

# NOTAT

## FRÅ PROSJEKT TIL VARIGE ORDNINGAR

*Organisatoriske «grep» som kan bidra til å styrke kompetanse og samarbeid innan rehabilitering og førebyggjande helsearbeid*



Rapport frå Interkommunalt Samhandlingsprosjekt  
2011-2013

Brit-Marie Follevåg

N-Nr 5/2014

Avdeling for Samfunnsfag

 HØGSKULEN I  
SOGN OG FJORDANE



<b>TITTEL</b> Frå prosjekt til varige ordningar	<b>NOTATNR.</b> 5/14	<b>DATO</b> 2011-2013
<b>PROSJEKTTITTEL</b> Frå prosjekt til varige ordningar? Samhandlingsprosjekt	<b>TILGJENGE</b>	<b>TAL SIDER</b> 31
<b>FORFATTAR</b> Brit-Marie Follevåg	<b>PROSJEKTLIAR/-ANSVARLEG</b> Brit-Marie Follevåg	
<b>OPPDRAKSGJEVAR</b> HiSF	<b>EMNEORD</b> Samhandlingsreforma Kommunalt og interkommunalt samarbeid Kompetanse og nettverk	
<p><b>SAMANDRAG</b>          Samhandlingsprosjektet i Sunnfjord og Ytre Sogn har utgangspunkt i St.m.nr 47. S2008-2009 Samhandlingsreforma. Prosjektet omfatta tolv kommunar. Målet med prosjektet var å vurdere samarbeidsformer og samarbeidsfelt og eventuelle forankringar. Mitt prosjekt var å ta del i samhandlingsprosjektet som deltakande observatør, det målet var å sjå kva som fremja og hemma samarbeid, både internt i kommunane og på tvers av kommunane.          Eg deltok på møter med kommunane, møte i prosjektgruppa og interkommunale samlingar. Datamaterialet er samla sett frå eigne notat, frå ei rad ulike møte, samt referat og kartlegging i kvar kommune.          I prosjektperioden vart det avdekka og diskutert mange utfordringar kommunane har. I hovudsak handla desse om strukturelle utfordringar for å forbetre kommunikasjonen som skulle betre koordinering i pasientforløp. I tillegg var kompetanse og ressursar sentrale tema. Kva for kompetanse trengst, korleis legge til rette for robuste fagmiljø, samarbeid om kva og samarbeid med kven var gjennomgåande tema. Prosessen i prosjektet synte at forståing si betydning var vesentleg for å få til samarbeid. Fagpersonar innan førebyggjande helsearbeid og rehabilitering, politikarar, administratorar og brukarar representerte ulike kulturar og dermed ulike verdiar. Med fragmentert organisering av tenestene i dei einskilde kommunen og store kulturelle, demografiske og faglege skilnadar mellom kommunane, var dialog og forståing ei utfordring i arbeidet med å legge til rette for samarbeid for å sikre heilskapleg pasientforløp. Problemstillinga i mitt prosjekt var å sjå kva for organisatorisk grep som kunne styrke kompetanse og samarbeid når det gjeld rehabilitering og førebyggjande helsearbeid internt og på tvers av kommunar          Som teoretisk tilnærming til utfordringar knytt til framgmentert tenesteinndeling og felles forståing, har eg brukt diskursperspektiv.          Eg valde å knyte nettverkstanken til utfordringar som handlar om kompetanse, ressursar, organiseringsformer og arbeidsformer. Samarbeid internt og samarbeid på tvers av kommunar har eg valt å diskutere med utgangspunkt i økologisk og nettverksteoretisk tilnærming.</p>		
<b>PRIS</b>	<b>ISSN</b> 0806- 1696	<b>ANSVARLEG SIGNATUR</b> <i>Anne-Grothe Naurtødal</i>

## FRÅ PROSJEKT TIL VARIGE ORDNINGAR

*Organisatoriske «grep» som kan bidra til å styrke kompetanse og samarbeid innan rehabilitering og førebyggjande helsearbeid*



Rapport frå Interkommunalt Samhandlingsprosjekt  
2011-2013

Brit-Marie Follevåg

<b>TITTEL</b> Frå prosjekt til varige ordningar	<b>NOTATNR.</b> 5/14	<b>DATO</b> 2011-2013
<b>PROSJEKTTITTEL</b> Interkommunalt samhandlingsprosjekt	<b>TILGJENGE</b>	<b>TAL SIDER</b> 30
<b>FORFATTAR</b> Brit-Marie Follevåg	<b>PROSJEKTTLEIAR/-ANSVARLEG</b> Brit-Marie Follevåg	
<b>OPPDRAGSGJEVAR</b> HiSF	<b>EMNEORD</b> Samhandlingsreforma Kommunalt og interkommunalt samarbeid	
<p><b>SAMANDRAG</b></p> <p>St.m 47 Samhandlingsreforma(2008-2009)var utgangspunktet for prosjektet Samarbeidsnettverk i arbeidet med å vurdere samarbeidsformer og samarbeidsfelt og eventuelle forankringar.</p> <p>Metode: Eg deltok i prosjektet som observatør på møtet med kommunane, møte i prosjektgruppa og interkommunale samlingar. Datamaterialet er samal sett frå eigne notat frå ei ulike møte, samt referat og kartlegging i kvar kommune.</p> <p>Reslutat: I prosjektperioden vart det avdekket og diskutert mange utfordringar kommunane har. I hovudsak handla desse om strukturelle utfordringar for å forbetre kommunikasjonen som skulle betre koordinering i pasientforløp. I tillegg var kompetanse og ressursar sentrale tema. Kva for kompetanse trengst, korleis legge til rette for robuste fagmiljø, samarbeid om kva og samarbeid med kven var gjennomgåande tema. Prosessen i prosjektet synte at forståing si betydning var vesentleg for å få til samarbeid. Fagpersonar innan førebyggjande helsearbeid og rehabilitering, politikarar, administratorar og brukarar representerte ulike kulturar og dermed ulike verdiar. Med fragmentert organisering av tenestene i kommunen og store kulturelle, demografiske og faglege skilnader mellom kommunane, synte det seg at dialog og forståing er utfordrande.</p> <p>Problemstilling: Kva for organisatorisk grep kan styrke kompetanse og samarbeid når det gjeld rehabilitering og førebyggjande helsearbeid internt og på tvers av kommunar?</p> <p>Teori: Eg valde å knyte nettverkstanken til utfordringar som handlar om kompetanse, ressursar, organiseringsformer og arbeidsformer. Samarbeid internt og samarbeid på tvers av kommunar har eg valt å diskutere med utgangspunkt i økologisk og nettverksteoretisk tilnærming.</p> <p>Som teoretisk tilnærming til utfordringar knytt til fragmentert tenesteinndeling og felles forståing, har eg brukt diskursperspektiv.</p>		
<b>PRIS</b>	<b>ISSN</b>  <b>0806- 1696</b>	<b>ANSVARLEG SIGNATUR</b>

## Føreord

Frå prosjekt til varige ordningar i kommunal helse- og omsorgssektor er FOU arbeid ved HiSF. 12 kommunar i Sunnfjord har fått økonomiske midlar til prosjektet samhandlingsnettverk innan helsetenesta i samarbeidskommunane.

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma «Rett behandling – på rett sted – til rett tid» vert det sagt at betre samhandling bør vere eit av helse- og omsorgstenestene sine viktigaste utviklingsområde. Stortingsmeldinga er utgangspunktet for prosjektet.

Mitt FOU arbeid har bestått i å delta som observatør i prosjektet. Målet er å observere og vurdere faktorar som kan ha betydning for om prosjektarbeidet kan resultere i varige ordningar.

Målgruppa for rapporten er dei som er engasjert i kommunal organisering, forvaltning og planlegging av tenester.

Eg vil takke kommunane for at dei gav meg høve til å ta del i diskusjonar og innsikt i det «indre liv». Prosjektarbeidarane fortener stor takk, fordi dei gjorde jobben med å kople meg på og ta meg med på kommunebesøk og møter.

Sogndal, den 6.oktober 2014

Brit-Marie Follevåg

## Samandrag

St.m 47 Samhandlingsreforma(2008-2009)var utgangspunktet for Prosjekt Samarbeidsnettverk i arbeidet med å vurdere samarbeidsformer og samarbeidsfelt og eventuelle forankringar.

Eg deltok i prosjektet som observatør. Målet mitt var å få fram erfaringar kommunane gjorde seg i prosjektperioden og vurdere desse. Referat frå møta, eigne notat, resultat frå kartlegging var sentrale data når eg skulle vurdere kva som kunne danne grunnlag for meir varige ordningar internt i kommunane og i interkommunalt samarbeid.

Prosjektet vart avslutta med at prosjektgruppa kom med si oppsummering av utfordringar og tilrådingar. Hovudfokuset i rapporten er *kva* erfaringar og utfordringar kommunane har, kva skal til for å få eventuelle endringar. Kommunane peikar på utfordringar med å legge til rette for heilskapleg tilnærming i pasientforløp. Forbetre kommunikasjonen som skulle betre koordinering i pasientforløp, vart nemnd som strukturelle utfordringar. I tillegg til systematikk i høve interndialog, vart kompetanse, ressursar og læring sentrale tema. Kva for kompetanse trengst, korleis legge til rette for robuste fagmiljø, samarbeid om kva og samarbeid med kven var gjennomgåande tema?

Eg valde å knyte nettverkstanken til utfordringar som handlar om kompetanse, ressursar, organiseringsformer og arbeidsformer. Samarbeid internt og samarbeid på tvers av kommunar har eg valt å diskutere med utgangspunkt i økologisk og nettverksteoretisk tilnærming. Prosessen i prosjektet synte at forståing si betyding var vesentleg for å få til samarbeid. Fagpersonar innan førebyggjande helsearbeid og rehabilitering, politikarar, administratorar og brukarar representerte ulike kulturar og dermed ulike verdiar. Med fragmentert organisering av tenestene i kommunen og store kulturelle, demografiske og faglege skilnadar mellom kommunane, synte det seg at dialog og forståing er utfordrande. For å tilnærma meg desse utfordringane, har eg nytta diskursteori.

Prosjektet prioriterte å utforme kartleggingsskjema og utføre kartlegging i kommunane. Målet var å få oversikt over den einskilde kommune sin situasjon innan folkehelse og rehabilitering. Resultata frå denne kartlegginga er for meg eit sentralt og nyttig utgangspunkt for kva eg meiner den einskilde kommune kan jobbe vidare med internt. Hovudsakleg sa resultata frå kartlegginga noko om ressursar(økonomi, kompetanse, tverrfagleg og målretta tilnærming til førebygging og rehabilitering) og nytte faglege ressursar, fokusere på dialog og

tiltak for kommunikasjon, samt sikre heilskapleg tilnærming i pasientforløp. I tillegg gav kartlegginga god oversikt over kva område der det var aktuelt med meir interkommunalt samarbeid.

# Innhold

Innleiing.....	7
2 Bakgrunn.....	8
3 Prosjektbeskriving.....	9
3.1 Prosjektorganisering.....	10
3.2 Møte.....	11
3.4 Dokumentasjon.....	12
4 Metode.....	12
4.1 Deltakande observatør.....	12
4.2 Kjelde.....	13
4.3 Etikk.....	14
5 Teori.....	15
5.1 Organisering i eit systemperspektiv.....	15
5.2 Nettverk.....	17
5.3 Læring, kunnskap og kvalitet i organisasjonar.....	18
5.4 Diskurs og diskursteori.....	19
6 Gjennomføring og resultat.....	21
6.1 Generelle tiltak og utfordringar.....	21
6.2 Førebyggande helsearbeid.....	24
6.3 Rehabilitering.....	26
7. Kan nettverk styrke samarbeid og kompetanse?.....	27
7.1 Språk og forståing.....	28
7.2 Nettverk og samarbeid.....	32
8. Konklusjon.....	36
Litteraturliste	



## 1. Innleiing

Bakgrunnen for denne rapporten er underteikna si deltaking som observatør i eit interkommunale Samhandlingsprosjektet: ”Samhandlingsnettverk innan helsetenesta i samarbeidskommunane». Samhandlingsprosjektet starta opp i januar 2011. Tolv kommunar frå Sunnfjord og Ytre Sogn deltok.

Hovudmålet for Samhandlingsprosjektet var å vurdere og legge til rette for samarbeid, med utgangspunkt i stortingsmeldinga om samhandlingsreforma. I prosjektperioden ville ein prøve å få til auka samarbeid ved å skape betre administrativ og politisk forankring, samt styrkje motivasjon hjå dei tilsette i kommunane som deltok og i det aktuelle helseføretaket. Prosjektet ville også arbeide med å kvalitetssikre og tryggje førebyggings- og behandlingstiltak for pasientane, og gjere desse meir kostnadseffektive. Prosjektet skulle kartlegge tenesteproduksjonen innan førebyggande helsearbeid og rehabilitering, samt samhandlingstiltak og samhandlingsarena. Målet var å få oversikt over på kva område pasientar kan ha nytte av interkommunalt samarbeid, initiere formålstenelege samhandlingsprosjekt, foreslå og etablere samhandlingsarena.

Min fagbakgrunn er psykiatrisk sjukepleie. Jobberfaringane er frå klinisk arbeid innan psykiatri og somatikk. I tillegg har eg vore leiar både innan psykisk helsearbeid og eldreomsorg. Erfaringar med samansette helseutfordringar, organisering og forvaltning av tenester har både engasjert meg og inspirert meg til å jobbe vidare med utfordringar ein ofte står overfor når hjelpebehova er komplekse. I denne samanheng vil eg bruke omgrepet organisasjon, med den forståelse at det er bestemte aktørar som jobbar saman for å oppnå noko bestemt (Fischer og Sortland 2001). Slik hjelpeapparatet er bygd opp, så er det altså mange ulike organisasjonar, med sine særegne mål og rammer, tenestemottakarar må forhalde seg til. For å vurdere utfordringar ved heilskapleg hjelpeforløp, nyttar eg meg av systemteoretisk forståing av organisasjonar. Det som kjenneteiknar systemteori er kommunikasjon og det å oppretthalde likevekt. Den krafta som trengst for å høyre saman er vesentleg. Heilskap og delane som høyrer til og påverkar kvarandre, er interessant analysenivå.

I løpet av prosjektperioden deltok eg på ulike møte, fagdagar, diskusjonar og oppsummeringar. Prosjektperioden var i utgangspunktet sett til å vere frå januar 2011 til august 2012. Prosjektarbeidet mitt var ein prosess der erfaringar, faktiske forhold, vilje til

forbetring og diskusjonar var sentrale. Som observatør har eg hatt muligheit til å ha eit ”sett frå sida blikk”. Med dette blikket har eg notert meg tema som eg meiner er interessante relatert til samhandling og endringar som eventuelt kan sikre varige ordningar. Desse tema og konklusjonar i prosjektet er grunnlaget for diskusjon og refleksjon i rapporten. Prosjektet har utforma oppsummering og tilrådingar. Denne rapporten viser til nokre av desse, spesielt dei eg meiner er føremålstenleg for deltakarkommunane og det som har overføringsverdi til andre kommunar.

Rapporten er i hovudsak avgrensa til å handle om kommunalt og interkommunalt samarbeid. Samarbeid mellom kommunar og helseføretak vert ikkje vigd særskild merksemd her.

**Problemstilling:** *Kva for organisatoriske «grep» kan styrke kompetanse og samarbeid når det gjeld rehabilitering og førebyggjande helsearbeid internt og på tvers av kommunar?*



## 2. Bakgrunn

Gjennom samhandlingsreforma vart det lagt større vekt på førebygging av sjukdom, tidleg intervensjon, tidleg diagnostisering, behandling og oppfølging har kommunane fått større utfordringar sidan samhandlingsreforma er innført.

Samhandlingsreforma har både pasientperspektiv og økonomisk perspektiv som utgangspunkt for målsettinga. Pasientar skal få koordinerte tenester og ressursar skal nyttast på effektivt vis.

Pasientforløp skal vere prega av heilskapleg innsats i tenesteytinga. Utfordringar er å utarbeide system som er retta inn mot heilskapen. Samhandling er hovudtema, som rettar seg både mot individnivå, systemnivå og fagnivå. St.meld. 47 definerer samhandling slik:

*”Uttrykk for helse- og omsorgstenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå felles mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte” (St.meld.4. 2008-2009,s.13)*

Den faglege hovud merksemda er retta mot folkehelsearbeid, førebyggjande helsearbeid og rehabilitering. Utfordringar knytt til dette er kompetanse og avklaringar på kva innsats dei

ulike einingar og forvaltningsnivå innan helse- omsorg og velferdstenester skal bidra med. Meldinga omtalar folkehelse som ”flere leveår med god helse”(s.86) Dette skal vere resultatet av ei samla samfunnssatsing. Førebyggande helsearbeid er retta inn mot tre ulike nivå: Primærførebyggande arbeid(som del av folkehelsearbeidet) skal ha hovudvekt på å redusere og fjerne risiko for sjukdom og redusere fare for skade. Sekundærførebyggande arbeid skal rettast mot dei som er utsette for helsesvikt og syte for betring av helse og førebygge tilbakefall. Tertiær førebygging skal legge til rette for at langvarig og kronisk sjukdom ikkje vert forverra, samt yte hjelp til å leve med helsesvikten og meistre kvardagen. Skiljet mellom førebyggande arbeid på tertiært nivå og rehabilitering kan være noko uklart. Rehabilitering er særskilt definert i stortingsmeldinga som:

*”Tidsavgrenset, planlagte prosesser med klare mål og virkemiddel, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerne sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet” ( s.62).*

### **3. Omtale av prosjektet**

Prosjektet ”Samhandlingsnettverk innan helsetenester” skulle ha fokus på utfordringar knytt til samhandlingsreforma. Prosjektet tok til i januar 2011 og varte til august 2012.

Kommunane skulle imøtekomme St.m.nr. 47 sine krav om å førebygge helsesvikt, rehabilitere etter sjukdom og redusere innleggingar i sjukehus. Kommunane vart utfordra på sjølve å finne løysingar på samarbeidsformer, der alle aktørar var med. For å utnytte ressursar og kompetanse, var behovet for kartlegging og samarbeid, både internt i kommunane og på tvers av kommunar, sentralt.

Dei tolv deltakarkommunane i prosjektet er Askvoll, Fjaler, Naustdal, Solund, Bremanger, Gaular, Høyanger, Førde, Flora, Jølster, Balestrand og Hyllestad. Folketalet i kommunane varierte frå om lag 850 til 12000. Kommunane skil seg og frå kvarandre når det galdt demografi, fagkompetanse, geografi, organisering og kultur.

Kommunane gjekk saman om å søke om finansiering til prosjektet, der målet var å kome i gang med planarbeid for å imøtekomme statlege krav.

Effektmåla var:

- bidra til politisk og administrativ forankring

- bidra til semje om kva for område helsetenestene skal inngå interkommunalt samarbeid om
- bidra til å setje i verk konkrete samarbeidsprosjekt innan prioriterte områder

Prosjektet består av to konkrete delprosjekt:

- 1) Samhandling innan fagområda førebyggande helsearbeid.

Målet var å kartlegge organisering av tenestetilboda miljøretta helsevern, smittevern og folkehelse i deltakar kommunane.

- 2) Samhandling innan fagområdet rehabilitering.

For å nå måla var det blant anna nødvendig å kartlegge kva kommunane hadde for kompetanse og kapasitet til å gjere sjølve, kva kunne ein samarbeide med andre kommunar om og kva skulle ein samarbeide med helseføretak om. Kartlegginga vart gjennomført ved at aktuelle aktørar innan dei respektive fagområda (førebygging og rehabilitering) i kvar einskild kommune, svara på spørjeskjema. Prosjektet skulle vidare kartlegge avtalar som var gjeldande mellom ulike kommunar og mellom kommunar og helseføretak. Målet med kartlegginga var å få oversikt over eventuell samhandling, utviklingsbehov og eventuelle avtalar. På bakgrunn av status, skulle prosjektet foreslå moglege tiltak og arena for samhandling.

Andre tiltak var å gjennomføre samlingar for politikarar, administrativt og fagleg personell i deltakarkommunane, saman med representant frå helseføretaket, syte for opplæring, gje informasjon og føreslå område der ein i større grad kunne samhandle.

Kvar kommune avgjorde sjølv kven som skulle vere kommunen sine representantar i prosjektet.

### **3.1 Prosjektorganisering**

Prosjektet var organisert med ei styringsgruppe som bestod av ordførarane frå dei tolv deltakarkommunane, ein representant frå helseføretaket og leiaren for prosjektet. Ansvaret til gruppa var å syte for forankring og legge til rette for planlegging, gjennomføring og rapportering mellom kommunane og helseføretaket. Styringsgruppa skulle sikre at avgjersler som vart teke i prosjektperioden, vart gjennomførte. I tillegg til einskilde møte med prosjektgruppa, fekk styringsgruppa informasjon om diskusjonar og konklusjonar fortløpande i prosessen. Prosjektgruppa bestod av representantar frå åtte av deltakarkommunane. Representantane hadde fagleg, administrativ eller politisk rolle i dei respektive kommunane. I tillegg til desse deltok dei tre som var tilsette i prosjektet som leiarar for kvar sine fagområde (rehabilitering, førebyggande helsearbeid og koordinering) pluss ein representant frå

helseføretaket. Prosjektgruppa skulle utarbeide tiltaksplan og framdriftsplan for prosjektet, tilsette prosjektleiarar og sjå til at planlagt arbeid vart gjennomført. I tillegg hadde prosjektgruppa ansvar for å orientere, rapportere og informere styringsgruppa om både innhald og prosess. Prosjektet føreslo arbeidsgrupper som sentrale forum for å ivareta samarbeidsinteresser i og mellom kommunar. Formålet var at representantane skulle ivareta interessene til tilsette og brukarar. Referansegruppa bestod av representantar frå kommunalt råd for funksjonshemma og eldre, samt frå brukarutval i helseføretaket. Målet var at denne gruppa skulle gje råd og inspirere med utgangspunkt i faglege tema. I tillegg hadde gruppa ansvar for at resultata vart forankra i dei respektive system.

Prosjektet tilsette tre personar (prosjektleiarar) som skulle leie kvar sitt delprosjekt. Desse blei organiserte som team og skulle utføre arbeid som vart vedteke i prosjektgruppa. Delprosjekt «koordinering» hadde ansvar for å koordinere arbeidet og var bindeleddet mellom prosjektgruppa og leiarane av delprosjekta. Leiar for delprosjekt «koordinering» skulle hjelpe kommunar med søknad og intern organisering. Leiar for delprosjekt «rehabilitering» skulle ha ansvar for betre utnytting av ressursar og målretta samhandling i den einskilde kommune og mellom kommunar.

Leiar for delprosjekt «førebygging» skulle ha ansvar for tema folkehelse, smittevern og miljøretta helsevern i arbeidet med kommunale og interkommunale løysingar.

### **3.2 Møte**

Prosjektgruppa hadde møte om lag ein gong kvar månad og utforma prosjektdirektiv, laga framdriftsplan og føretok nødvendige avklaringar og justeringar undervegs. Ved oppstart av prosjektet hadde prosjektteamet dialogmøte med alle deltakarkommunane. På dialogmøta fekk alle den same informasjon, og det vart lagt opp til presentasjon og drøftingar som felles utgangspunkt. Deltakarane fekk informasjon om prosjektet ”Samhandlingsnettverk for helsetenester”, utfordringar knytt til Samhandlingsreforma og informasjon om kartleggingsarbeidet som skulle gjennomførast. Kommunane vart utfordra på å formidle eigne utfordringar, muligheiter og kommunen sine særtrekk og fordelar. Møtet skulle gje rom for utveksling av forventningar mellom kommunen og prosjektet. Eigarforhold, medverknad, informasjon og kommunikasjon var sentrale faktorar i prosjektprosessen. Prosjektgruppa skulle gjennomføre planlagde møte i prosjektperioden, men dei kom i tillegg saman etter behov. Plan, framdrift og nødvendige avklaringar var hovudsakleg innhald på møta.

### **3.3 Dokumentasjon**

Etter kvart dialogmøte vart det skreve utfyllande referat. Det vart utforma mal for tema i møta og referatet vart skrive innanfor malen. Kommunane fekk tilsendt referatet frå møte. Når alle dialogmøter var gjennomført, oppsummerte prosjektgruppa og planla framdrift. Kartleggings-skjema vart utarbeidde av leiarane for delprosjekta. Kvar einskild kommune skal svare på desse. Det samla resultatet vart presentert både for den einskilde kommune, og for prosjektgruppe og styringsgruppe

## **4 Metode**

Samhandlingsnettverket utlyste prosjektstillingar i lokale aviser. Prosjektomtale og utlysingsteksten fenga mi interesse. Eg tok kontakt med prosjektleiinga og formidla ynskje om å delta i prosjektet. Bakgrunnen for ynskjet om å delta, var interesse for korleis diskusjonar, planlegging, organisering og samarbeide kan bidra til endringar. I tillegg hadde eg ynskje om å sjå kva som eventuelt kan bidra til endringar og eventuelle utfordringar når endringar skal integrerast i dei ulike systema. Deltakarane hadde fått både skriftleg og munnleg informasjon om mi deltaking. Eg formulerte i brev at eg hadde ynskje om å delta på dialogmøta som observatør og prøve å notere meg alt som kom fram. Mine observasjonar og data formidla eg kunne brukast som blant anna grunnlag for utforming av kartleggings-skjema som deltakande kommunar skulle svare på.

Framgangsmåten min i prosjektet vart å veksle mellom å ta del i delar av prosjektet og å vere observatør. Eg vil i det fylgjande gjere meir greie for ulike kjelder, rolle og utfordringar.

### **4. 1 Deltakande observatør**

Data eg samla, gjorde eg ved å notere det deltakarane snakka om, las skriv og referat. I tillegg kunne eg spørje deltakarane om tema eg ville utdjupe. I rolla som observatør tenkte eg at eg kunne veksle mellom å delta aktivt i delar av diskusjonane og kanskje dele synspunkt og observasjonar med deltakarane i prosjektet. Rolla eg hadde bar meir preg av å vere observerande deltakar (Malterud 2011). Dette innebar at eg kunne distansere meg frå både tema, eigne reaksjonar og kjensler knytt til desse, og frå relasjonen til ulike deltakarar i prosjektet. Fordelen med dette var at eg hadde eit betre utgangspunkt for å observere, og

kunne konsentrere meg om det viktige i diskusjonane. Dette har gjort det mogleg for meg å analysere både prosessen og innhaldet. Det kan likevel vere eit problem at mi subjektive oppfatning står i stor kontrast til det deltakarane hevdar. I tillegg til ulike møte, var vi saman i pausar og på reiser. Her hende det at vi «metakommunikerte» om tema som hadde vore diskutert. Eg kunne til dømes stille spørsmål som skulle oppklara, og det hende at eg blei beden om å kome med synspunkt. Nokre gonger kom eg og uoppfordra med synspunkt. Eg trur nok at eg hadde ein katalysatorfunksjon, fordi mine spørsmål og refleksjonar førte i nokre samanhengar til endring. Eksempel på dette var formidlinga til kommunane om kva som var mål med prosjektet. Som observatør i møte der dette vart formidla, oppfatta eg mål som uklart. Målsettinga var etter dette omformulert og presisert.

Erfaringar om kva som nyttar og kva som eventuelt skal til, vil ha verdi både for ulike forvaltningssystem og brukarane med langvarige og samansette hjelpebehov.

Å sitte på «sidelinja» var for meg ein naturleg posisjon og det påverka tilsynelatande verken diskusjonar eller informasjon. Eg noterte alt eg høyrde, skreiv med ulike fargar og brukte ulike symbol for å tydeleggjere for meg sjølv kva eg hadde høyrte det forskjellige som og kva assosiasjonar dette gav. Eksempelvis nytta eg blåfarge når eg siterte det som vart sagt og grønt når eg la til egne kommentarar eller spørsmål eg hadde. Grunnen til at eg noterte alt, var at det kunne dukke opp tema som kunne påverke vidare arbeid og opne opp for nye og interessante tema. Problemet mitt var å avgrense kva perspektiv og tema eg skulle konsentrere meg om. Det var mange interessante tema som handlar om både fag knytt til førebygging og rehabilitering, om struktur og organisering, om samarbeid og ikkje minst om prosessen i prosjektet. Som synleg ivrig skribent hadde eg tenkt at det ville påverke deltakarane og kanskje tru at dei ville vere nyfiken på det eg skreiv. Å få vere fri til å observere, notere og analysere gjev mange muligheiter. Utfordringane med det er i hovudsak knytt til min relasjon til deltakarane og min respekt for meiningar og haldningar dei har.

## **4.2 Kjelde**

Datamaterialet mitt var i hovudsak dei offisielle referata frå møta og mine egne notat frå møta. Notata mine bygde på det eg såg og høyrde på dialogmøta, på møte i prosjektgruppa og møte i styringsgruppa. Dette blei til eit omfattande datamateriale om både innhald og prosess. Prosjektet hadde eige prosjektdirektiv, der både mål og virkemiddel gjekk fram. I tillegg brukte eg tilrådingane frå prosjektgruppa som kjelde.

St.meld.nr. 47(2008-2009) «Samhandlingsreformen Rett behandling-på rett sted-til rett tid» er og eit sentralt utgangspunkt for prosjektet. Det var naturleg å forholde seg til innhaldet i

reforma som ein del av kjeldematerialet. Stortingsmeldinga sitt fokus var på utfordringar knytt til pasientperspektiv og samfunnsøkonomisk perspektiv. Betre samhandling var lagt vekt på som vesentleg for å imøtekomme utfordringar.

Data eg hadde samla inn, ville eg bruke i ein rapport. I tillegg har eg formidla at mine data kan nyttast av deltakarane i prosjektet.

### 4.3 Etiske utfordringar

Det kunne i blant vere utfordrande med både avstanden og nærleik til både personane og tema. Eg kjenner meg igjen i det Fangen (2004) omtalar som delvis deltakande observatør, der eg kunne ha ei «*fremmendgjerdende distanse*» (s.74). Dette førte til at eg kunne observere noko som påverka meg og at eg handla på måtar i samspelet som eg ikkje var spesielt stolt av. Eksempelvis kan eg nemne når ein deltakar i prosjektet korrigerer og avviste ein annan deltakar sine meiningar og synspunkt. Dette påverka mine haldningar til vedkommande, slik at eg måtte jobbe for faktisk å høyre etter og konsentrere meg om innhaldet, når vedkommande snakka. Under nokre møte hadde eg rolla som referent. Som referent følte eg meg meir som deltakar i prosjektet, enn når eg noterte for eigen del. Desse ulike rollene trur eg kunne virke forvirrande på deltakarane, noko som kunne påverke deira kontakt med meg (Fangen 2004). På dei møta eg hadde oppgåva med å vere referent, hende det eg til dømes deltok ved å stille spørsmål og be om gjentaking eller forklaring på det som vart sagt, for at det skulle kome klart fram i referatet. Når eg var observatør, var eg meir tilbaketrekt og noterte mykje, utan å dele tankar eller stille spørsmål. Eg trur at mi deltaking kunne opplevast uavklart, noko som kunne føre til at deltakarane vart usikre på meg og mi rolle.

Deltakarane i prosjektet er del av offentleg forvaltning og er med det som utgangspunkt i «offentligheitas lys». Eg ynskjer likevel å verne om den einskilde og freistar å unngå at utsegn eller hendingar kan sporast til personen. Grunnen til dette er tanken om at det eg ser og høyrer er mi tolking, men korleis det faktisk er meint er det berre formidlaren sjølv som veit. Deltakarkommunane har gjeve meg samtykke til å delta og til å gjere mine observasjonar, vurderingar og eventuell formidling. Eg opplevde likevel at så lenge eg ikkje var konkret og tydeleg på kva eg ville observere og rette fokus mot, var dette eit dilemma når eg tolka og analyserte datamaterialet (Fangen 2004).

Utgangspunktet for analysen er datamateriale frå eigne notat og offentlege dokument. Eg opplevde at datamaterialet var overveldande, fordi det kom opp mange fleire tema og problemstillingar enn kva eg hadde forventa. Eg valde å sortere data i kategoriar. I hovudsak



har eg gjort dette ved å merke tekst med ulike fargar. Kvar farge har fått eige namn eller eiga overskrift. Min bakgrunn som utøvande psykiatrisk sjukepleiar i kommunal og statleg forvaltning, samt interesse for organisasjonsteori, påverkar kategoriane. Teoretisk perspektiv som skal belyse data, er ei tilnærming som eg har valt på bakgrunn at interesse.

Dette interkommunale samarbeidet mellom så mange kommunar er unikt. Erfaringar frå arbeidet vil truleg ha verdi både i fylket og i landet elles. Eg vonar eg med mine refleksjonar, erfaringar og innsamla data kan bidra til både konkrete tiltak og bevisstgjerings på utfordringar.

## 5. Teori

Sentrale tema i prosjektet er samarbeid, kunnskap og kompetanse, ressursar, motivasjon og inspirasjon. Innfallsvinklar eg har valt for å belyse desse tema er teoriar om læring, organisasjonar, nettverk og diskurs.

Deltakarar i prosjektet kjem frå kommunar med sine særeigne kulturar og særeigne strukturar. Dei skal samarbeide og kome fram semje om bestemte målformulerte tema. Samhandlinga i prosjektet skal gjennom samtalar og refleksjon kunne endre og utvikle praksis.

### 5.1. Organisering i eit systemperspektiv

Kven som er naturlege deltakarar i prosjektet er delvis definert av kvar einskild kommune. Ein kommune er ein organisasjon – eller eit system – som består av fleire subsystem.

” *Organisasjoner er sosiale enheter (eller grupper av mennesker) som blir konstruert og rekonstruert i den hensikt å søke bestemte mål*” (Etzioni, 1978, s. 11). Kven som er deltakarar inn i systema, kven som påverkar heilskapen med sin kunnskap og sine erfaringar, er vesentleg for å avklare problemstillingar og for å nå mål. For å få oversikt og tilgang på ressursar, er økologisk tilnærming og nettverkstenking metodar som kan nyttast. Luhmann (Kneer og Nassehi 1997) meiner system ikkje kan eksistere av eiga kraft, men har utvikla mekanismar for autopoiesis. På denne måten kan eit kvart system oppretthalde stabilitet. Kommunane sin storleik, geografiske og demografiske situasjon, organiseringsformer og ulike ressursar (økonomi og tilgang på fagpersonar) er ulike. Systemteoretisk tenking, vil eg tru kan gje kommunane det handlingsrommet som skal til for å regulere seg og bli

sjølvstendige. Oversikt over interne ressursar og avgrensinga, kan skape ei bevisstgjerung. Med denne som utgangspunkt, kan det vere lettare å bli bevisst ressursar utanfor eige system. Omgrepet «økologisk modell» og «nettverkstenking» har sitt utgangspunkt frå systemteorien. I økologiske utviklingsmodellar er hovudessensen gjensidig tilpassing og systematisk måte å tenke allmenmenneskelege vilkår, sosialisering og vekst (Klefbeck og Ogden 1996). Uri Bronfenbrenner (1979) er psykolog og pioner på dette området. Han deler det økologiske miljøet som ein person er omgitt av, inn i sirklar. Dei ulike sirklane er systematisk inndeling på nivå i miljøet ein har rundt seg og gjev eit klart bilde på heilskapen. Nivåa handlar om nærleik og avstand. Økologisk perspektiv har eit "fotfeste" i systemteori. Det omfattar alt som kan påverke indirekte eller direkte. Perspektivet gjer eit forsøk på å blande sosiologisk og individualpsykologisk tilnærming. Fokuset er på samspelet mellom dei ulike miljøa som aktøren rører seg i mellom. Nivåa vert kalla mikro(primærgrupper, der deltakarane er tilstade og påverkar kvarandre), meso, ekso og makro (op.cit). Slik eg vel å forstå Luhman (Kneer og Nassehi 1997) si beskriving av sosiale system, samanliknar eg dette med det han kallar organisasjonssystem. Her er medlemmane knytt til bestemte føresetnader. Dette fører igjen til bestemte reglar og åtferdsmønster. Organisasjonen vert avgrensande både for medlemmane og dei som står utanfor. På mesonivå er det overlappinga som eventuelt finst mellom dei ulike gruppene på mikronivå og det samspelet som er mellom desse, som er vesentleg (Klefbeck og Ogden 1996). Kvar for seg kan dei ulike gruppene karakteriserast som eit lukka system. I realiteten er dei ulike gruppene del av eit større heile, der samspelet mellom dei har utviklingspotensial. Dette vil avhenge av kjennskap til kvarandre, og at det er ein viss intimitet eller tettleik.

Eksosystem refererer til miljø der individet sjeldan er til stades. I desse miljøa kan det likevel takast avgjersler som kan ha innverknad på individet (op.cit). Døme her kan vere pårørande sitt nettverk eller interesseorganisasjonar. Makronivå er den yste sirkelen. Dette er storsamfunnet sitt mønster av verdiar, økonomi, kultur og tradisjonar som igjen omsluttar dei andre nivåa (op.cit). Særpreget for både nettverk- og økologisk tilnærming er at dei er samspelesorientert og målet er å inkludere flest moglege faktorar som påverkar heilskapen. Eg vel å sjå på organisasjonen som eit ope system. System vert av Luhman (Kneer og Nassehi, 1997) definert som noko samansett og som er meir enn summen av sine delar. Openheit er at systemet med sine meir eller mindre faste strukturar, er dynamisk. Utviklingsprosessane er påverka av input frå omgjevnaden, og resultatet(output) av endringane eller arbeidet påverkar omgjevnaden. Organisasjonen eksisterer i miljø, og dermed vert ein utfordra på visse krav om gjensidig tilpassing. Det karakteristiske ved systemisk tenking er heilskap. Ein kan ikkje

jobbe med heilskap og verdiane av det, ved å berre sjå på einskilde deler. Menneska vert forstått ut i frå det systemet dei er en del av. Ved tilnærming til problem er fokuset på meistring, ressursar og dei unike positive utvegane. Metodane ber preg av å være dialogiske og prosessorienterte. Elementa i systema – til dømes hjelparane, brukaren og pårørande – tar med seg sitt kart og si historie, erfaringar og kunnskap inn i konteksten. Desse er verdifulle innspel når ein saman skal arbeide for å nå eit gitt mål (Fyrand 2005).

Prosjektet er eit konstruert system og aktørane her skal samhandle innan ei bestemt ramme, over ei bestemt tid. Prosjekt er definert som oppdrag som skal løyse eingongsoppgåver, med klart definert mål (Westhagen 2008). Matriseorganisering ser på tvers og er eit ope system som utnyttar resursar godt. Westhagen understrekar at dette utfordrar både kommunikasjon og samarbeid.

## 5.2 Nettverk

Definisjon på system er *”en helhet som består av deler som er koplet sammen på en slik måte at forandringer i en del har innvirkning på andre deler”* (Schieflo 2003, s. 69). Eit system består av mange deler på mange nivå, og avkoplingane og samspelet mellom desse.

Komponentane i systema er individa. Individa vert forstått ut i frå det systemet dei er ein del av. Den einskilde si oppleving av seg sjølv, andre, og verda er ”kart” som er oppstått som eit resultat av samhandling med andre. Ved tilnærming til problem er fokuset på meistring, ressursar og dei unike positive utvegane. Metodane ber preg av å være dialogiske og prosessorienterte.

Nettverk betyr samankoplingar og består av dei grupper eller personar som har kontakt med kvarandre. Nettverksteorien har sitt utspring frå systemteorien. Jacobsen (2014) har i si omtale av interkommunalt samarbeid nemnt nettverk både som organisasjonsform og analytisk tilnærming. Sentralt for desse tilnærmingane er koordinering og styring av aktivitet. Strategien ved nettverksarbeid er vedlikehald, utviding, utdjuping, *r*edefinering og sanering. Desse strategiane brukast gjerne om kvarandre, og desse vil gjerne uvilkårleg påverke kvarandre.

Med denne arbeidsforma ser ein på forhold innan nettverket (sosiale system på eit eller anna nivå) og forhold utanfor, som verkar inn. Kartlegging av ressursar og delar som er involvert, kan avdekke krefter og moglegheiter i fleire etatar, instansar eller nivå. Ikkje berre innan same organisasjon. Dette kan vere utgangspunkt for fordeling av oppgåver og ansvar. Bergek m.fl.(2008) framhevar sentrale funksjonar ved nettverk. Eg vil i denne samanhengen trekke fram fire av desse funksjonane. Den første er incentiv til å bli medlem og handlar om

nytteverdien. Utvikling og spreiding av kunnskap er den andre og har fokus på kva for kunnskap som finst og korleis den både blir danna og korleis den vert spreidd. Den tredje fokuserer på legitimiteten nettverket har og kvar. Den siste funksjonen til nettverk eg vil trekke fram, er mobilisering av ressursar.

Særpreget med nettverk er samspel og inkludering av flest moglege faktorar som påverkar heilskapen (Fyrand 2005). Kven som er aktørar inn i eit system og kven som påverkar heilskapen, er verd å sjå nærmare på. På denne måten får ein ekstra merksemd på dei ressursar og avgrensingar som finst, noko som igjen er sentralt når ein skal sjå på kva ein skal gjere, kvifor ein skal gjere dette, kven skal være med, kvifor skal desse være med, korleis skal ein samhandel. Både relasjonen mellom aktørane og forhold i organisasjonen har innverknad. Jacobsen (2014) omtalar interkommunalt samarbeid som nettverk, der han syner til klassifisering av ulike nettverk. I denne samanhengen finn eg det naturleg å nemne læringsnettverk (møteplassar for utveksling) og produksjonsnettverk(samarbeid for å produsere teneste).

Kartlegging av ressursar og deler som er involvert, kan avdekke ressursar i fleire etatar, instansar eller nivå, ikkje berre innan same organisasjon. Denne arbeidsdelinga og tydeleggjeringa av ansvar er viktig når mange personar er involverte og når desse skal klare å samle seg rundt eit formalisert og profesjonelt arbeid.

### **5.3 Læring, kunnskap og kvalitet i organisasjonar**

I ein organisasjon vil dei som jobbar der etterkvart ha internalisert både normer, verdiar og grunnleggande tankar. Kulturen vil dermed ha rammer og normer på kva som er høveleg og rett åtferd i ulike situasjonar, samt seie den noko om kva mekanismar og samanhengar medlemmane trur finst ( Jacobsen og Thorsvik 2002). Om organisasjonen har ein sterk eller svak kultur vil påverke læring og eventuelle endringar. Ein sterk kultur ber preg av at verdiar og normer er godt forankra i medarbeidarane, og at dei står samla om opplevinga av dette. Sterk kultur kan ha ulike funksjonar som blant anna at det er eit angstdempande klima, og at der er modellar for handling – for å oppnå ynskjeleg åtferd. Ein god organisasjonskultur ber preg av tryggleik, openheit, rettferd, utoverretta, føremålstenleg, støttande, inspirerende, heilskapleg, brukaren i sentrum, mål- og resultatorientert, lærande, ingen hemmelege alliansar, vilje til endring og fellesskapsfølelse. Haldningar, verdiar og motivasjon er individuelt, subjektivt og sentralt for læring. For å lære, og dermed tileigne seg kunnskap og ferdigheter, kan forhold som å bli sett, bli teken på alvor, rom for prøving og feiling, tryggleik ,med meir spele ei vesentleg rolle. Det er viktig i ein læringsprosess å få prøve ut i praksis nye

haldningar og åtferd. Tileigning av ny kunnskap og læring kan seiast å vere når ein opplever meir eller mindre permanente endringar av åtferd på bakgrunn av erfaringar ein har gjort (Jacobsen og Thorsvik 2002). Læring på organisasjonsnivå er ei kopling mellom erfaringane til dei tilsette i organisasjonen. Desse vil danne grunnlag for ei kollektiv læring og endring i organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2002). Leiar si rolle og leiarstil er sentral når det gjeld motivasjon, som igjen er sentral for endringar i organisasjonen. Motivasjon er vesentleg for læring. Det er drivkraft å ha noko som får den einskilde til å yte noko ekstra. Jacobsen og Thorsvik (2002) forklarar motivasjon som ein indre prosess som får oss til å handle. Denne både gjev retning for handling, samt opprettheld og forsterkar handling. Wenger(2004) peikar på kor viktig det er å skape sosiale infrastrukturar som fremjar læring. Organisasjonen må skape både struktur for læring, samt legge til rette for vedlikehald eller eventuelle endring av kunnskap. Aktørar som deltek i fellesskapet, må få høve til å delta aktivt i læringsprosessar, sidan læring handlar om engasjement der meiningar vert delte og kan forhandlast om. Senge (1990) framhevar systematisk tenking som ein av fleire føresetnader for lærande organisasjonar. Lærings- og utviklingsprosessar i organisasjonar bygger på heilskapleg forståing.

#### **5.4 Diskurs og diskursteori**

Det finst mange måtar å forstå på. Den tilnærminga vi har til “sannheten” om kunnskap og røyndommen, er mangfaldig. Språk, forståing og samtalen er viktige tema i vitskapsteorien. Fortolking bidreg til forståing av korleis praksis fungerer. Språket er ei kraft som er med å skape røyndomen og kan slik sett vere sjølve grunnlaget for det sosiale liv innafor dei ulike representantane sine tilhøyrande system (Foucault 1971).

Diskursomgrepet kan forståast på fleire måtar. Eg vel her å lene meg til ein «foucaltianske» definisjon som seier at diskurs består av eit avgrensa tal ytringar, knytt til bestemt tema. Det er ein einskapleg måte å forstå eller snakke om noko bestemt på (Jørgensen og Philips 1999). Desse meiningsytringane er uttrykk for den kulturen ein er ein del av. Det er bestemte formuleringar, omgrep og problemstillingar som er nedfelt i kulturen. “*Diskurs er knapt annett enn glimt av en sannhet i ferd med å fødes foran sine øyne*”(Foucault 2001 s.28). I prosessen med å forstå kvarandre, og kanskje utvikle ny praksis, er uttrykk og formidling av meiningar og verdiar vesentleg. Å vere open og ærleg i argumentasjonen, er utgangspunktet for å kome fram til ny forståing og dermed kan konsensus kanskje verte resultatet.

---

For å “tre inn i” diskursen si verd, må ein tilfredstille visse krav eller være ”kvalifisert”. Ein pasientdiskurs kan ikkje utan vidare “tre inn i” ein legediskurs. Men desse diskursane kan møtast til dialog, utveksle syn, anerkjenne kvarandre sitt syn, forstå kvarandre sine meiningar og handlingar. Ved å møtast og opne seg opp for kvarandre, kan dei kome fram til felles sanning, om noko heilt bestemt (Flyvbjerg 2009). Dei kan i det vidare samarbeid verte einige om kva som bør gjerast framover, korleis det skal gjerast og av kven. For å formidle eige kunnskapsområde, for å kome fram til felles forståing og for å endre praksis, bør alle partar vere tilstade. Det har liten effekt å diskutere sentrale tema og eventuelle endringar, om ikkje alle aktørar som er involvert er tilstade.

Makt og kunnskap heng saman med Foucault si tenking om diskurs (Foucault 1971). Makta vert produsert via diskursane, og det er her den gyldige eller sanne kunnskapen vert bestemt. Kven som har legitim makt i systemet, kan vere uklart. Maktomgrepet i seg sjølv kan vere noko uklart. Men eg vel i denne samanheng å snakke om makt som ei positiv drivkraft. Den positive drivkrafta er kunnskap. Kunnskap gjev både myndigheit og innflytelse. Dette er ein autoritet som nokon får. Oppdelt kunnskapsområde i offentlig forvaltning, består av diskursar som har si eiga forståing. Ei fragmentert tenking vil føre til fragmentert praksis (Grimen 2004). Ved slik inndeling av kunnskapsområde og praksis, kan det fremje trong til kontroll og avgrensing, frå dei som står utanfor. Makt er eit sentralt tema knytt til diskursomgrepet. Den faglege kunnskapen, erfaringane og praksisen som dei ulike systema inneber kan vere forskjellig frå andre og kan dermed vere vanskeleg å forstå for alle. Deltakarar frå andre system kan føle seg framande, og dermed er utgangspunktet for å påverke ikkje det beste. Legar kan ha makt. Denne makta er utøving av autoritet og der andre godtar og stiller seg lite kritisk til utspel. Sentralt fokus er korleis makt fungerer, meir enn spørsmål om kva makt er (Foucault 1971).

Diskursanalyse bygger på at det er i bestemte kontekstar, og dei sosiale prosessane som skjer der at ting får si form. Dei ulike kontekstane har sin særeiga kunnskap og oppfatning av bestemte tema. Innan sine system er det utvikla eit språk, og samtalar vert ført på eit slikt vis at det trengst ikkje nærmare utgreiingar og avklaringar. Det er mekanismar og prosedyrar som regulerer diskursane. Diskursar som fram står som tydelege og oversiktlege, er ofte dei som er kontrollert både internt og eksternt. Brukarane har til dømes ikkje den same «krafta» i «stemma» som legane. Først i seinare år, når brukarane har fått sine organisasjonar og kan stå saman om å formidle kva som er viktig for dei, har dei fått ein ny posisjon i samfunnet.

## 6. Gjennomføring og resultat

Prosjektet starta januar 2011. Målet var å kome i gang med det planlagde arbeidet med det same. Men tilsetjing av prosjektleiarar tok lenger tid enn venta, og det planlagde arbeidet kom i gang omlag fire månader etter planen. Prosjektleiarane gjennomførte først dialogmøte med alle dei deltakande kommunane. Det var den einskilde kommune som sjølv tok stilling til kven som skulle delta på dialogmøta. Dei fleste kommunane hadde representantar frå fagmiljø, politiske miljø og administrasjon. Fem av kommunane hadde med representant frå brukarar. Om lag halvparten av kommunane hadde med lege. Dei fleste kommunane hadde før dialogmøtet hatt få diskusjonar, og få tiltak var sette i verk med tilvising til krav og utfordringar som kom i kraft av Samhandlingsreforma. Ein av kommunane hadde tilsett brukarombod. Denne stillinga er ein ressurs blant anna i planarbeid. Prosjektet har gjeve oversiktleg informasjon, laga rom for informasjonsutveksling og har lagt til rette for god dialog mellom prosjektgruppa og deltakande kommunar. Som ledd i kommunalt forbetningsarbeid har prosjektet bidrege til bevisstgjerings kring tenestene og ressursar ein har, utfordringar ved ulikt språk og ulik forståing. Plassering av Distriktsmedisinsk senter var tema på dialogmøte. Kommunane var oppteken av plassering, økonomi, kompetanse, tilgang, samarbeid og samarbeidsavtalar knytt til dette. I løpet av prosjektprosessen vart det bestemt at diskusjonar kring distriktsmedisinske senter skulle nedprioriterast, og at ein heller skulle rette konsentrasjonen mot kommunane sin vilje til å løyse utfordringar mest mogleg sjølv. Deltakarkommunane formidla engasjement og vilje til å møte utfordringa som Samhandlingsreforma fører med seg. Ei av utfordringane er å få på plass hjelpeordningar til pasientar som er ferdigbehandla på sjukehus, men som framleis har trong for helsetenester.

### 6.1 Generelle tiltak og utfordringar

Kartlegging var lagt vekt på som tiltak for å få fram nyansert og heilskapleg bilde av den einskilde kommune. Prosjektleiarane hadde ansvar for å utforme omfattande kartleggings skjema. Kva prosjektet ville samle data om, vart avklart i prosjektgruppa. Kartlegging skulle få fram konkrete fakta og opplevingar om organisering, tenesteproduksjon og samhandling. Formålet var rehabilitering, folkehelsearbeid, etterbehandling og lokalmedisinske tenester i den einskilde kommune og på tvers av kommunar. I tillegg skulle kartlegginga få fram fakta om utfordringar i kommunane, både no og framover. Målet var å få oversikter som var

eintydig, og som skulle vere eit utgangspunkt for vidare arbeid. Kommunane vart informerte om temaområde og vart oppsøkte i samband med kartlegging. Kartlegginga bidrog til at kommunane fekk oversikt over eigne styrka og veikskapar. Denne delen av prosessen, var den som samla kommunalt tilsette og fekk i gang diskusjonar. Tilbakemeldingane var at dette skapte både inspirasjon og motivasjon. Resultata frå kartlegginga vart summerte opp og tilbakemelde til alle kommunane med tilråding om tiltak framover. I løpet av prosjektperioden arrangerte prosjektet også tre kommunale fagsamlingar for tilsette frå dei deltakande kommunane. Tema på samlingane var relatert til samarbeid internt i kommunen, samarbeid mellom kommunar og samarbeid mellom kommune og helseføretak. Erfaringsutveksling var sentralt for samlingane. Denne forma for utveksling av fag og praksis skapte inspirasjon og entusiasme. Kompetanse og rekruttering av fagkompetent personale var tema som gjekk igjen på dei fleste dialogmøta. Rekruttering av personale handlar både om økonomi og tilgang. Nokre av kommunane har økonomiske utfordringar. Utviding av tenester med fleire fagstillingar kunne ikkje prioriterast. Nokre av kommunane tenkjer at dei har mykje å vinne økonomisk, ved å kartlegge, vurdere dagens bruk av ressursar og eventuell gjere omprioriteringar av eksisterande ressursar. Prosjektet har fått kommunane til å tenkje gjennom eigne moglegheiter og avgrensingar. Dei var blitt medvitne om behovet for å saumfare tenestene i eigen kommune.

Fleire av kommunane hadde utfordringar med å rekruttere personar til ulike fagstillingar innan for hels-, omsorg- og velferdstenester. Både storleiken til kommunane og geografi vart vurdert som ei årsak. Organisering, kommunikasjon og samhandling, samt inspirasjon, er tema som vart trekte fram som vesentlege for rekruttering. Kommunane peikte på verdien av inspirerende fagmiljø og samarbeid som ein sentral faktor i rekrutteringsarbeidet.

Kommunane var på ulike vis oppteken av kompetanse. Ein deltakar frå ein av kommunane meinte at *”profesjonsnøytralitet er ei tillitserklæring til kommunane. Det er kommunane sjølve som veit kva som trengst”*. St.meld.nr. 47(2008-2009) fokuserer på koordinering av tenester, ikkje på kva profesjonar som må til for å løyse oppgåver. Sentrale diskusjonar i prosjektet knytt til organisering og prioriteringar var spørsmåla om kven som skulle utøve bestemte tenester og kva for kompetanse som trengst. Det vart peika på behov for å utnytte eksisterande kompetanse betre: *«Vi må verte flinkare til å utnytte kompetansen vi har innan tenestene for bistand i omsorg»*.

I enkelte tenesteeiningar er utøving av tenester praktisert likt, til tross for ulik fagleg bakgrunn. I tillegg til at kommunane ville sjå nærare på eksisterande kompetanse, framheva



fleire samarbeid på tvers av kommunegrensar som eit verdifult tiltak. Formålet er å dele på kompetansen. Positive ringverknadar kan verte både attraktive fagmiljø og auka kompetanse. Prosjektet har i liten grad diskutert spesifikt behov for kompetanse. Samarbeid på tvers var eit konkret forslag til forbetring når det gjeld kompetanseutfordringar: *«Kommunane må «flagge» det dei er gode på. Spisskompetansen vi har i vår kommune, kan vi dele med andre. Alle kan ikkje bli gode på alt».*

I tillegg kom hospitering opp som tiltak i denne diskusjonen. Utgangspunkt for diskusjonen var utspel frå KS og helseføretaket. Prosjektet bestemte at hospitering som tiltak for kompetanseheving, skulle haldast utanfor prosjektet. Grunnen var blant anna at KS og helseføretaket jobbar vidare med hospiteringsordningar (KS og Helse Førde 2012). Fleire kommunar nemnde Høgskulen i Sogn og Fjordane som ein ressurs. Nokre synte til samarbeidsprosjekt om utvikling og endring av praksis. Andre nemnde høgskulen i samband med rekruttering og andre igjen knytt til kompetanseheving. Samarbeid var eit gjentakande og gjennomgåande tema. Samarbeid internt i eigen organisasjon og samarbeid med andre kommunar er tema som vart teke opp isolert og knytt til andre viktige diskusjonar. Fleire kommunar ynskjer interkommunalt samarbeid på fleire områder. Kompetanseutvikling ved å utveksle erfaringar og dele ressursar er nemnt spesielt. Dei fleste kommunane var opptekne av å sjå nærare på strukturar, kommunikasjon og forvaltning av ressursar i eigen organisasjon. Tverrfaglege team som er sette saman på tvers av instansane i kommunen vert trekte fram som ein ressurs når det gjeld strukturelle tiltak og kompetanse. Desse vert kalla blant anna inntaksteam, vedtaksorgan og tiltaksteam: *«Vi har tiltaksteam som tildeler tenester, eit vedtaksorgan for heile helse- og sosialtenesta. Bunnsolid system».*

Felles for desse er heilskapleg vurdering av tenestebehov og tiltak. Ein kommune hadde koordinerande eining, der alle instansar i kommunen er representert. I prosjektperioden utarbeidde ein av kommunane ein struktur i eigen organisasjon som skulle sikre dialog mellom aktuelle instansar og med helseføretaket, for å sikre informasjon om utskrivingsklare pasientar. Målet var å sikre informasjon om utskriving og formidle hjelpebehovet til pasienten. Praksisen er at sjukehuset skulle ringe eit bestemt telefonnummer i kommunen. Dette skulle være tilstrekkeleg for at det kommunale hjelpeapparatet skulle samordne seg og samarbeide om eit heilskapleg tilbod i pasientforløpet: *«Kvifor startar ikkje plan for framdrift når pasienten vert lagt inn på sjukehus? Kvar er legane henne, når det gjeld å trekke inn andre ?».*

Ein anna kommune har i brevs form formidla til sjukehuset kven som skal takast kontakt med ved utskriving av pasienten. Eksempel på interkommunalt samarbeid er logopedtenester,

legevakt samarbeid og PPT tenester. Fleire kommunar hadde behov for å tenke gjennom behov og mulegheiter. Fleire var med i ulike prosjekt. Erfaringar med dette var at fleire av prosjekta var overlappande, det var krevjande ressursmessig, det var slitsamt å la seg dra i ulike retningar og frustrerande når prosjektperiodar er over og ein ikkje har klart å integrere samarbeidet i systema. IKT var også ei utfordring for samarbeid på tvers av kommunar og forvaltningsnivå. Med interkommunale legevakt- samarbeid, er informasjonsflyt om innlegging i sjukehus og utskrivning ei utfordring. Vakhavande lege som vurderer og søker pasient til behandling på sjukehus, får epikrise når pasientane vert utskrivne. Dette kunne føre til at fastlege og andre som skulle ta del i vidare pasientforløp, ikkje får nødvendige opplysingar. Samarbeid på tvers av kommunegrenser var diskusjonar som ofte kom opp knytt til progridierende sjukdommar, kronisk sjuke og rehabilitering. ”*Alle kan ikkje bli gode på alt*” uttalte ein av medlemmane i prosjektgruppa. Dette ligg til grunn når fleire deltakarar tek opp samarbeid på tvers som eit sentralt tema. Denne diskusjonen er nær knytt til spørsmål om etablering av senter for Læring og Meistring(LMS). Samhandlingsmeldinga peikar på at slike senter kan vere kommunal oppgåve for framtida. Målet er å styrkje rettleiing og gi auka støtte til brukarar og fagpersonar, for å redusere utvikling av sjukdom og auke kunnskap om livsstil. Dette tiltaket bør vere i samarbeid mellom brukargrupper og personale i kommunane. Ved å få oversikt over kva ”spisskompetanse” som er i dei ulike kommunane, kan dei som er best, på noko bestemt få bruke denne kompetansen inn mot andre kommunar. Her er det i tillegg nødvendig å avklare og avgrense i høve til Lærings- og meistringssenteret i helseføretaket.

## **6.2 Førebyggande helsearbeid**

I omgrepet «førebyggande helsearbeid» er hovudvekta lagt på miljøretta helsevern, smittevern og folkehelse. Dei fleste kommunane ser på utfordringar ved å prioritere folkehelse og førebyggande helsearbeid. Ei sentral utfordring er økonomi. Førebygging genererer ikkje inntekter til kommunen samstundes som det vert satt i verk utgiftskrevjande tiltak. Gevinsten av arbeidet syner seg først etter 15-20 år. Nokon spør seg om ein har råd til å la vere. Ein av prosjektdeltakarane seier det slik: ”*Vi har ikkje råd til å behandle alle sjukdommar vi kan pådra oss*”. Dei kommunane som har tilsett folkehelsekoordinator(halvparten av deltakarkommunane), har prioritert desse stillingane til mellom 30 og 50 %. Den nye Lov om folkehelse krev satsing på livsstil og kvalitet, men krev ikkje noko stilling som folkehelsekoordinator. Fleire av kommunane peikte på behovet for å legge til rette for Aktiv på Dagtid, legge til rette for tilgjengelege aktivitetar og turar i nærmiljøet og at det er samarbeid mellom dei aktørar som er involvert i slikt arbeid. Arbeid med universell utforming

opptek kommunane. Dei peikar likevel på utfordringane med å prioritere tiltak knytt til folehelse og førebyggande arbeid. Fleire peikar på behov for holdningsending, omprioritering, kunnskap og konkrete tiltak. «*Bør vi satse på helsestasjon for vaksne?*». Nesten ingen av deltakarkommunane i prosjektet har plan for kompetanseheving innan førebyggande helsearbeid. Samstundes har åtte av tolv kommunar faste møte om folkehelse. Dei fleste kommunane meiner dei er gode på miljøretta helsevern(vatn, smitte, avløp, kriser). Kommunane såg det som ei stor utfordring å få førebyggande helsearbeid inn på alle nivå i kommunal sektor (primær,sekundær og tertiær). Sjukeheimar i prosjektkommunane peikte på stadig fleire livstilsjukdommar i pasientgruppa. Andre fagområder som kommunane mangla kunnskap om, system på og ressursar til:

sosiale miljøfaktorar, helseovervaking, klima (støy, lukt, fukt, stråling) og informasjon og publikum saker. Interkommunal idegruppe kom opp som konkret forslag for å betre arbeidet med folkehelse: «*Kan vi danne interkommunal gruppe for å skape engasjement, motivasjon, kome med idear? Frivillig sektor er sentral i ei slik gruppe*».

Ei slik samhandlingsgruppe vil generere idear og sikreframdrift i arbeidet ved å planlegge, prioritere og iverksette. Frivillige lag og organisasjonar, nærmiljøsentralar, dugnads ånd og privat nettverk er nemnde som ressursar. Ved å jobbe saman og virke i lag, kan desse ressursane verdsettast og settast i system. Miljøretta helsevern og smittevern vart i fleire kommunar nedprioritert. Grunnen til det var oftast mangel på kompetanse og tid. I prosjektperioden vart det vedteke å få til interkommunal stilling som skal ivareta oppgåver knytt til miljø- og smittevern. Når det gjeld førebyggande arbeid med born og unge, kom det opp konkrete forslag både som kommunale og interkommunale tiltak. Team som vurderer, definerer og prioriterer førebygging, både i kortsiktig og langsiktig perspektiv, vart nemnde som døme på kommunale tiltak, medan samarbeidsgruppe som har kompetanse om og set fokus på born og unge sine oppvekstmiljø var døme på interkommunalt tiltak. Aktuelle tema kan vere rusbruk og rusførebygging, aktivitet, kosthald og overvekt. Dei to nemnde tiltaka må vere nært knytt til kvarandre.

### **6.3 Rehabilitering**

Rehabilitering er dels eit kommunalt og dels eit spesialtenesteansvar. Grensegangane er uklare for dei fleste kommunane i prosjektet. I tillegg vart det formidla behov for ei klargjering av sjølve omgrepet. For planlegging og utøving er det naudsynt å ha felles forståing. Brukarorganisasjonar og politikarar har behov for å forstå kva fagpersonar legg i ulike omgrep som er vesentleg for utøving og organisering av tenester. På same vis må administrativt personale forstå alle aktørane sine behov og forståingsgrunnlag, for å kunne prioritere og legge til rette for målretta og samordna rehabiliteringsprosessar. I Samhandlingsreforma er rehabilitering vektlagt som samarbeid for å styrke og motivere brukaren til eigen innsats for å klare dagleglivet. Dei fleste kommunane formidla behov for å utvikle og forbetre eige system for å fremje samarbeid, samhandling og felles forståing. Interkommunalt nettverk for kompetanse og læring er behov som deltakarkommunane melder. Fragmentert tenesteorganisering utfordrar målretta rehabilitering for den einskilde brukar. Fleire av aktørane som bidreg i rehabiliteringsprosessane høyrer til ulike system. Dette fører til at elektronisk meldingsutveksling, samarbeid, dialog og ressursutnytting er utfordrande. Dei fleste kommunane hevdar at kompetanse er ei utfordring på fleire måtar. For det første er det vanskeleg å få oversikt over kompetanse og ressursar. For det andre er rekruttering og oppbygging av gode fagmiljø utfordrande. Gruppetilbod til bestemte målgrupper kom opp som ide både for å nå flest pasientar samtidig og for å nytte ressursar og kompetanse meir effektivt. Samstundes kan dette vere med å styrkje fagmiljøet. For det tredje er det behov for nettverk for deling av erfaringar og for kompetanseheving, både internt i kommunane og på tvers av kommunane. Utarbeiding av interkommunal rehabiliteringsplan vart nemnt som eit eignatiltak. Prosjektet sitt mål når det gjeld rehabilitering, var er å koordinere aktuelle nettverk og bidra i prosessen med å avklare og eventuelt legge til rette for interkommunal organisering av rehabiliteringstilbod. Prosjektet tilrår i tillegg at kommunane opprettar ei koordinerande eining, nyttar individuell plan som tverrfagleg verkty og utformar strukturar i organisasjonen som fremjar samarbeid. Det vart i prosjektperioden vedteke å føre vidare delprosjekt Rehabilitering.

## 7. Kan nettverk styrke samarbeid og kompetanse?

Kartlegginga avdekka ressursar og moglegheiter i fleire etatar, instansar og nivå, på tvers av ulike system. Med kartlegginga oppnådde prosjektet og kommunane konkretisering, fekk fram subjektive oppfatningar og ei heilskapleg oppsummering. Utforming av spørsmål og innsamling av data var eit omfattande og avgjerande arbeid. Data avspegle røyndomen i dei ulike kommunane. Prosjektgruppa fekk resultat som bidrog til eit felles språk, tilgang til felles røyndom og avdekka ressursar og behov. Kartlegginga gav oversikt over både den einskilde kommune, men og over kva som var felles for dei deltakande kommunane. Sentrale tema eg vektlegg her, er organisatoriske utfordringar i arbeidet med å skape endring og nettverks bygging som virkemiddel for å styrke fagmiljø, auke engasjement og påverke lærings- og ressurs utfordringar.

### 7.1 Språk og forståing

Kommunane som deltek i prosjektet uttrykker vilje til samarbeid, til å etablere gode ordningar i eigen organisasjon, vilje til å løyse ein del utfordringar sjølv og vurdere utfordringar ved å skape endringar i eigen organisasjon. Ein vesentleg utfordring for samarbeid og koordinering er at alle som skal delta i samarbeidet må forstå kvarandre og være einige om mål og vegen til mål. Ein av kommunane tek opp dette tema på dialogmøte: «*Korleis forstår VI helsesvikt?*» Kva verdiar vart vektlagde og kva for argument rådde? Kva vart dei faktisk einige om og korleis vart dei einige? Å fremje forståing og bidra til ny forståing, har prosjektet vektlagt som vesentleg, for å oppnå endring av praksis. I denne prosessen er det vesentleg å få fram oversikt over alle delar som har noko å seie for heilskapen. Prosjektet har lagt til rette for meiningsytringar på fleire nivå (dialogmøte i kvar einskild kommune, fagsamlingar, kartlegging, presentasjon av resultat av kartlegging) og i ulike former. Kommunane hadde sjølv ansvar for å vurdere kven som skulle delta på dialogmøter. Det var store variasjonar i kven som deltok. Nokre la vekt på administrasjon og politikarar, andre la vekt på leiarar for ulike einingar, nokre på verordna leiarar. Representantar frå brukargrupper og representantar frå frivillige organisasjonar var i liten grad prioriterte (Klefbeck og Ogden 1996).

Med tanke på dei utfordringar det kan vere med oppdelte tenesteorganisering, kunne prosjektet vore meir bevist på kven som skulle ta del i dialogar og samarbeid. Det er til dømes sentrale forventningar og krav knytt til frivillig sektor. Dersom representantar frå

frivillig sektor og interesseorganisasjonar hadde vore meir med, meiner eg diskusjonar, - om erfarings- og kunnskapsutveksling kunne fått andre utfall. Kunnskap er også eit sentralt tema i prosjektet. Ordet kunnskap er abstrakt, relativt og kontekstuel. Ulike diskursar vil legge ulik meining og handling til dette omgrepet (Foucault 1999). Administrativ diskurs hadde til dømes diskusjonar om temaet rehabilitering med hovudvekt på kor mange sjukepleiarar som trengst, kva dette kostar og korleis det skal prioriterast. Medisinske diskurs la i denne samanheng meir vekt på kunnskap om bestemte sjukdommar. Brukarane har ikkje tankar om verken tal eller spesifikk fagleg eller teoretisk kunnskap, men sdeinakkor om kunnskap som ein relasjonell verdi. Dei vil bli møtte med respekt, som blant anna inneber ei anerkjening av at dei sjølve har mykje kunnskap om sin eigen situasjon.

Deltakarane i prosjektet er satt saman av aktørar med ulik bakgrunn og ulik status. Prosjektet er tidsavgrensa og dei har definerte mål for arbeidet. Likeverd, handling og meining i dette relasjonelle fellesskapet er sentrale verdiar som påverkar konsensus. Dei ulike diskursane har si sjølvstekte forståing. “Opptrening etter lårhalsbrot” og “ læring og meistring” er gjentakande tema. Men kva er «sann» kunnskap om opptrening, om lårhalsbrot, om læring og meistring og rehabilitering? Rehabilitering er eit uklart omgrep. Deltakarane i prosjektet forstår omgrepet ulikt, dermed syner det seg at det vert ulike handlingsmønster når ein skal drøfte korleis pasientar skal få hjelp i helsefremjande forløp. Å einast om konkrete tiltak for rehabilitering er utfordrande. *«Med politisk blick er økonomifokuset størst»*

Foucault (1999) reflekterer over språket si kraft og hevdar at det som er tilfeldig med språket, er det tilfeldige opphav. Det er her det dannar seg grenser. Er vi “innvevde” i relasjonelle domene eller termar, forstår vi språkbruken og vi kjenner oss igjen. Dette bidreg gjerne til eit føreseieleg og trygt samarbeid. Ein av politikarrepresentantane ber – noko oppgitt – om at «fagfolka» må freiste å snakke eit språk som alle kan forstå. Samstundes som det kan være vanskeleg å forstå, er det i dette møtet mellom ulike diskursar at den einskilde får konstruert ei eventuell ny forståing. Alle som er med i samtalen, skal vurdere og argumentere for forhold og forståing kring aktuelle tema. Føresetnaden er at partane er opne for kvarandre sine meiningar og oppfatningar. Gjennom møter og kartlegging som metode nådde prosjektarbeidarane tak i fakta. Gjennom samtalar, skapar deltakarane gjensidig forståing. Kartlegging er ein strategi som vart brukt for å få fram fakta. Kartlegginga vert på eit vis “avdekkinga” som gjev eit «klart bilde» på eller svara på korleis stoda er i høve ressursar. Prosjektarbeidarane var grundige i utforminga av kartleggingsskjema. Kva skulle det spørjast om og kva var sentrale fakta, samt kven skulle spørjast. Kunnskap om både fag, organisering og administrering vurderer eg som vesentleg i dette arbeidet. Skjema vart sendt til involverte i

kommunen, og møte mellom kommunale deltakarar og prosjektarbeidarar vart arrangert for å avklare det uklare. Ingen vart utelatt, og det skulle vere mogleg å argumentere og forklare seg likt. Data skulle vere både pålitelege og gyldige. Prosjektet sitt mål var få klarheit i faktiske forhold kring blant anna samarbeid og rehabilitering i kommunane. Med kartlegginga oppnådde ein ei konkretisering, fekk fram subjektiv oppfatningar, kva som var hovudvekta i dei ulike diskursane og ei heilskapleg oppsummering. Resultata bidrog til at ein opnar opp for å få skape eit felles språk og tilgang til felles røyndom og mogleik til å forstå dei ulike sin røyndom. Dette meiner eg er sjølve grunnlaget for samarbeid. I tillegg førte kartlegging til bevisstgjering og til eit felles grunnlag for både prioriteringar og framdrift. For å nå fram til semje om saka, er språket det sentrale midtpunktet til samtalepartane. Å dele informasjon og kunnskap, samt haldning til likeverd er vesentlege utfordringar for å få til konsensus.

Prosjektet har med sine framgangsmåtar bidrege til at «openbare sanningar» innan dei ulike diskursane kjem tydeleg fram, kan takast inn i diskusjonsforum og verte belyst på eit vis som gjer det forståeleg for andre (Flyvbjerg 2009). Slik sett kan ein einast om kva for praksisformer som skal få innpass og kva som skal utelukkast. Ideelt sett bør alle aktørar som har med « Rett behandling på rett sted- til rett tid» innan kommunal forvaltning, vore med i dialogen om utforming av tenester. Alle kan vere ueinige, men det vesentlege var å få fram premissane eller bakgrunnen for konklusjonane. Ved open og ærleg dialogform, kom ein fram til felles semje utgangspunktet for det vidare arbeidet og samarbeidet.

I fragmenterte og spesialiserte organisasjonar er den profesjonelle yrkesutøvar sett til å løyse utfordringar og problem på ein sjølvstendig måte. Autonomi, autorisasjon og i nokre tilfelle monopol, kan føre til at den profesjonelle utøvar vert eigenrådig. Oppdelte kunnskapsområde, der «det vert tenkt likt», kan i seg sjølv føre til at forståing, språket og argumentasjon vert sjølv sagt. Blant deltakarane i prosjektet er det berre legar, sjukepleiarar og fysioterapeutar som har autorisasjon til å utøve handlingar knytt til dei sentrale tema som prosjektet har fokus på. Dei andre deltakarane har ikkje slik formell autorisasjon. Både pasientar, interesseorganisasjonar og frivillige organisasjonar meiner eg er ein del av heilskapen, når læring, kunnskap og forståing skal føre til endra praksis. Kunnskap gjev både myndigheit og grunnlag for å påvirke. I diskusjonar om kva endringar som skal gjerast for å sikre kvalitet på pasientforløp, er pasientar og brukarar sentrale aktørar. Alle aktørar må få vere med, om heile «bildet» skal fram og endringar skal integrerast og forankrast. I kva grad er forskjellar med å påvirke likeverdet? Det vart tydeleg på møta at ulike omgrep vart forstått forskjellig, eller at språk som vart brukt, var framand for nokre. Ei sak eller eit bestemt tema som vart teke opp, vart såleis tilnærma med bredde og mange ulike perspektiv.

Finst det ulike hierarki, som igjen kan påverke argumentasjonen, forståing, koherens og konsensus? Foucault (1999) hevdar at kunnskap og makt er den fridomen ein har. Den motstand, kamp og konflikt som diskurs kan utøve, vil nettopp vere grunnlaget for korleis ein vil praktisere. Ein konsekvens av kunnskapsdiskurs sin dominans innan dette prosjektet, vil vere at diskursen innskrenkar muligheiten for ein romsleg debatt. Deltakarane som deltok innanfor dei ulike diskursane, gjer det på sine egne premissar. Val av deltakarar til dialogmøta, samt val av representantar i prosjektet, vil eg hevde var avgjerande for resultatet i den einskilde kommune. Dei ulike deltakarane ville ha sine grunnar for å spreie og formidle kunnskap, medan andre helst ville så tvil om denne kunnskapen. Administrativ diskurs vil truleg argumentere og grunnge ut frå kunnskap om økonomiske eller andre instrumentelle verdiar. Ein representant for administrativt personal snakkar til dømes om folkehelsearbeidslik:

*«Utfordringane er at det vanskeleg å sjå samanhengen mellom innsats i førebyggjande helsearbeid og økonomisk gevinst. Korleis skal vi bevise at førebyggjande arbeid lønar seg?»*

Å få på plass avtalar om økonomisk fordelingsansvar mellom stat og kommune har teke tid i prosjektet. Dette har vore eit sentralt tema for administratorar, politikarar og leiarar. Når det gjeld tema som førebyggjande helsearbeid og rehabilitering er det andre typar deltakarar som er meir aktivt med i diskusjonen. Den som har makt, skaffar seg kapasitet og anna kapital for å synleggjere fordeler og ulemper med tiltak og handlingar. Dette er med å påverke konklusjonar. Det kan synast som legar har monopol på medisinsk kunnskap. Utfordringar i dette prosjektet er at legar har vore lite tilstades. Legar sin tradisjonelle faglege autoritet gjer at legar ofte får gjennomslag for sin argumentasjon. For å utforme tiltak og einast om kva for praksis som skal gjelde, må alle involverte bli høyrte og alle må høyre. Når deltakarar som skal samarbeide, tilhøyrer ulike vitskaplege retningar og ulike tradisjonar, kan det vere utfordrande på ulike vis. Naturvitskapen med sitt paradigme, vil truleg ha både makt og autoritet i argumentasjon innan medisinsk diskurs. Årsak og verknad vert forklart ut frå fastslått sanning, basert på forskning. Denne kunnskapen kan framstå som truverdig og som den einaste sanne. Dersom ikkje ulike diskursar møtast for å gje kvarandre motstand, freiste å forstå kvarandre og stille spørsmål både ved den andre og seg sjølv, er det den med «størst kapital», øvst i hierarkiet og størst autoritet som vinn fram med sitt syn (Foucault 1999).

Samfunnsvitskapen vektlegg relasjonar og mennesket sin eigen kunnskap om seg sjølv. Argumentasjon innan samfunnsfaglege diskursar, er både kontekstuell og ikkje konstant. Samfunnsvitskapen sine faglege diskursar har ikkje klare rammer for utøving av kunnskap,



samanlikna med naturvitskaplege diskursar. Likeverd og eksistensialisme er verdiar som gjer at kva som er gyldig og sant, stadig er i endring og avhengig av kven, kvar, mm. Diskusjonar kring førebyggjande helsearbeid og rehabilitering er utfordrande. Korleis ein skal og bør investere i folkehelse og førebyggjande helsearbeid er ein vanskeleg diskusjon. Ulike diskursar legg ulikt i omgrepa, og verdimelessige gevinstar for å satse på dette vert vurdert ulikt. Ein av politikarane i prosjektet seier, - etter å ha vore med i diskusjonen og forstått fagdiskursane sine argument: *«Skal vi tørre å konkludere med at vi investera i førebygging på alle nivå- no, ei investering som ikkje vil gje synleg resultat og «avkasting», før om 15-20 år ? I forståinga av og prosessen i arbeidet med konsensus er det mange omsyn å ta. Forslag til prioriteringa og skriftlege utkast er utarbeidde. Gruppa har einast om at dokument som skal skrivast, må vere «kortversjonar og på ei forståeleg språk».* Deltakarane i gruppa har påverka kvarandre med sitt språk. Saman har dei utvikla ny forståing, ny språkbruk og einast om ny praksis som skal vere gjeldande. Samarbeid om kva, med kven, korleis og avklaring av kva samarbeid er – vart formulerte og gjort gjeldande i form av avtalar som skal styre praksis.

Medverknad frå brukarar er ein føresetnad for utvikling av kvalitativt gode tenester.

Samhandlinga i prosjektet skal gjennom samtalar og refleksjon kunne endre og utvikle praksis. Menneske som deltek i prosjekt kjem frå sine særreigne kulturar, i kommunar med sine særreigne strukturar for å samarbeide og kome fram til semjet. Kunnskap og røyndom er sentrale omgrep i vitskapsteorien. Kva som vert anerkjent og kva kunnskap som rår, er tema som kan vere interessante å diskutere. Det ulike språket og forståinga er spennande på vegen til å nå felles meining om kva røyndommen er. Kva vi er ein del av, er vesentleg for korleis vi forstår verda. Foucault hevdar blant anna at korleis vi konstruerer oss, har mykje å seie for identitet, forming av holdningar og verdiar (Jørgensen og Phillips 1999).

Verdien av ulike diskursar i samspel kan vere stor. Å belyse eit tema frå ulike synsvinklar, er med å utvide forståingsgrunnlaget. Utfordringa er at alle skal få formidle sine synspunkt og dei som samarbeider kjem fram til felles formuleringar og felles bruk. Vilje til dialog og møte med andre, gjev grunnlag for refleksjon. Prosjektet skal posisjonere seg i eit elles så “ullent terreng”, der mange jobbar med det same tema og målet for alle er å finne den “rette løysinga”.

## 7.2 Nettverk og samarbeid

I prosjektperioden vart det gjennomført fagsamlingar på tvers av deltakarkommunane, der fagnettverk frå andre sektorar vart inviterte inn. Å dele, utveksle, og bidra med idémyldring vart opplevd som inspirerende og nyttig for deltakarane. Verdien og nytten av slike samlingar er fleire. Aktørar i dei deltakande systema vart engasjert, ansvarleggjort, inspirert og lærer og får ny kunnskap. Aktuelt nettverk for kommunane på mesonivå kan vere høgskulen. Fleire av deltakarkommunane har nemnt fagleg samarbeid med høgskulen som ein sentral ressurs for mogleg kompetanseheving og kunnskapsutvikling. Det er likevel eit fåtal som har etablert eit sliktformelt samarbeid. Fylkeskommunen med sine fagansvarsområde kan vere ein ressurs for ulike nettverk. Innan fagområde som folkehelse kan fylkeskommunen som nettverksaktør på kommunalt eksnivå bidra med tilrettelegging på ulike vis. Det same gjeld brukarorganisasjonar (Bergek em.fl. 2008). Kommunane peikar på verdien av interkommunalt samarbeid om felles fagområde. I nettverk er dei ulike aktørane gjensidig avhengig av kvarandre. Den positive effekten ved nettverk er at det kan løyse ut ressursar som kjem deltakande aktørar til gode. Ein effekt av samarbeid i nettverk er at deltakarane lærer av kvarandre og dermed får ein auka og styrka kunnskap (Jacobsen 2014).

Kommunalt tilsette er ofte med i mange ulike utval og råd, både innerter og på tvers av einingar. Utfordringa med mange og overlappende nettverk er at det oftegår mykje tid med til diskusjonar om same tema. Utfordringa er å ha kanalar og tid til å formidle dette tilbake i egen instans. Gruppa tilrår kommunane kvar for seg å etablere ei koordinerande eining , styrke kapasiteten, kompetansen og utvikle system for tverrfagleg samarbeid. Ved å bygge samarbeidsmiljø og etablere dette som struktur i den einskilde kommune, kan dette styrke kompetanse, auke motivasjonen for fagfolka og påverke rekruttering positivt. Som ein start i det å bygge kompetanse, kan kommunane dra nytte av å etablere fagnettverk på tvers i eigen organisasjon. Med trygge rammer i eigen «leir», kan utgangspunktet for å kople seg til andre vere betre. Å klargjere fagområdet rehabilitering og deretter skape kultur for rehabilitering i eigen organisasjon, trur eg er ein føresetnad for å kome vidare i planarbeidet. Det kan synest som om det er «tette skott» mellom fagspesifikke einingar i fleire kommunar.

Desse gruppene meiner eg ville ha vore ein ressurs og ha innverknad på arbeidet med å nå krava i Samhandlingsmeldinga. Matriseorganisering for å definere, planlegge og legge til rette for førebyggjande helsearbeid i ei gruppe og rehabilitering i ei gruppe betyr at ulike personar som har erfaring og kunnskap om det bestemte temaet, får sleppe til. Innan nokre fagområder ville nytteverdien av ambulerande team truleg vere stor for målgruppa. Dette kan til dømes

vere team som opparbeider seg fagspesifikk kompetanse og som kan bidra både med rettleiing i konkret oppfølging i eit pasientforløp eller gje rettleiing og fagleg støtte til tenesteutøvar. Den administrative leiinga i kommunane har eit stort ansvar når det gjeld å ta stilling til kven som er sentrale inn i samhandlingsprosjektet. For å planlegge heilskapelege og koordinerte tenester bør ein møte utfordringane med ei antireduksjonistisk holdning (Senge 1990). Refleksjon over praksis, idémyldring, inspirasjon, støtte, kunnskapsutvikling og nettverksbygging er verdiar som både er nødvendige for å forbetre praksis og motivere tilsette til å bli vereande i tenestene.

Roller, ansvar, strukturar og kommunale ressursar har innverknad på samarbeid som skal sikre «rett behandling på rett sted til rett tid,». Prosjektgruppa rådde kommunane til å danne arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene kunne ha deltakarar frå ulike kommunar eller berre frå eigen kommune og brukargrupper. Andre deltakarar kunne delta etter behov. Kommunale inntaksteam er eksempel på nettverksgrupper som vurderer behov for tenester og tildeler tenester. Erfaring med inntaksteam i nokre av kommunane er at det gjev ei samla oversikt over behov, samstundes som teamet har eit fagleg breitt grunnlag for å vurdere problemet, sette i verk tiltak og prioritere.

I prosjektperioden kom det fram at det eksistererte mange og overlappende nettverk. Strukturelle ordningar og fragmentert praksis gjer at desse jobbar med same tema og var liten grad var kjende med kvarandre sitt arbeid. Dette gjev forvirrande og uklare signal. I tillegg er det lite effektivt (Kneer og Nassehi 1997). Utfordring med samarbeid er at enkeltpersonar som skal samarbeide er knytt til ulike system, har ulik forståing av problem, ulike rammevilkår og ulikt ansvar. I prosjektprosessen vurderte eg på bakgrunn av diskusjonar at uavklart forståing og ansvar er ei utfordring for forbetring av samarbeid. Både legar og fysioterapeutar er ofte privatpraktiserande profesjonar, som er sentrale i pasientforløp. Relasjonen desse har til pasientar er ofte av avgjerande karakter i arbeidet med heilskapelege og samordna tenester. Fleire av kommunane peikar på verdien av å tilsette desse yrkesgruppene som får driftstilskot i ordinære kommunale stillingar. Det bør leggest vekt på strukturar i organisasjonen og på tvers av organisasjonar som sikrar samband, samt koordinering for å sikre oversikt over ressursar og ansvarsfordeling. Pasientane er ikkje «sektorinndelt» og treng at tenestene framstår som samla og heilskapelege (Grimen 2004).

Kartlegginga i kommunane skapte både engasjement, motivasjon og innsikt. I tillegg vart deltakarane medvitne om styrkje og veikskap. Dei ulike einingane i kommunane har sin eigen kultur, noko som utfordrar når deltakarande skal samarbeide på tvers.

Felles skjema var strukturelle «grep» for å sikre kontinuitet på tvers av einingane i ein kvar kommune og mellom kommune og helseføretak. At desse skulle nyttast i det direkte pasientarbeidet var konkret forslag til forbetring. Overgangane i pasientforløp er ei dokumentert utfordring. Ein av kommunane har utforma tiltak for informasjonsflyt, ved å ha eit skriv som fylgjer pasienten og eit fast telefonnummer som skal nyttast ved innlegging i institusjon, utskrivning frå institusjon til heimkommune og behov for hjelp i dei ulike tenesteeiningane i kommunen. Utforming av handlingsplanar er ei utfordring ved dagens praksis. Planane var sektorinndelte, men behova for målgruppa for dei fleste planane er komplekse.

Mange menneskje har behov for tenester frå ulike hjelpeinstansar. Behov for samarbeid mellom aktuelle tenester innan kommunal helse- og sosialsektor, samt mellom hjelpar og brukar, er ein vesentleg dimensjon i heilskapelege og samordna tenester (Fyrand 2005).

Representantar frå frivillige organisasjonar og pasientar bør bidra i utviklings- og læringsprosessar som skal føre til ny praksis. Alle som er involverte meiner eg må delta. Pasientdiskursen har som sagt liten plass i prosjektet. Styringsgruppa besto av representantar frå kvar kommune. Deira utfordring er å formidle frå prosjektarbeidet til eigen kommune og bidra til utviklingsprosessar. Faren ved formalisering av deloppgåver er at ein "blir seg sjølv nærast" og vert sektorforsvarar. Det utviklar seg ein kultur med eige språk og eigne verdiar. De kan bli koordineringsvanskar og konkurranse.

Ein føresetnad for tverrfagleg samarbeid er å lage seg ein oversikt over ulike samhandlingspartar og ikkje minst organisere samarbeidsarenaer og forum for samhandling. Eit av måla med prosjektet var å kartlegge status kring samarbeid. Det kom fram både i kartlegginga og i prosjektgruppemøta at kommunane sine utfordringar er kommunikasjon mellom ulike interne einingar.. Kartlegginga gjev oversikt over fagområder ein kan samarbeide om. Kvar for seg kan dei som samhandla jobbe med sitt fag, men saman lager dei syntese, på tvers av dei faggrensene som skil dei. Samarbeidet bør skje i faste arbeidslag innover i organisasjonen, eller på tvers av organisasjonar. Det er mange former for samhandling. Fleire av kommunane var tydelege på at dei kan ikkje løyse alle oppgåver sjølve. Samstundes var både kompetansebygging og motivasjon ei utfordring i små kommunar. Samhandling kan gje auka læring, det kan få fram fleire ressursar og kan gje det målretta

arbeidet ”ny glød”, blant anna fordi ein er fleire, og fordi saker kan bli belyste frå fleire hald. Både sosiale verdiar, å få delta og ha blick for heilskapen har noko å seie for læring (Jacobsen 2014). For å kunne samhandle må vi vite kva vi er ein del av, og kva for ressursar vi har rundt oss. Eg tenkjer her at utøvarane av helse- og velferdstenester er del av eit system. Luhmann (Kneer og Nassehi, 1997) hevdar at system er ein heilskap som fungerer ved at desse utøvarane, samt brukarane, gjensidig påverkar kvarandre. I det kommunale hjelpeapparatet er det oftast mange ressursar med god kompetanse på kvar sine fagområde. Det kan vere eit problem at desse er organisert i ulike instansar og regulert av ulikt lovverk. Det fagspesifikke får ofte dominere. Det kan då vere vanskeleg å opne opp for andre faggrupper i andre instansar. ”Når krubba er tom, bitast hestane” er eit ordtak som kan vere beskrivande for dei samhandlande i eit kommunesystem. Knapt med økonomiske ressursar kan føre til ulike belastningar på personalet. Når det er ei langvarig knappheit er det gjerne lett å hegne om sitt eige, og sjå på dei andre med kritisk og negativt blick.

Eg trur at dersom samarbeid vart basert på frivilligheit, ressurspersonar og eldsjeler blir det lite samarbeid over tid. Ein av kommunane inviterte politikarane til å delta i prosessen. Representantar frå politikken formidlar nytten av å få delta, nettopp fordi dei har lite fagleg kompetanse om det dei skal vere med å gjere vedtak om. Når faglege verdiar ikkje er innanfor deira forståingsramme, vert det i hovudsak økonomiske verdiar dei argumenterer ut i frå. Når ideologiar, verdiar og alternative handlingsval ikkje vert løfta høgt nok opp i systemet og avgjorde på administrativt og politisk plan, kan det vere fare for at nye tiltak ikkje vert integrerte og varige. Dermed kan ein fort vere attende til gamle handlingsmønster (Jacobsen og Thorsvik 2002). Samarbeid innanfor og på tvers i ulike system er på mange måtar krevjande. Samhandling og måloppnåing bør ha lokalpolitisk forankring og mandat. Dei ulike medlemmane, med sine ulike perspektiv på problemet, kan gje ulike forslag til løysingar for å kome i hamn. Dette vil gje større og fleire moglegheiter enn om alle involverte partar ”sat på sine nes og såg i kvar sin retning.” Dersom interkommunalt samarbeid skal bestå, vert det kravd at kommunane legg til rette for at tilsette får klare rammer og handlingsrom. Til dømes er det å delta ifaglege fellesskap ein ressurs, men det vert kravd både organisatoriske og sosiale infrastrukturar om ein skal få til varige ordningar (Jacobsen 2014). Systemutfordringar ved samarbeid er å skape og forankre felles forståing, ansvarsavklaring, status og vedlikehald.

## 8. Konklusjon

Gjennom deltaking i prosjektet Samhandlingsnettverk innan helsetenesta i dei 12 kommunane, har eg hatt høve til å sjå nærare på utfordringar ved å legge forhold til rette for koordinerte tenester i pasientforløp. Prosjektet var godt planlagt, organisert og gjennomført. Kommunane har gjort ulike «grep» for å styrkje samarbeid og sikre koordinering. På ulikt vis har nokre kommunar sikra at pasientar som vert utskrivne frå sjukehus vert teke i mot og fylgd opp av dei instansar i kommunen som skal yte tenester. Eksempel på det er *ein* kontakttelefon eller *eit* skriv som skal syte for informasjonsflyt. Prosjektarbeidarane gjennomførte eit grundig arbeid med kartlegging. Utforming av kartleggingsskjema, innhenting av svar, systematisering av svar og formidling av svar vurderer eg som vesentleg grunnlag for den einskilde kommune. Grunnlaget dette kan gje, er ei samla oversikt over avgrensingar og muligheter. I tillegg har dette arbeidet inkludert alle aktuelle aktørar. Deltakarane har lært meir om eigen organisasjon og er blitt meir medvitne om styrkjane, behov og manglar. Dette skapte både eigarforhold og entusiasme. Utfordringane i den einskilde kommune vert å bruke og systematisere funna og den energien dette utløyste.

I tillegg til kartlegging vil eg trekke fram nettverk som ein styrkje både for å gi inspirasjon, og utviklekompetanse og ressursar. I tillegg til å kartlegge egne ressursar og behov, kan kommunane vinne mykje på å få oversikt over nettverk dei kan «spele på» utanfor eigen organisasjon. Fylkesmannen kan til dømes vere ein sentral aktør for læring og kompetanseheving. Kommunane si utfordring er å avklare behov, mål og strukturar som sikrar samarbeid og eventuelt læringsnettverk. Utfordringar til kommunane er å bli meir medvitne om kvar dei har fagleg styrkje og ta stilling til om denne «spisskompetansen» kan delast med andre og i kva for form. I samarbeid har kommunane gjennomført fagsamlingar som skulle styrkje kompetansen innan førebyggjande helsearbeid og rehabilitering. Å høyre det same, dele erfaring og kunnskap vart opplevd som inspirerende.

Fragmentert organisering av tenestene innan kommunen utfordrar samarbeid. Nokre kommunar i prosjektet har synt at enkle strukturelle grep kan betre samarbeid og styrke pasientforløp. Tiltaksteam(vedtaksorgan) som representerer heile helse-, omsorg- og sosialtenestene bør framhevast som nyttig samarbeidsform.

Legeteneste har stor betydning for pasientforløp. Ein kommune syner til fast tilsett lege, medan dei fleste kommunane peikar på behovet for fast tilsette legar i helse- og velferdstenester. Andre utfordringar ved fragmentert organisering er mangel på felles forståing, ulike kulturar og faren for at det vert så «tette skott» at den totale utøvinga vert lite effektiv. Fleire kommunar peikar til dømes på at det vart utforma altfor mange planar innan dei ulike einingane. Desse vart ofte plassert i skuffer og er lite kjende både i eiga eining og på tvers i organisasjonen.

Prosjektet har fått fram det potensiale som er i dei ulike kommunane. Prosjektet har med si arbeidsform fått fram at god kartlegging kan gje eit samla bilde av muligheiter og avgrensingar når det gjeld utfordringar knytt til samarbeid, kompetanse, samt status for fagområda rehabilitering og førebygging. Resultatet av prosjektet og dei vurderingane eg har gjort meg, syner at kommunar kan gjere små endringar for å sikre samarbeid. I tillegg syner resultata at det er mange interessante utfordringar det kan jobbast vidare med. Førebyggande helsearbeid på alle nivå, fast tilsette legar og fysioterapeutar er nemnt som nyttige forbetringstiltak.

I diskusjon om samanslåing av kommunar er måla å betre kompetanse og kapasitet for å imøtekomme utfordringar innan blant anna velferd. Prosjektet meiner eg har gjeve eit bilde på at det ikkje er storleik som nødvendigvis sikrar robuste miljø, men at dialog, heilskap og strukturar er avgjerande.

---

## LITTERATUR

- Bergek, A., Jacobsson, S., Carlsson, B., Lindmarks & A.Rickne (2008): *Analyzing the functionally dynamics of technological innovation systems: A scheme of analysis*
- Etzioni, A. (1978): *Moderne organisasjoner*. Tanum-Norli A/S, Oslo
- Fangen, K. (2004): *Deltagende observasjon*. Fagbokforlaget. Bergen
- Grimen, H. (2004): *Samfunnsvitenskapeleg tenkemåter*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Jacobsen, DI. (2014): *Interkommunalt samarbeid i Norge. Former, funksjoner og effekter*. Bergen
- Jacobsen, D. I. og J. Thorsvik (2002): *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. Fagbokforlaget. Bergen
- Jørgensen, M.W. og L. Phillips. (1999): *Diskurs Analyse som teori og metode*. Roskilde. Universitetsforlag. Fredriksberg
- Klefbeck, J. og T. Ogden. (1996): *Nettverk og økologi. Problemløysande arbeid med barn og unge*. Universitetsforlaget A/S, Oslo 2003
- Kneer, G. og A. Nassehi. (1997): *Niklas Luhmann. Introduksjon til teorien om sociale systemer*. Hans Reitzels Forlag a/s, København
- Flyvbjerg, B. (2009): *Samfundsvidenskap som virker: hvorfor samfundsforskningen fejler, og hvordan man får den til at lykkes igen*. København. Akademisk Forlag.
- Foucault, M. (1971): *Diskursens orden*
- Foucault, M(1995): *Sanheden, magten og den intellektuelle – samtale med Alessandro*
- Fyrand, L. (2005): *Sosialt nettverk. Teori og praksis*. Universitetsforlaget AS. Oslo
- Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*. Universitetsforlaget. Oslo
- Schiefloe, P. M. (2003): *Mennesker og samfunn. Innføring i sosiologisk forståelse*. Fagbokforlaget. Bergen
- Senge, P.M. (1990): *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. Doubleday. New York.
- Wenger, E. (2004): *Praksisfællesskaper. Læring, mening og identitet*. Hans Reitzels Forlag. København
-



Westhagen,H., Faafeng,O., Hoff, K.G., Kjeldsen,T. og E. Røine. (2008): *Prosjektarbeid: utviklings- og endringskompetanse*. Oslo. Gyldendal Akademiske.

---