andre kommuner skal gå ut over rekrutteringen av personale, og at en skal miste kompetanse i egne tilbud: «Er redd for at det interkommunale samarbeidet kan smuldre opp helsetjenesten.» «Kommunen har bygd opp en sterk og god legetjeneste. Er redd det interkommunale samarbeidet kan bidra til å svekke den, eksempelvis gjennom en sentralisering til X-kommune.»

Kommuner som har overskudd på institusjonsplasser, klager over liten interesse blant potensielle kjøpere: «Vi kunne jo hatt kapasitet til å tilby andre kommuner sengeplasser. Men ingen har interesse av å betale.» Intervju i casekommunene får fram at selvbergingslinjen ikke bare er økonomisk motivert, men også begrunnet i nærhetsverdien: «Vi strekker oss langt for at folk skal kunne bo hjemme og dø hjemme.» Her ser vi eksempler på at hensyn til lokal tilknytning og nærhet veies opp mot hensyn til faglig kompetanse og utnytting av kapasitet på tvers av kommunegrenser. Denne avveiningen setter i noen tilfeller begrensninger for realiseringen av interkommunale partnerskap. Noen peker også på kostnader ved formalisert kommunesamarbeid: «Mange kommuner har vært opptatt av avtaler og systemer. Slikt har ikke vi tålmodighet til. Vi er mer i felten og forsøker å få til ting direkte. Men vi prøver å lære av hverandre.»

Den virkeligheten våre kommunale informanter beskriver, bekrefter et samspill mellom heimstadlogikken og kalkuleringslogikken. Hvilke relasjoner som bygges mellom kommuner, begrunnes både i ønsket om at pasientene skal få hjelp der de bor, og at de ut fra rent økonomiske vurderinger foretrekker en selvbergingsstrategi. De to logikkene synes her å forsterke hverandre.

SAMHANDLINGSKOMMUNEN I MØTE MED SEG SELV

Reformen uttrykker en forventning om at kommunene skal bli bedre i stand til å gi pasientene tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold. I tillegg til behovene for bedre ekstern samhandling med helseforetak og andre kommuner peker stortingsmeldingen på nødvendigheten av hensiktsmessig intern organisering: «Tydelige og strukturerte ansvars- og styringssystemer er viktig for å sikre en helhetlig og systematisk oppfølging av den enkelte bruker» (St.meld. nr. 47 (2008–2009):71).

Den nasjonale surveyen gir noen tilbakemeldinger på hvordan kommunene har håndtert de interne utfordringene i form av helseledernes vurdering av reformens konsekvenser for kommunens egen organisering.

Tabell 2: Kommunale helselederes vurdering av reformens konsekvenser for egen organisasjon. Prosentandel med positive svar, dvs. 4 og 5 på en skala fra 1 til 5, der 1 er i «svært liten grad» og 5 er i «svært stor grad» (N = 242 – 248).

| I hvor stor grad mener du at samhandlingsreformen har ført til | Sum |
|---|-----|
| At kommunen har utviklet en totalt sett bedre helse- og omsorgstjeneste | 50 |
| At kommunen oppretter en egen intermediaær avdeling (for korttidsopphold etter sykehus) | 44 |
| At kommunen skiller ut tildelingsfunksjonen i egen enhet/kontor | 36 |
| Mer arbeidsdeling/spesialisering mellom enheter i kommunenes helse- og omsorgstjeneste | 30 |
| Økt flytting av pasienter mellom kommunale helse- og omsorgstilbud | 21 |

Halvparten svarte at det totale tjenestetilbudet har blitt bedre som følge av reformen. Slike vurderinger støttes av utsagn som: «Samhandlingsreformen har bidratt til å utvikle det kommunale helsetilbudet, og kommunene har blitt dyktigere til å tenke god pasientflyt og ha fokus på rehabilitering.» Svarene på de andre spørsmålene antyder imidlertid utviklingstrekk som like gjerne kan gå i retning av fragmentering som økt integrasjon. Det gjelder særlig spørsmålene om spesialisering av tjenestetilbudet og økt flytting av pasienter. Grimsmo (2013) finner samme tendenser til oppstyking av pasi-

entforløpene i en studie av hvordan kommunene håndterer utskrivningsklare pasienter.

Våre intervjudata gir eksempler både på integrasjonsprosesser og økt spesialisering, og det kan se ut som om kommunene dras i to ulike retninger. Den ene retningen dreier seg om at resultatenhetsorganiseringen settes under press: «Vi kan ikke ha fem lommebøker. Vi må sitte sammen rundt bordet for å finne gode løsninger for pasientene våre.» Enkelte kommuner forsøker å komme fram til mer fleksibel bruk av ressursene gjennom å gi ansvar til en kommunalsjef eller en operativ leder som går inn i en rolle som ligner en etatssjef. Sammenlåing av enheter og samordning av helse- og omsorgstjenester nevnes av flere som nødvendig for å tilpasse kommunens organisering til reformen: «for å forenkle, for å matche de nye forventningene til samhandling.» En sektormodell som favner flere tjenesteområder, trekkes fram som mer funksjonell enn en resultatenhetsmodell. Når en likevel får til samarbeid på tvers i kommuner med resultatenheter, blir det ofte forklart med at det er relativt små forhold med tette relasjoner mellom enheter, posisjoner og personer. Dette mener de har hjulpet dem til å takle utfordringene med reformen.

Den andre retningen peker mot økt spesialisering i det kommunale tjenestetilbudet: «Reformen krever at vi blir mer spesialiserte.» Det er særlig de større kommunene som framhever denne type behov, og forbildene synes langt på vei å være hentet fra spesialisthelsetjenesten. Noen av områdene som nevnes, er: demensplasser, respiratorplasser, kreftomsorg og terminalpleie, diabetespasienter og behov for mer kompetanse innen akuttsykepleie.

Kommunenes forhold til institusjonsplasser framstår som noe uklart. Flere sier at de fortsetter en planlagt nedbygging av institusjonsplasser, samtidig pekes det på behov for mer spesialiserte tjenester til sykere pasienter. Oppmerksomheten er i stor grad orientert mot det som skjer «etter sykehusopphold», og dagbøtene for utskrivningsklare pasienter synes å ha forsterket kommunenes ønske om selvberging og kontroll over egne ressurser. I intervjuene ble det å ikke ha pasienter «liggende på bot» trukket fram som noe en var spesielt stolt over. Her ble det gjerne vist til at suksessen hadde sammenheng med at en hadde et godt internt samarbeid i kommunen, øremerkede senger på sykehjemmet, og at særlig hjemmetjenesten viste stor grad av fleksibilitet. Videre ble det uttrykt en sterk ansvarsfølelse for «egne pasienter». Informantene mente de handlet helt i tråd med reformens vektlegging av nærhet i tjenesteproduksjonen når de valgte selvberging framfor interkommunalt samarbeid. Samtidig er det tendenser i casestudiene som tyder på at kommunene etter hvert har lært at det ikke alltid lønner seg å unngå dagbøter. Om en henter hjem svært syke pasienter som trenger dyre medisiner samme dag som de er utskrivningsklare, vil kostnadene for kommunen ofte kunne overstige boten de må betale. Helgesen og Hanssen (2014) finner

samme type vurderinger i sin studie, der informanter bekrefter at de av og til velger å betale boten framfor å framskaffe dyrere kommunale tilbud.

Samlet sett framstår det indre liv i kommunene som variert og i bevegelse. Reformen har bidratt til endringer både i formell struktur og samarbeidsklima, og tendensen synes å være at grensene mellom resultatenheter bygges ned til fordel for bredere sektor- eller etatsinndelinger. Disse endringene synes å være inkrementelle, og det er få tegn til en total redesigning av organisasjonskartene. Men som vist går innholdet i disse gradvise endringene i ulike retninger. Hensynet til å unngå pasienter «på bot» synes på kort sikt å fremme brannslukking og lokal oppfinnsomhet, men vi ser også konturene av mer langsiktige strategier som innebærer høyere grad av differensiert hospitalisering av syke pasienter i kommunal regi.

De observerte utviklingstrekkene tyder på et visst spenningsforhold mellom ulike institusjonelle logikker. Heimstadlogikken står sentralt, men utfordres av den medisinske logikken og argumenter om å bygge ut et mer spesialisert tilbud. Hvordan dette spenningsforholdet håndteres, ser ut til å ha sammenheng med kommunestørrelse. Den medisinske logikken har først og fremst gjennomslag i de større kommunene.

DISKUSJON

Artikkelens hovedspørsmål er å belyse hvordan reformens forventninger til kommunene, her rendyrket som en forestilling om samhandlingskommunen, er realisert når det gjelder etablering av eksterne og interne relasjoner. Tabell 3 gir en oppsummering av situasjonen sett fra kommunale aktørers utkikkspost rundt to år etter at reformen trådte i kraft:

Tabell 3: *Kjennetegn ved utviklingen av kommunenes eksterne og interne relasjoner.*

| Mellom kommune og helseforetak | Mellom kommuner | Internt i kommunen |
|---|---|--|
| Standardisering og sentralisering av kontaktpunkt | Utbredt samarbeid, men selektiv orientering | Sentralisering og sektorisering |
| Økt vekt på regulering og kontroll | | Både økt integrasjon og spesialisering |

Plikten til å inngå samarbeidsavtaler er et sentralt premiss for utvikling av relasjoner mellom helseforetak og kommuner. Våre data er i liten grad egnet til å vurdere kjennetegn ved selve avtaleprosessene, men Ljunggren mfl. (2015) finner at grad av tillit og opplevelse av likeverd varierte i de fire prosessene de undersøkte. Vårt materiale tyder på at kontakten mellom forvaltningsnivåene gjennomgående i større grad er preget av formalisering og

hierarki enn av nettverk, læring på tvers og gjensidig tilpasning. Avstanden til reformens forventninger om likeverdig partnerskap kan skyldes flere forhold. For det første har det nok vært et reelt behov for å fremme likhet i utskrivingsrutiner og kontaktformer. Selv om flere av våre informanter opplever at det var bedre tidligere, er det klart at de tette og gode relasjonene var personavhengige og til dels svært sårbare. For det andre ser vi at finansielle virkemidler i form av dagbøter for utskrivningsklare pasienter ikke bidrar til å bygge tillit og samarbeid, men heller øker interessen for klare regler, kontroll og klageordninger. Oppmerksomheten rundt de negative økonomiske sanksjonene (dagbøter) i kombinasjon med en innsnevring og formalisering av kontakten til helseforetakene synes i liten grad å være egnet til å fremme likeverd og samstyring. Her kan det også stilles spørsmål om endringene har gjort kommunene mer reaktive enn proaktive, og at dette kan ha gått på bekostning av mer langsiktig tenkning rundt utvikling av tjenestene. I tillegg er kommunene svært bevisste på maktforskjellen mellom dem og helseforetakene. Mye av læringen handler om hvordan en best kan tilpasse seg og sørge for klare rettigheter. Satt på spissen kan en si at med hensyn til helseforetakene er det så langt ikke likeverdslogikken som aktiviseres, men heller en logikk der kommunen framstår som en kalkulerende aktør. Norske kommuner har lang tradisjon for å gå etter statlige penger (Hagen mfl. 2011), og en økonomisk logikk kan forstås i lys av denne type erfaringer. Rådmannsnivåets sentrale rolle i måten kommunene har møtt og tilpasset seg samhandlingsreformen på, må antas å ha styrket både kompetansen og motivasjonen i kalkulasjonsarbeidet.

Hovedinntrykket når det gjelder relasjoner mellom kommuner, er et omfattende interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgsfeltet. Men bak ligger en selektiv orientering: Kommunene ønsker først og fremst samarbeid på veldefinerte, kompetansetunge felt og med hensyn til tidsavgrenset utviklingsarbeid. I slike sammenhenger ser vi visse likheter med den kalkulerende orienteringen som vi fant i relasjonen til helseforetakene.

Når det gjelder tjenester innen pleie og omsorg, og i særlig grad ivaretagelse av pleietrengende i livets siste fase, er det heimstaden og den geografiske dimensjonen som definerer hva som er akseptable løsninger. Lokale beslutningstakere tar utgangspunkt i hva som er passende innenfor lokalsamfunnets kulturelle rammer, og særlig verdien av å kunne få dø i kjente omgivelser står sterkt. En ren faglig argumentasjon eller en kalkuleringslogikk framstår ikke som akseptabel for hvordan kommunen ivaretar sine innbyggere gjennom «den siste vinteren».

Samhandlingsreformens betoning av kommunenes evne til å tenke helhet i pasienttilbudet blir lokalt forstått som en støtte til å satse på selvberging og nærhet i det som kan kalles kjerneområdene innen pleie og omsorg. Det er særlig de nye ansvarsområdene, som øyeblikkelig hjelp, og de medisinsk

spesifikke, som legevakt, som ligger åpne for interkommunalt samarbeid. Hvorvidt dette nedslagsfeltet har partnerskapspreg i tråd med en likeverdslogikk, eller er stramt regulert med basis i en medisinsk logikk, sier våre data lite om.

Samlet sett framstår kommunenes eksterne relasjoner innen reformens nedslagsfelt å være preget av særlig to institusjonelle logikker: en knyttet til økonomisk kalkulering, og en knyttet til kommunen som heimstad. Data-materialet gir mange eksempler på samspill mellom disse logikkene. Samspillet synes i større grad å forsterke selvbergingsstrategier enn eksternt nettverkspreget samarbeid. Her er det imidlertid viktig å se begrensningene ved vår studie. For det første er relasjonene til helseforetakene vurdert ensidig fra kommunene. For det andre er vi i en tidlig fase av reformen, der det er rimelig å anta at de kommunale aktørene har vært opptatt av å unngå usikkerhet. I en slik kontekst er det kanskje ikke så overraskende at de er tilbakeholdne når det gjelder det vågestykket som ligger i å bygge tillit. Heller synes de å leve etter påstanden «Mistillit kan under noen omstendigheter være en forutsetning for tillit» (Grimen 2009:22).

Mens hovedinntrykket når det gjelder kommunenes eksterne relasjoner er preget av økt formalisering, finner vi at reformen har bidratt til ulike typer endringsprosesser internt i kommunene. I noen kommuner var endringene allerede godt i gang, og reformen markerte ikke noe vesentlig tidskille. Andre gjennomgikk en tidlig fase preget av brannslukking, spesielt med hensyn til mottak av utskrivningsklare pasienter. Samlet sett oppgir halvparten av kommunene i den nasjonale surveyen at reformen har ført til at kommunen har utviklet en bedre helse- og omsorgstjeneste. Intervjudata tyder imidlertid på at hvilke kriterier som er brukt for å vurdere hva som er blitt bedre, varierer og kan slik være preget av ulike institusjonelle logikker.

Heimstadlogikken med sine nærhetsverdier trekker i retning av lokal fleksibilitet og tilpasninger. Den medisinske logikken gjør spesialisthelsetjenestens organisering og tidslinje til forbilde, og hvorvidt endringer er positive, vurderes ut fra om en har lyktes i å øke kompetansen og gi differensierte tilbud til ulike pasientgrupper. På bakgrunn av et komplekst samspill mellom de to dominerende institusjonelle logikkene har vi identifisert to ulike utviklingsretninger for samhandlingskommunen. Den første legger vekt på økt integrasjon mellom tjenesteområder. Her ser vi en nedbygging av grensene mellom tidligere fristilte resultatenheter og i noen tilfeller formell sentralisering av beslutningsmyndighet. Felles forvaltning av ressursene ses her som en forutsetning for den fleksibiliteten som trengs for å skape helhetlige tjenester. En slik strategi kan et stykke på vei passe inn under begrepet 'intern kommunal samstyring', forstått som et nettverkspreget samarbeid mellom aktører som representerer ulike kommunale deltjenester. Men de sentraliserings- og sektoriseringsprosessene som samtidig observeres, tyder

på at ulike verdier og hensyn griper inn i hverandre på en måte som minner om det Bukve (2012) kaller hybridkommunen, der ulike styringsprinsipp sameksisterer. En slik sameksistens kan forstås som et svar på kompleksiteten i utfordringene kommunen står overfor. Kommunenes «sørge for»-ansvar gjør at de ikke kan unndra seg «wicked problems». Det finnes f.eks. ingen standardprosedyrer for hvordan en skal gi helhetlige tilbud til skrøpelige eldre med kognitiv svikt og flere kroniske sykdommer. Kanskje er det i slike tilfeller hensiktsmessig med hybride løsninger basert både på sentralisering og nettverkspreget samarbeid? Men som Bukve (2012:135) understreker, behøver ikke sameksistensen mellom ulike styringsformer å være fredelig.

Den andre utviklingsretningen, som særlig viser seg i de større kommunene, kjennetegnes av en økende spesialisering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. En slik utvikling preges av en medisinsk logikk, der spesialisthelsetjenesten blir forbilde både når det gjelder problemforståelse og løsningsstrategier. Reformen gir argumenter også for slike veivalg, gitt målet om at kommunene skal få ansvar for en større del av helsetjenestene. Samtidig er det vanskelig å se at denne type valg bidrar til å fremme mer helhetlig pasientomsorg gjennom nettverkspreget samarbeid internt i kommunen. Heller framstår desentralisert spesialisering som en potensiell videreføring av spesialisthelsetjenestens samordningsproblemer, noe som kan medføre økt flytting av kronikere og multisyke pasienter mellom ulike tjenestetilbud.

De utfordringene som er skissert for samhandlingskommunen, har også en politisk dimensjon. Flere studier viser at NPM-inspirerte organisasjonsformer med vekt på tonivåorganisering og fristilte resultatenheter har svekket kommunepolitikernes kunnskapsgrunnlag og beslutningsevne (Gjerde mfl. 2007; Aarseth 2012). Fravær av eksempler på politisk engasjement i vårt materiale kan forstås på bakgrunn av at politikerne har satt seg selv på sidelinja i spørsmål som handler om organisering av og innhold i tjenesteproduksjonen. Samtidig finnes det ingenting i reformens hoveddokument, St.meld. nr. 47 (2008–2009), som problematiserer spørsmål knyttet til lokaldemokrati og politisk styring.

Parallelt med iverksetting av samhandlingsreformen er spørsmål om ny kommunestruktur blitt aktualisert. I desember 2014 la et regjeringsoppnevnt ekspertutvalg fram sin sluttrapport (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2014). Utvalgets anbefaling er at kommunene bør ha minst 15 000–20 000 innbyggere for å sikre en god oppgaveløsning. Det innebærer i så fall at antall kommuner reduseres fra 428 til om lag 100. Utvalget legger her stor vekt på at innbyggerne skal få likeverdige kommunale tjenester, og det argumenteres også for at større og mer kompetente fagmiljøer vil ha kapasitet til å utarbeide gode beslutningsgrunnlag for de folkevalgte og dermed gjøre den politiske styringen bedre (ibid.:13). Mens samhand-

lingsreformen kan tolkes som en tillitserklæring til kommunenes evne til å ta større del av ansvaret for helse- og omsorgstjenestene, kan innspillet fra ekspertutvalget sies å innskrenke denne tilliten til kun å gjelde kommuner av en viss størrelse.

Hva arbeidet med ny kommunestruktur kan komme til å bety for den videre realisering av samhandlingskommunen, er et åpent spørsmål. En åpenbar utfordring ligger i at det samspillet mellom institusjonelle logikker som i vår studie viser seg å ha betydning for kommunenes håndtering av reformen, i liten grad reflekteres i de mange positive argumentene for økt kommunestørrelse, målt i antall innbyggere – ikke i areal.

AVSLUTTENDE REFLEKSJON

Arbeidet som ligger til grunn for denne artikkelen, inngår i den nasjonale evalueringen av samhandlingsreformen. Evalueringer kan ta utgangspunkt i ulike modeller og evalueringskriterier (Tornes 2012). Vår vurdering av i hvilken grad og hvordan forventningene til den nye kommunerollen (her omtalt som samhandlingskommunen) er realisert, er teoretisk informert av en institusjonelle logikker-tilnærming. Vi vil avslutningsvis reflektere rundt det vi i vårt arbeid ser som dette perspektivets styrke, men også reise noen kritiske spørsmål.

Perspektivets styrke ligger i at vi i stedet for en tradisjonell måling av avstand mellom reformens idealer og observerte realiteter har fått synliggjort *hvorfor* de bærende ideene i reformen, likeverd og partnerskap, utkonkurreres av logikker som er mer sentrale for de kommunale aktørene, nemlig heimstad og kalkulering. Videre har tilnærmingen synliggjort forskjeller i måten samspillet mellom logikkene arter seg eksternt og internt i kommunene. Observasjonen av at kommunestørrelse skaper rom for ulikt samspill mellom logikkene, har både politisk og teoretisk betydning. Samlet sett vil vi derfor argumentere for at vi et stykke på vei har lyktes med å beskrive noe av dynamikken mellom logikker og kommunale aktører i arbeidet med å bygge relasjoner internt og eksternt.

Samhandlingsreformens nedslagsfelt kan beskrives som komplekst og hybrid (Bukve og Kvåle 2014:12). Å skulle identifisere og følge framvoksende logikker har vi opplevd som et faglig vågestykke. Vi startet med en grov skisse over fire mulige logikk-kandidater, som så ble empirisk beskrevet gjennom data om kommunale aktørers begrunnelser for sine handlinger. Vi ser klare utfordringer knyttet til en slik forskningsstrategi ved at det lett kan bli forskeren som foretar innskrivingen av aktørenes handlinger i sine på forhånd definerte logikker. Dette er noe av det samme problemet som Friedland og Alford (1991:260) advarer mot: Ved å importere dominerende institusjonelle logikker ukritisk inn i analysene kan forskere bidra til å reproducere disse

logikkene, noe som gjør forskeren selv til en aktør i måten reproduksjonen skjer på. En løsning på dette problemet ville være å følge analyseskjemaet til Thornton mfl. (2012) og forankre forventninger om logikker til institusjonelle ordener. Slik kunne en studere de institusjonelle feltene i en mer systematisk og historisk sammenheng, der logikkene ses i forhold til definerte grunnformer (idealtyper). En annen – og motsatt – strategi kunne være å åpne for større grad av teoretisk induksjon. Ved å bygge logikkene nedenfra uten å predefinere bestemte forventninger ville en muligens kunne ha identifisert et bredere tilfang av logikker og samspill.

Institusjonell teori er mangfoldig, og institusjonelle logikker-perspektivet representerer et relativt nytt tilskudd i sterk vekst (Besharov og Smith 2014:378). Ifølge Thornton mfl. (2012:185) er den faglige utfordringen en nå står overfor, å utvikle det teoretiske rammeverket slik at makro- og mikrofundamentene kobles sammen. Forfatterne inviterer til dialog mellom forskningsfelt, og lister en rekke aktuelle områder (ibid.:186). For vår egen del vil vi gjerne føye forskningsbasert evaluering til denne listen.

TAKK

Tusen takk til Dag Magne Berge, Harald Torsteinsen, kolleger i SPIS-prosjektet og anonyme fagfeller for nyttige kommentarer og innspill.

REFERANSER

- Baldersheim, H. (1998). Kommunal fristilling: Subsidiaritet på norsk. I: T. Grønlie og P. Selle (red.), *Ein stat – fristillingens fire ansikt*. Oslo: Samlaget.
- Baldersheim, H. og L.E. Rose (2014). Kommunale reformer som teoretiske utfordringer. Linjer og paradokser i lokal politikk og organisering. I: H. Baldersheim og L.E. Rose (red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Besharov, M. og W.K. Smith (2014). Multiple institutional logics in organizations: Explaining their varied nature and implications. *Academy of Management Review*, 39(3): 364–381.
- Brunsson, N. (1994). Politicization and company-ization – on institutional affiliation and confusion in the organizational world. *Management Accounting Research*, 5: 323–335.
- Bukve, O.(2012). *Lokal og regional styring. Eit institusjonelt perspektiv*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bukve, O. og E. Hovlid (2014). Entreprenørskap eller institusjonaliseringsprosesser? Om mekanismer i organisasjonsendring. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 16(1): 5–29.
- Bukve, O. og G. Kvåle (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. I: O. Bukve og G. Kvåle (red.), *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carlsen, B. og H.L. Sataøen (2013). Når pengene rår, forsvinner andre verdier i systemet: Helsearbeideres syn på den norske samhandlingsreformen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 15(1): 29–54.
- Christensen, T. og P. Lægreid (red.) (2011). *The Ashgate Research Companion to New Public Management*. Farnham: Ashgate.

- Christensen, T., P. Læg Reid, P.G. Roness og K.A. Røvik (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Erichsen, V. (1996). Legene og staten. I: V. Erichsen (red.), *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.
- Fimreite, A.L. og P. Selle (2013). Er offentlige partnerskap mulig? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 16(2): 65–79.
- Friedland, R. og R.R. Alford (1991). Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. I: W.W. Powell og P.J. DiMaggio (red.), *The New Institutionalism in Organizational Analysis* (s. 232–263). University of Chicago Press.
- Gjerde, I., E. Kjersem, L. Rønhovde og T. Aarseth (2007). *Mellom frihet og distanse. Evaluering av ny organisasjonsform i Fræna kommune*. Rapport 0709. Molde: Høgskolen i Molde og Møreforskning.
- Gjerde, I., H. Torsteinsen og T. Aarseth (2015). Kommunenes møte med samhandlingsreformen – om grensekryssinger med og uten kart. I: Ø. Strand, E. Nettet og H. Yndestad (red.), *Fragmentering eller mobilisering? Regional utvikling i Nordvest*. Fjordantologien 2014. Forlag 1.
- Goodrick, E. og T. Reay (2011). Constellations of Institutional Logics: Changes in the Professional Work of Pharmacists. *Work and Occupations*, 38(3): 372–416.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien forskning*, 8(2): 148–155.
- Grimsmo, A., R. Kirchhoff og T. Aarseth (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3): 3–12.
- Grimsmo, A. og A. Løhre (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. *Utposten*, 43(4): 14–17.
- Hagen, T.P., K.N. Amayu, G. Godager, T. Iversen og H. Øien (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986–2010*. Helseøkonomisk omsorgsprogram. Skrifterserie 2015: 5. Universitetet i Oslo.
- Helgesen, M.K. og G.S. Hanssen (2014). Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 16(3): 41–53.
- Håland, E. og T. Osmundsen (2015). Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold; samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3): 63–85.
- Haave, P. (2014). Legene. Profesjonsautonomien som oppfunnet og sammensatt tradisjon. I: R. Slagstad og J. Messel (red.), *Profesjonshistorier*. Oslo: Pax forlag.
- Kirchhoff, E., A. Grimsmo og Å. Brekk (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2): 125–141.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2014). *Sluttrapport fra ekspertutvalg. Kriterier for god kommunestruktur*. Desember 2014. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kmd/komm/rapporter/kriterier_for_god_kommunestruktur_sluttrapport.pdf
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory*. New York: Oxford University Press.
- Ljunggren, B., A.S. Haugset og N. Solbakk (2014). *Kommunale helse- og omsorgslederes opplevelse av effekter av samhandlingsreformen*. Datadokumentasjon fra en spørreundersøkelse høsten 2013. Trøndelag forskning og utvikling. Rapport 2014: 2.
- Ljunggren, B., H.H. Kleiven og M. Solbjør (2015). Strukturering av oppdragsnettverk: Likeverd og makt i samhandlingsreformens avtaleutforming. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3): 13–36.
- Lov nr. 30 (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (heomsl.)

- Læg Reid, P., T. Randma-Liiv, L.H. Rykkja og K. Sarapuu (2014). Introduction: Emerging coordination Practices in European Public Management. I: P. Læg Reid mfl. (red.), *Organizing for Coordination in the Public Sector. Practices and Lessons from 12 European Countries*. Palgrave Macmillan.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40: 795–805.
- Opedal, S., I.M. Stigen og T. Laudal (2002). *Flat struktur og resultatenheter. Utfordringer for kommunal leing*. NIBR-rapport 2002: 21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Osborne, S. (red.) (2010). *The New Public Governance*. Milton Park, UK: Routledge.
- Putnam, R. (1992). *Making Democracy Work. Civic Tradition in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Rambøll (2012). Utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg? *Rambøll KS FoU-prosjekt nr. 124005*.
- Røiseland, A. og S.I. Vabo (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønhovde, L. (2012). Styring og evaluering gjennom instrumentell resultatkontroll. I: K. Tornes (red.), *Evaluering i teori og praksis* (s. 257–278). Trondheim: Akademika forlag.
- Scott, W.R. (1998). *Organizations. Rational, Natural and Open Systems* (4. utg.). New Jersey: Prentice Hall.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thornton, P.H. og W. Ocasio (2008). Institutional Logics. I: R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin-Anderson og R. Suddaby (red.), *Handbook of Organizational Institutionalism*. Thousand Oaks: Sage.
- Thornton, P.H., W. Ocasio og M. Lounsbury (2012). *The Institutional Logics Perspective. A New Approach to Culture, Structure, and Process*. Oxford: Oxford University Press.
- Tornes, K. (2012). Modeller i evaluering. I: Tornes, K. (red.), *Evaluering i teori og praksis*. Oslo: Akademika forlag.
- Torsteinsen, H. (2012). Resultatkommunen i møte med nye utfordringer. I: H. Torsteinsen (red.), *Resultatkommunen. Reform og resultater*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tranvik, T. og A.L. Fimreite (2006). Reform Failure: The Process of Devolution and Centralization in Norway. *Local Government Studies*, 32(1): 89–107.
- utposten-stiftelsen.no: http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2014Utposten/UP4_14/14_17_komm%20hj%20doegntilbud_Utp_4_2014_oppslag.pdf.
- Vabo, S.I. (2014). Flernivåorganisering – lokal skreddersøm og nasjonale standarder. I: M. Vabø og S.I. Vabo (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I: M. Vabø og S.I. Vabo (red.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Øgård, M. (2014). Fra New Public management til New Public Governance – nye forvaltningskonsepter i kommunene. I: H. Baldersheim og L.E. Rose (red.), *Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aarseth, T. (2012). Politisk styring i resultatkommunen. I: H. Torsteinsen (red.), *Resultatkommunen*. Oslo: Universitetsforlaget.

SAMMENDRAG

Kommunene er gitt en sentral rolle i samhandlingsreformen når det gjelder å ivareta ansvar for en større del av helsetjenestene, og ved at de skal inngå i likeverdige partnerskap med helseforetakene. Begrepet 'samhandlingskommunen' sammenfatter reformens forventninger til kommunene i relasjon til helseforetakene, kommuner imellom og internt i kommunen. På bakgrunn av en analyse av erfaringer på kommunenivå i en tidlig fase av reformen konkluderes det med at atferd og relasjoner hovedsakelig er forankret i to ulike institusjonelle logikker knyttet til henholdsvis heimstad og økonomi. Avslutningsvis identifiseres to ulike utviklingsretninger for samhandlingskommunen. Den ene preges av desentralisert spesialisering, mens den andre går i retning av intern integrasjon og sentralisering.

Artikkelen baseres på telefonintervju på ledelsesnivå i 36 kommuner samt 31 kvalitative intervju fra 6 casekommuner. I tillegg benyttes data fra en nasjonal survey blant kommunale helse- og omsorgsledere.

ABSTRACT

The municipalities have a central role in The Coordination Reform when it comes to taking an increased share and responsibility for health services, as well as being an equal partner in agreements with the hospitals in the health regions. The expression the «Collaborating municipality» summarizes the reform's expectations towards the municipalities in their relation to the hospitals, among municipalities and within municipalities. Based on an analysis of municipalities experiences during early stages of The Coordination Reform it is concluded that behavior and relations were founded in two different institutional logics related to the sensation and emotions connected to «home» and economics, respectively. Two different directions of further development for the «Collaborating Municipality» were identified. The first direction represents a decentralized specialization, whereas the other heads towards increased internal integration and centralization.

The article is based on phone interviews at management level in 36 municipalities as well as 31 qualitative interviews from 6 case municipalities. In addition, data from a national survey among health- and care service management are included.

FORFATTEROPPLYSNINGER

Turid Aarseth er cand.polit. i administrasjon og organisasjonsvitenskap fra Universitetet i Bergen, og arbeider som førsteamanuensis i organisasjons- og ledelsesfag ved Høgskolen i Molde. Faglige interesser er endringer i offentlig sektor og særlig profesjonenes rolle i politikkutforming og iverksetting.

E-post: Turid.Aarseth@himolde.no

Kari E. Bachmann er dr.polit. fra pedagogisk institutt, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse ved NTNU. Hun er forskningsleder ved Helse, utdanning og samfunn ved Møreforskning Molde AS. Bachmanns forsknings- og publikasjonsfelt er innen helse- og utdanningsreformer, skoleledelse og -forvaltning, tilpasset opplæring og spesialundervisning, oppvekst og levekår og organisering av helsetjenester. Hennes doktorgradsarbeid inngikk som del av Forskningsrådets evaluering av Reform 97.

E-post: Kari.Bachmann@himolde.no

Ingunn Gjerde er cand.polit. i administrasjon og organisasjonsvitenskap fra Universitetet i Bergen. Hun er amanuensis ved Høgskolen i Molde. Hun har arbeidet med evaluering av reformer i offentlig sektor, spesielt i kommunene og i forholdet mellom stat og kommune.

E-post: Ingunn.Gjerde@himolde.no

Guri Kaurstad Skrove er idrettsfysiolog med ph.d. i molekylær medisin, fra Det medisinske fakultet, NTNU. Hun er forsker i gruppen Helse, utdanning og samfunn ved Møreforskning Molde AS. Kaurstads forskningsfelt har vært endringer i hjertefunksjon etter trening, helsefremmende og forebyggende arbeid, oppvekst og levekår, samt organisering og koordinering av tjenester til barn og unge.

E-post: Guri.K.Skrove@himolde.no

Tormod Hermansen

EN BEDRE STYRT STAT?

I *En bedre styrt stat?* oppsummerer Tormod Hermansen sine erfaringer og vurderinger etter en lang og variert karriere i statsforvaltningen. Med utgangspunkt i utredningen *En bedre organisert stat* (NOU 1989:5) gjennomgår han utviklingen som har funnet sted. Samtidig inneholder boken hans personlige vurderinger av og endringsforslag knyttet til en rekke dagsaktuelle spørsmål. Hermansen vektlegger effektivitet og legitimitet som førende premisser for statlige virksomheter.

ISBN 978-82-450-1766-3 | Kr 329,-



Brita Bungum, Ulla Forseth og Elin Kvande (red.)

DEN NORSKE MODELLEN

INTERNASJONALISERING SOM UTFORDRING OG VITALISERING

I *Den norske modellen* drøfter forfatterne hvordan økende internasjonalisering påvirker og utfordrer måten som vi i Norge har valgt å organisere samfunnet på. Bidragene bygger på et bredt spekter av aktuell forskning om den norske arbeidslivs- og velferdsmodellen. Flere av problemstillingene som er presentert, har fått stor oppmerksomhet i debatter og i forskning de siste årene.

ISBN 978-82-450-1780-9 | Kr 429,-



Kjell-Åge Gotvassli

KUNNSKAP, KUNNSKAPSUTVIKLING OG KUNNSKAPSLEDELSE I ORGANISASJONER

I boken bruker Gotvassli både egen og andres forskning i gjennomgangen av ulike aspekter ved kunnskapsledelse. Gjennom en rekke casebeskrivelser illustrerer han så hvordan de ulike perspektivene blir brukt i organisasjoner i dag.

ISBN 978-82-450-1827-1 | Kr 369,-



KOMMER!



Denne boken har to formål; å utarbeide og begrunne en norsk organisasjonsfaglig kanon, samt å presentere et utvalg av særs lesbare kanoniserte tekster.
Den lanseres på NEON-konferansen i Trondheim, november 2015.



FAGBOKFORLAGET
www.fagbokforlaget.no

Åge Johnsen (red.)

EN STRATEGISK OFFENTLIG SEKTOR

Denne boka analyserer og diskuterer om vi har en strategisk offentlig sektor i Norge i dag. Offentlig sektor er et stort og viktig anvendelsesområde for strategifaget. Strategisk styring og ledelse har vært viktig i mange reformer i offentlig sektor siden slutten av 1970-tallet.

ISBN 978-82-450-1556-0 | Kr 419,-



Ole Johan Andersen, Levi Gårseth-Nesbakk
og Terese Bondas (red.)

INNOVASJONER I OFFENTLIG TJENESTEYTING

VÅGAL REISE MED BEHOV FOR ALLIERTE

Boka belyser ulike sider ved innovasjoner i offentlig tjenesteyting. Det er lagt vekt på at innovasjoner dreier seg om prosesser eller, metaforisk uttrykt, som vågale reiser gjennom ukjent farvann. Sett på den måten blir det viktig å analysere hvorfor man starter på en slik reise, hva som skjer underveis, og hvor man ender opp. Boka berører saker som har stått sentralt på den offentlige agendaen.

ISBN 978-82-450-1552-2 | Kr 399,-



Ståle Einarsen og Anders Skogstad (red.)

LEDELSE PÅ GODT OG VONDT 2. utg.

EFFEKTIVITET OG TRIVSEL

Ledelse på godt og vondt er en temabok og en lærebok om både gode og problematiske sider ved det å være leder, det å lede og det å være medarbeider i norsk arbeidsliv. Boken er skrevet av ledende norske og svenske forskere og praktikere som alle drøfter viktige spørsmål innenfor ledelsesfeltet tilpasset en norsk og nordisk virkelighet.

ISBN 978-82-450-1658-1 | Kr 569,-



Informasjon til bidragsytere

Nordiske Organisasjonsstudier (NOS) er et akademisk tidsskrift rettet mot studiet av organisasjoner. Tidsskriftet er flerfaglig, der bidrag kan komme fra disipliner som for eksempel økonomi, statsvitenskap, sosiologi, antropologi og psykologi. Bidragsytere kommer fra nordiske forskningsmiljøer eller tar opp tema knyttet til Norden. Bidrag er primært på skandinaviske språk.

Bedømmelse av artikler

Bedømmelse og oppfølging av innsendte artikler skjer også på nordisk nivå. Innsendte artikkelutkast vil bli bedømt anonymt av to eller tre personer etter prinsippet for «double blind review». Beslutninger om publisering tas av ansvarlig redaktør eller eventuelt gjesteredaktør(er). Vi legger vekt på at en bedømmelse ikke bare er et grunnlag for beslutning om publisering, men at den også er til hjelp for forfattere i videre arbeid.

Forfatters ansvar og rettigheter

Bidrag som sendes inn til NOS, skal ikke være under vurdering andre steder. Artikler kan imidlertid være presentert tidligere på konferanser eller forelegge som arbeidsnotat. Forfattere er selv ansvarlige for at materialet som publiseres i NOS, ikke innebærer brudd på noen opphavsrettigheter. Dette gjelder tekst, figurer og bilder. En artikkel i NOS kan ikke publiseres andre steder uten gjensidig enighet mellom forfatter(e) og Fagbokforlaget. Ved innsending av bidrag samtykker forfatter(e) i at Fagbokforlaget kan publisere bidrag digitalt på tidsskriftets passordbeskyttede nettsider. Forfattere er også ansvarlige for at deres bidrag ikke inneholder skrivefeil, er i galt format eller har andre faktiske feil. Bidrag som er antatt for publisering, vil sendes til forfattere for gjennomgang og korrigerings.

Innsending av artikler

Vanlige artikler skal sendes til redaksjonen som vedlagt fil til e-post (nos.rokkansenteret@uni.no), mens artikler til temanummer skal sendes til gjesteredaktør(er). Alle artikler skal være skrevet i Microsoft Word med dobbel linjeavstand og skrifttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12. Merk følgende:

- Forfatteren(e)s navn, adresse, telefon, faks og e-postadresse må oppgis i separat fil og ikke på første side av selve artikkelen.
- Legg ved kort sammendrag (inntil 200 ord) av artikkelen, ett på artikkelspråket og ett på engelsk. Det skal også oppgis fem til seks nøkkelord på originalspråket samt tilsvarende fem til seks «keywords» på engelsk. Legg dessuten ved en kort presentasjon av forfatter(e)s institusjonstillørighet, stilling, akademisk grad og interesseområder.
- Artikkelen bør være på mellom 6000 og 8000 ord.
- Artikkelen bør ikke ha mer enn tre overskriftsnivåer.
- Tabeller og figurer leveres på separate sider, og merk av i brodteksten hvor hver enkelt skal inn. De gis fortløpende nummerering: tabell 1, 2, 3 osv; figur 1, 2, 3 osv.

- Eventuelle noter plasseres bakerst i teksten (sluttnoter).
- Litteraturlisten gis overskriften «Referanser». Flere referanser av samme forfatter(e) listes opp kronologisk med den eldste referansen først. Referanser av samme forfatter(e) og år merkes a, b, c bak årstallet.

Kronikker, debattinnlegg og bokmeldinger

Utkast til kronikk eller debattinnlegg bør være på 1000–3000 ord og skal sendes til redaksjonen. Dersom du har forslag til bokmelding (litteraturgranskning), ta kontakt med redaksjonen.

Referanser settes opp på følgende måte:

(Bok)

Brunsson, Nils (2007). *The Consequences of Decision-Making*. Oxford: Oxford University Press.

(Artikkel i tidsskrift)

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

(Kapittel i bok)

Furusten, Staffan (2000). The Knowledge Base of Standards. I: Nils Brunsson & Bengt Jacobsson (red.): *A World of Standards*. Oxford: Oxford University Press.

Referanser i teksten

Bruk forfatter(e)s etternavn, kildens årstall og også sidenummer hvor det er nødvendig, for eksempel Czarniawska (2008:770), eller hvor kilden står i parentes: (Czarniawska 2008:770).

Når flere forfattere er opphavet til samme kilde, oppgis alle forfatteres navn hvis det er fra én til tre forfattere. Hvis det er flere enn tre, skrives navnet på første forfatter, fulgt av «mfl.», i løpende tekst kan man for eksempel skrive «forfatternavn og medforfattere», slik: «Czarniawska og medforfattere hevder at [...]».

Retningslinjer for vurdering av artikler til

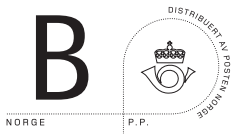
Nordiske Organisasjonsstudier

Hovedmålet med artikler som antas for publisering i NOS, er at de belyser nye og interessante sider ved organisasjoner eller organisasjonsforskningen. Bidrag skal ha en klar adresse til organisasjonsteoretiske problemstillinger. Vi vektlegger at artikkelen representerer et håndverksmessig høyt nivå på metode, argumentasjon og bruk av teori. Empiriske undersøkelser skal knyttes til teoretiske problemstillinger som har en bredere aktualitet enn det empiriske området som artikkelen gjelder. Bidragsytere kommer fra Norden eller tar opp tema knyttet til Norden. Der det er relevant, belyser de den nordiske versus den øvrige internasjonale forskningen på området.

For mer informasjon, se tidsskriftets hjemmeside:

<http://rokkan.uni.no/nos/>,

<http://www.fagbokforlaget.no/NOS>



Nordiske OrganisasjonsStudier

Innhold

ARTIKLER

| | |
|---|-----|
| Samhandlingsreformen i Norge Anders Grimsmo, Ralf Kirchhoff og Turid Aarseth | 3 |
| Strukturering av oppdragsnettverk Birgitte Ljunggren, Marit Solbjør og Hanne Hestvik Kleiven | 13 |
| Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? Åge Brekk og Ralf Kirchhoff | 37 |
| Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold Erna Håland og Tonje C. Osmundsen | 63 |
| Prosjektorganisering Janny Meese og Lars Rønhovde | 86 |
| Mot samhandlingskommunen? Turid Aarseth, Kari E. Bachmann, Ingunn Gjerde og Guri Kaurstad Skrove | 109 |