

# MASTEROPPGÅVE

Mastergrad i Organisasjon og leiing

## Samhandlingsreforma sitt møte med kommunen

**Korleis blir samhandlingsreforma faktisk møtt og utforma i kommunane? Er utfordringa og iverksetjinga den same, eller varierer den mellom kommunane og kvifor?**

av

Helga Irene Ellingsen

15. Mars 2013

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i:

**Organisasjon og leiing**

Tittel:

**Samhandlingsreforma sitt møte med kommunen**

Korleis blir samhandlingsreforma faktisk møtt og utforma i kommunane? Er utfordringa og iverksetjinga den same, eller varierer den mellom kommunane og kvifor?

Engelsk tittel:

**The Coordination Reform in norwegian municipalities**

How is The Coordination Reform interpreted and implemented in norwegian municipalities? Is the challenge of implementation similar? Are there varieties between municipalities? Why?

Forfatter:

Helga Irene Ellingsen

Emnekode og emnenamn:

MR 690 Masteroppgåve i organisasjon og leiing

Kandiatnummer:

1

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (set kryss):

JA\_x\_      Nei\_\_

Dato for innlevering:

15.mars 2013

Eventuell prosjekttilknytning ved HSF

Emneord (minst fire): samhandlingsreform,  
reform, organisasjon, endring.

Tittel og samandrag:

**Samhandlingsreforma sitt møte med kommunane.**

Hovudtema i masteroppgåva er korleis kommunar møter, og utformar samhandlingsreforma lokalt i kommunen. Oppgåva er eit komparativ case studie av to kommunar i Sogn og Fjordane si innføring av samhandlingsreforma. Kommunane som er valt er ulike i høve folketal, og tilhøyrar ulike distrikt i Sogn og Fjordane. Studiet er gjennomført som delvis strukturerte intervju av fem informantar frå kvar kommune. Informantane har formelle roller som rådmann, pleie- og omsorgsleiar, tenesteleiar i pleie og omsorg og politikar. Funn frå intervju er presentert i tema frå begge kommunane med ei oppsummering. Analyse av funn er til slutt drøfta i høve teori om innføring av offentleg politikk, endringsprosessar og organisasjonsfunksjonar.

Funn i studien viser at begge kommunane ser på samhandlingsreforma som ei positiv utfordring. Alle informantane opplever at samarbeidet mellom kommunehelsetenesta og sjukehus er blitt å betre etter at reforma vart innført. Funn viser at status i kommunane før samhandlingsreforma vart innført, er avgjerande for korleis kommunen kan sette i verk reforma lokalt. Den eine kommunen har lokalisert tenestene sine under same tak for fleire år sidan. Denne kommunen er med i eit interkommunalt samarbeid om legevakt, og vil mest truleg utvide dette samarbeidet til å gjelde lokalmedisinske senter. I denne kommunen er innføring av samhandlingsreforma mest administrativ. Den andre kommunen planlegg å organisere sine helsetenester under same tak, samt å drive sitt eige lokalmedisinske senter utan interkommunalt samarbeid, noko som fører til større politisk medverknad på innføring av samhandlingsreforma lokalt.

Funn i studien viser at samhandlingsreforma sitt møte med kommunen medfører endringar lokalt, med nye tenestetilbod som diabetessjukepleiar i Høyanger kommune. Medan Sogndal kommune opprettar døgntilbod på akutt hjelp (Ø- hjelp senger) til visse pasient- grupper/sjukdomar. Funn viser at sjølv om kommunar er byråkratiske organisasjonar så blir ikkje endringsprosessane berre styrt av dei byråkratiske verkemidla. Kommunen kan/og brukar mange verkemiddel for å få til endringsprosessar lokalt i forhold til samhandlingsreforma.

Title and Abstract:

**The Coordination Reform in norwegian municipalities**

The main theme in this study is focus on how The Coordination Reform is understood and implemented locally in norwegian municipalities. This work is a comparative case study of the implementation process in two municipalities in the county of Sogn and Fjordane. The chosen municipalities are unlike when it comes to population, and they belong to different districts in the county. This study is based on semi- structured interviews of five informants from each municipality. The informants have formal positions as head of the administration, head of the health and care department, head of the service for nursing and care, and politicians. Findings from the interviews are presented in themes from the two municipalities, and are summed up. Finally analysis of findings are discussed in relation to theories about implementation of official politics, processes of change and different functions in organisations.

Findings in this study reflect that representatives for both the municipalities look upon The Coordination Reform as a positive challenge. All the informants signal that the cooperation between the local health services and the hospitals has become better after the implementation of the reform. Findings shows that status before the implementation has had effect upon the chosen process of implementation. In one of the municipalities all local health services were situated together many years ago. This municipality is part of a regional network organising emergency medical services, and this network will possibly in the future also cooperate on developing local medicine- centres. In the first mentioned municipality the implementation of The Coordination Reform is centered to the administrative element. The second municipality is in the process of planning the organisation of different services "under the same roof", in addition to running their own local medicine- centre independently; without any form of cooperation with others. This leads to a bigger amount of local political involvement in the implementation of the reform.

My study indicates that the implementation of The Coordination Reform has had the impact of change on municipalities, and new services have been established for instance the position of a nurse working especially with patients suffering from diabetes in Høyanger municipality. On the other hand Sogndal municipality has established a local emergency service available all hours for chosen groups of patients. Findings shows that even though municipalities are bureaucratic organisations, they are not always run by bureaucratic methods. Municipalities are in position of and use differents methods to provide processes of change locally in the implementation of The Coordination Reform.

## FORORD

Denne masteroppgåva er avsluttande del av masterstudiet i organisasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Oppgåva utgjer 30 studiepoeng av studiet sine 120 poeng. Gjennom arbeidet med denne oppgåva har eg fått meir kunnskap og innsikt i blant anna samhandlingsreforma, organisasjonar og endring. Eg vil takke Høyanger og Sogndal kommune for at eg fekk ta del i deira innføring av samhandlingsreforma. Ikkje minst vil eg takke mine informantar for at dei var så positive, og tok seg tid til å dele av sin kunnskap.

Det har vore ein lang prosess og mykje arbeid for å nå dette målet, difor er eg er stolt av meg sjølv. Eg vil spesielt takke min rettleiar Oddbjørn Bukve for at eg er komme i mål, utan dine ryddige og konstruktive tilbakemeldingar hadde eg aldri klart dette. Tusen takk for kjempe god hjelp!

Ein stor takk til min gode kollega Malin D Steine som har måtte overta mykje av mitt arbeid i periodar, men som og har oppmuntra meg til å bli ferdig. Og takk til alle kollegane mine på Masfjorden Sjukeheim, no skal eg snart vere tilstade. Ikkje minst må eg takke familie og venner som har høyrte på frustrasjon, og «har ikkje tid for eg må skrive». Takk Kari Vårdal for god hjelp i innspurten.

Spesielt takk til Truls som seier han ikkje heilt forstår kva eg held på med, men som tolmodig ventar på at mor skal få meir tid. No er eg ferdig med mine lekser☺.

Brekke, mars 2013

Helga Irene Ellingsen

## Innhald

Tabelloversikt .....	9
Figuroversikt.....	9
1.0 INNLEIING.....	10
1.1 Samhandlingsreforma i Sogn og Fjordane .....	14
1.1.1 Valet av case.....	18
1.2 Kva forskning finst i forhold til samhandlingsreforma .....	19
1.3 Problemstilling: .....	21
2.0 TEORI .....	23
2.1 Politikk.....	23
2.1.1 Iverksetting av politikk .....	23
2.2.2 “Top – down” /”Ovanfrå- og- ned tilnærming” .....	24
2.1.3 “Bottom-up” /Nedanfrå- og- opp tilnærming:.....	25
2.1.4 Iverksetting av offentlig politikk:.....	26
2.1.5 Kvifor teori om innføring av offentlig politikk i mi oppgåve? .....	28
2.2 Faktorar som påverkar organisasjonen si evne til å handtere endringar og omstilling.....	28
2.2.1 Endringsprosessar .....	29
2.2.2 Kva er ei endring?.....	29
2.3 Organisasjonskultur.....	31
2.4 Teori om organisasjonsfunksjonar .....	32
2.4.1 Kva er ein organisasjon?.....	33
2.4.3 Organisasjonstypar og funksjonar.....	35
3.0 METODE TILNÆRMING.....	40
3.1 Val av metode .....	41
3.2 Val av design:.....	41
3.3 Utval og utvalets storleik:.....	42
3.4 Val av metode for innsamling av data.....	44
3.5 Intervju: .....	45
3.6 Truverd og ting som kan påverke mi forskarrolle .....	47
3.7 Validitet og reliabilitet.....	48
3.8 Forskingsetikk.....	49
4.0 KONTEKST.....	52

4.1 Studie av to kommunar i Sogn og Fjordane .....	52
4.1.1 Fakta opplysningar om Høyanger og Sogndal kommune.....	52
4.2 KOSTRA statistikk .....	53
4.2.1 Kva fortel KOSTRA om Høyanger og Sogndal kommune?.....	54
4.2.2 Statistikk frå samhandlingsbarometeret på ferdigbehandla pasientar .....	55
4.3 Status i kommunen i forhold til pleie- og omsorgstenester .....	57
4.4 Kva utfordringar har kommunen i forhold til samhandlingsreforma?.....	60
4.4.1 Kommune økonomi.....	62
4.5 Kva utfordringar og moglege løysningar ser kommunen i forhold til samhandlingsreforma? ...	64
4.6 Korleis har kommunane førebudd seg på samhandlingsreforma?.....	67
4.6.1 Tverrfagleg samarbeid med 2. linje tenesta.....	71
4.6.2 Tverrfagleg samarbeid internt i kommunen .....	73
4.5 Premissleverandør; Administrasjon – politikk – eller samspel .....	76
5.0 ANALYSE OG DRØFTING AV FUNN .....	81
5.1 Korleis føregår iverksetting av samhandlingsreforma? .....	81
5.2 Organisasjon og endring.....	85
5.2.1. Den byråkratiske organisasjonen.....	86
5.2.2 Samarbeidet mellom sjukehus og kommune.....	89
5.2.3 Ekspertorganisasjon og produsentfunksjonen.....	91
5.2.4 Entreprenørorganisasjonen og entreprenørfunksjonen.....	93
5.2.5 Integrator funksjon.....	96
5.3 Oppsummering.....	98
6.0 KONKLUSJON .....	100
6.1 Samhandlingsreforma sitt møte med kommunane.....	100
6.1.1 Innføring av samhandlingsreforma lokalt i kommunane blir ulik.....	100
6.1.2 Endringsprosessar .....	101
6.1.3 Organisasjonsfunksjonar .....	102
6.2 Problemstillingar som kan vere tema for ny forskning .....	102
Litteraturliste.....	104
Vedlegg.....	108

## Tabelloversikt

Kart over kommunar og distrikt i Sogn og Fjordane.....	15
KOSTRA statistikk .....	53
Innlegging pr. 100 innbyggjar over 80 år.....	55
Ferdigbehandla pasientar.....	56

## Figuroversikt

Matland (1995) sin modell på iverksetting av politikk under varierende kombinasjonar av uklårheit og konflikt.....	26 og 81
Strand (2007) PAIE modell .....	36



## 1.0 INNLEIING

Denne oppgåva er ein presentasjon av eit studie av to kommunar i Sogn og Fjordane si innføring av samhandlingsreforma. I samhandlingsreforma blir det lagt til grunn at veksten av dei samla helsetenestene i størst mogleg grad må finne løysing i kommunane. Kommunane må sørgje for heilskapleg tenking, med førebygging, tidleg intervensjon, tidleg diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at ein kan ivareta heilskaplege pasientforløp på lågast mogleg omsorgsnivå (St.meld.nr. 47(2008- 2009)). Mange pasientar er avhengige av at kommunehelsetenestene og spesialisthelsetenestene fungerer som ei heilskapleg behandlingsskjede som gir eit heilskapleg behandlingstilbod. Grunnlaget for samhandlingsreforma er utarbeidd i St.meld.nr. 47 (2008- 2009). Bakgrunnen for utarbeiding er at ein over fleire år har sett eit behov for å gjere noko med utfordringane knytt til samhandling i helsetenestene.

*«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte» (St. melding 47( 2008 -2009:13)).*

Utfordringane med samhandling i helse- og omsorgstenester er mange. I St.meld.nr 47 (2008-2009) er det peika på tre hovudutfordringar;

- pasientane sine behov for koordinerte tenester blir ikkje godt nok tatt i vare
- tenestene er prega av for lite innsats for å avgrense og førebygge sjukdom
- demografisk utvikling og endringar i sjukdomsbildet gir utfordringar som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Samhandlingsreforma byggjer på ei overordna målsetting om å redusere helseforskjellar, at alle skal ha eit likeverdige tilbod om helsetenester uavhengig av diagnose, bustad, personleg økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkelte sin livssituasjon. Når folk blir ramma av sjukdom er det viktig at ein får tilbod om behandling og pleie med kort ventetid, med nærleik til brukaren. Måla til samhandlingsreforma er å auke livskvaliteten, redusere press på helsetenestene gjennom satsing på helsefremmande, og helseførebyggande arbeid. Vidare er

målet å dempe veksten i bruk av sjukehusetester ved at kommunane yter ein større del av helsetenestene, med like god eller betre kvalitet på tilbodet, samtidig som det skal vere meir kostnadseffektivt. Tenestene til pasientane/ brukarane skal vere meir heilskaplege, og koordinerte gjennom forpliktande samarbeid, og avtalte behandlingsforløp.

Det var tidlegare helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen som lanserte samhandlingsreforma, og som tok initiativet til å utarbeide ny reform for helsetenestene. Forslaget til ny helsereform kom fordi han opplevde at mange menneske ikkje får den hjelp dei treng, når dei treng den. Samtidig som det er store utfordringar for samfunnet å klare dei stor utgiftene innafor helse. Hansen meinte at mykje av pengane i helsetenestene blir brukt feil. Han meinte at veksten i ressursar i større grad må gå til å bygge opp tenester i kommunane, og det må lønne seg for kommunane å satse på førebygging slik at folk i mindre grad treng spesialisthelsetenester (St.meld.nr 47 (2008-2009)). Sjukehusa skal framleis vere hjørnestein i helsetenestene. Målet til Bjarne Håkon Hansen var at pasientane skulle få rett behandling, på rett stad, til rett tid. St.meld.nr 47 (2008-2009) er resultat av Bjarne Håkon Hansen sine mål om å endre retning, og utvikle helsetenestene i Norge.

I samband med samhandlingsreforma har helse- og omsorgsdepartementet utarbeida forslag til nye lover, som skulle erstatte kommunehelsetenestelova og sosialtenestelova. Dette høyringsforslaget var ei oppfølging av St.meld.nr 47 (2008-2009). Dei nye lovene som kom ut på høyring i oktober 2010 er; forslaga til ny helse- og omsorgslov, ny folkehelse lov, og ny nasjonal helse- og omsorgsplan. I denne høyringa ville regjeringa ha synspunkt på tre viktige tiltak;

- 1) Kommunene skal få penger til å betale for pasienter som er ferdig behandlet på sykehus, slik at de kan komme hjem til kommunen i stedet for å ta opp plasser på sykehuset.*
- 2) Kommunene får penger til å betale en andel av kostnadene for enkelte pasientgrupper som legges inn på sykehus. Slik vil kommunene få mulighet til å forebygge eller gi tilbud i kommunehelsetjenesten fremfor at pasienter legges inn på sykehus.*

*3) Kommunene og sykehusene får plikt til å inngå avtaler, blant annet for å vurdere om det vil være lønnsomt å gå sammen om å etablere nye behandlingstilbud i kommunene.”*

Dette var ei open høyring, som ligg tilgjengeleg på regjeringa sine internettsider. Det kom inn 1669 svar på denne høyringa. I Sogn og Fjordane var det 19 av 26 kommunar som sendte inn høyringsfråsegner. Etter høyringsrunden var ny lov om folkehelse, og ny helse- og omsorgslov oppe til behandling i Stortinget, og dei vart vedtekne 24.juni 2011, og gjeldande frå 1.1.2012. St.Meld.16 (2010 -2011) som er ny Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 - 2015), vart vedteken av regjeringa 8.april 2011. Gjennom endring av lovverk og ein ny nasjonal plan for helse og omsorg er samhandlingsreforma vedteken. Den nye folkehelselova styrker kommunen sitt ansvar for å drive førebygging og helsefremmande arbeid i alle samfunnssektorar. Felles lov om helse- og omsorgstenester er med på å samle kommunen sine plikter ein stad slik at det blir ei lov å forholde seg til, og ein stad å klage til, og der er fylkesmannen.

I pressemelding frå kommunal og regionaldepartementet 8.4.2011, «Samhandlingsreforma – meir ansvar til kommunane» står det;

*«Samhandlingsreforma – meir ansvar til kommunane. For å klare dette skal stat og kommune samarbeide for meir heilskaplege tenester, med ei gradvis opptrapping av dei kommunale helsetenestene fram til 2016. Kommunane skal få overført midlar frå dei regionale helseføretaka, på den måten skal kommunane vere med å medfinansiere spesialisthelsetenestene, og betale for utskrivingsklare pasientar. Kommunane sitt ansvar for å følgje opp sine eigne innbyggjarar blir tydelegare. Samhandlingsreforma legg opp til at kommunane må ha avtalar med helseføretak, og på den måten skal ein sikre at kommune og sjukehus samarbeider, og sikre at kvaliteten kan målast. Dette skal sikre at pasientane får eit tilbod som er lettare og forholde seg til og som heng betre saman.» (kommunal- og regionaldepartementet (2011)).*

Det var lenge usikkert korleis samhandlingsreforma skulle finansierast. I denne pressemeldinga blir grunnlaget for finansiering av samhandlingsreforma presentert.

Eit anna viktig ledd i samhandlingsreforma er at kommunane har plikt på seg til å etablere eit døgntilbod for pasientar som har behov for akutt hjelp, eller observasjon. Kommunen har alltid hatt plikt til å yte akutt hjelp til dei som bur og oppheld seg i kommunen (helse- og omsorgstenestelova & 3-5 og & 3-1). Det som er nytt i den nye helse – og omsorgstenestelova er & 3-5 tredje ledd, der står det at kommunen har plikt til sørgje for døgnopphald til pasientar og brukarar som treng eit akutt hjelp tilbod. Det ligg føringar på kva denne type akutthjelp tilbod skal omhandle i veiledningsmateriell frå helsedirektoratet (2012) «Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold». Dette tilbodet i kommunane skal byggast opp frå 2012 – 2015, og tilbodet skal vere fullfinansiert. I Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011- 2015 (Meld.St.16( 2010 -2011)) blir omgrepet lokalmedisinske senter brukt om kommunal helsetilbod som skal givast til pasientar før, etter, eller i staden for innlegging på sjukehus. Dette er eit kommunalt tilbod som ein eller fleire kommunar kan samarbeide om seg imellom, eller også med spesialisthelsetenestene. Eg vil vidare omtale akutt døgntilbod i kommunen som Ø- hjelp senger.

Lokalmedisinske senter kan vere ulike tenester som er samlokalisert, eller ligg geografisk spreidd, men som samla sett utgjer ein felles organisasjon. Desse blir kalla ulike ting i kommunane, som til dømes lokalmedisinske senter, lokalmedisinske kompetansesenter, helsehus og distriktsmedisinske senter. For at dette tenestetilbodet skal vere robust kan det vere hensiktsmessig med eit visst befolkningsgrunnlag, noko som kan sikrast ved at kommunen samarbeider med andre kommunar (St.meld. nr.47 (2008-2009)).

Interkommunale samarbeid mellom kommunar er allereie veldig utbredt på mange områder, blant anna innan for IKT. Interkommunalt samarbeid er lovregulert i Kommunelova & 27. Det er mange grunnar til at kommunane vel interkommunalt samarbeid, men ein viktig faktor er effektivitet og kvalitet (Jacobsen 2010). Det er mange små kommunar som kan ha vanskar med å tilby tenester av god kvalitet åleine, og då vil eit interkommunalt samarbeid vere positivt. Det er ikkje berre kommunestrukturen som forklarar at interkommunale samarbeid blir opplevd som gode, fordi mange store kommunar også er med i interkommunale samarbeid med mindre kommunar, og opplever det som positivt (Jacobsen 2010). Det er i følgjer Jacobsen (2010) ikkje økonomi som blir trekt fram som den viktigaste gevinsten i interkommunale samarbeid, men kvalitet, robustheit og fagmiljø.

Samhandlingsreforma gir føringar til kommunane på korleis og kva dei skal i vareta i form av nye lover og planar, men korleis kommunane løyser oppgåvene vil vere opp til den enkelte kommune. I St. meld 47 (2008 -2009) står det blant anna at:

*”Systemet må derfor gi rom for lokale tilpasningar. Kommunene må vurdere om de er i stand til å levere disse tjenestene på egenhånd, i samarbeid med andre kommuner, eller om det er mest hensiktsmessig at de utføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Ved vurdering av de enkelte funksjoner vil det i praksis måtte gjøres lokale tilpasninger ut fra hensyn til geografi, befolkningssammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus mv.”*

Samhandlingsreforma legg opp til at det er den enkelte kommune som må vurdere korleis ein skal tilpasse seg for å klare dei oppgåvene som er skissert i St. meld 47 (2008 – 2009). Tema i denne oppgåva er to kommunar i Sogn og Fjordane sin innføring av samhandlingsreforma, gjennom eit case studie.

## **1.1 Samhandlingsreforma i Sogn og Fjordane**

Sogn og Fjordane er eit stort geografisk fylke med mange små kommunar. På bakgrunn av dei føringane som ligg i St.meld. nr 47 (2008-2009) i forhold til befolkningsgrunnlag for lokalmedisinske senter, så vil mange kommunar i dette fylket vere avhengig av interkommunalt samarbeid. Samtidig har mange kommunar i Sogn og Fjordane allereie interkommunale samarbeid i forhold til 24 timars legevakt.

Sogn og Fjordane fylke består av 26 kommunar som ofte blir delt inn i fire distrikt. Og innbyggartalet for heile fylket er ca. 108 000.

Kart over kommunar i Sogn og Fjordane (Wikipedia)



Kommunar og distrikt i Sogn og Fjordane ■ Nordfjord ■ Sunnfjord ■ Ytre Sogn ■ Indre Sogn

Noko som har, og framleis skaper store diskusjonar i fylket er lokalsjukehuspolitikk. Sogn og Fjordane fylkeskommune har i mange tiår hatt store diskusjonar omkring lokalsjukehus. Sogn og Fjordane er delt i fleire distrikt som tidlegare hadde kvart sitt lokalsjukehus. Sunnfjord hadde sjukehus i Florø, Nordfjord hadde /og har lokalsjukehus på Eid, Ytre Sogn hadde lokalsjukehus i Høyanger og Indre Sogn hadde/ og har lokalsjukehus i Lærdal.

I 1971 vedtok stortinget at Førde sentralsjukehus skulle byggast, i staden for å bygge ut dei fire andre sjukehusa i Sogn og Fjordane. Alt den gongen vart dette sterkt kritisert, men det vart vedtatt, og Førde sentralsjukehus sto ferdig i 1979. Dette medførte at lokalsjukehusa i Florø og Høyanger etter kvart vart ned lagt, medan Eid og Lærdal framleis har lokalsjukehusfunksjon. Sidan 1979 har Sogn og Fjordane fylke vore prega av lokalsjukehusdebatt (NRK). Denne debatten påverkar også kommunane i Sogn og Fjordane sitt samarbeid i forhold til samhandlingsreforma.

For å få meir kunnskap om kommunane i Sogn og Fjordane har eg valt å sjå på kva desse kommunane svara i sine høyringsfråsegner til Nasjonal helse – og omsorgsplan (2011 -2015) (helse og omsorgsdepartementet). Det var 19 av 26 kommunar i Sogn og Fjordane som sendte inn høyringsfråsegner. Blant dei 7 som ikkje svarte på høyringa var største parten av kommunane frå Sogn og Indre Sogn, desse kommunane var; Luster, Sogndal, Balestrand, Høyanger, Vik, Årdal og Aurland. Det var berre Leikanger og Lærdal som sendte inn høyringsfråsegner. I Ytre Sogn, Sunnfjord og Nordfjord har alle kommunane sendt inn høyringsfråsegner, enten felles med andre kommunar, eller åleine.

Høyringane gir eit bilete av korleis mange av kommunane i Sogn og Fjordane tenkjer omkring samhandlingsreform. Det er ikkje lett å tolke om kommunar er positive, eller negative til reforma. Dei aller fleste er positive til at det skjer ei endring i pleie- og omsorgstenestene, samt i spesialisttenestene. Det virka som alle er positive til ny lov om helse- og omsorgstenestene som samlar dei tidlegare lovene. I høyringsfråsegnene kan ein spore lokalsjukehusdebatt, noko som også kan prege samarbeid og innføring av denne reforma i Sogn og Fjordane. Eg har laga ei oppsummering av funn under kvart av dei tema som høyringa spurte etter.

**Likeverdige partar;** Alle kommunane som har svart på høyringa opplever at det ikkje er presisert god nok ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetenestene, og kommunane (1. og 2. linje tenestene). Tradisjonelt er det spesialisthelsetenestene som har vore premissleverandør for kommunane meiner Eid kommune, og meina dette framleis ligg inne i det nye planforslaget. Dei andre kommunane som har svart legg også vekt på at det ikkje ligg føre ei tydeleg og avklarande ansvarsfordeling, mellom spesialisthelsetenestene og kommunehelsetenestene i det nye lovverket. Nokre kommunar trekkjer inn dette med “utskrivingsklare pasientar”, korleis skal eit likeverd praktiserast? Dette på bakkgrunn av at det er spesialisttenestene som er premissleverandør på utskrivingsklare pasientar.

**Lokal fridom;** Alle kommunane er samde i at den nye folkehelseleva og ny helse- og omsorgslov vil forsterke kommunane sin mynde og lokal handlefridom. Kommunane opplever det som viktig at dei får det reelle ansvaret, og at det ikkje blir etterfølgt av sterkare statleg detaljstyring.

**Akutt-hjelp;** Alle kommunane som har svart er samde i at det bør vere eit slik døgntilbod i kommunane. Og kommunane sjølv skal bestemme korleis eit slikt tilbod skal organiserast. Nordfjord kommunane presiserer at dei akuttmedisinske kommunikasjonssentral- tenestene (AMK) har fått stor plass i planframlegget, medan den kommunale delen som omfattar legevaktsentral, pleie- og omsorgstenester i den akuttmedisinske kjeda er via liten plass. Noko som dei tykkjer samsvarar dårleg med intensjon i reforma om heilskap og samanheng.

**Lokalsjukehus/ sjukehusplan;** Kommunane som ligg i Nordfjord distrikt og Lærdal tar alle opp og framhevar viktigheita av lokalsjukehus, og at staten må lage ein plan for dette. Sunnfjordkommunane argumenterer for eit sterkt sentralsjukehus, med gode spesialisttenester. Alle kommunane utanom Lærdal kommune argumenterer for at lokalmedisinske senter må vere kommunale/ interkommunale, og at ein ikkje må lage fleire forvaltningsorgan. Lærdal kommune argumenterer for at dei lokalmedisinske sentera og legevakt må ligge lokalisert til lokalsjukehus for å kunne sette i verk samhandlingsreforma.

**Fastlegane;** Alle kommunane melder tilbake at dei vil ha meir styring med legane, og kommunane har forventningar til ny lov om fastlegeordninga. Fleire kommunar ser at behovet for lege ute i kommunane vil auke i samband med samhandlingsreforma.

**Kompetanse og helsepersonell;** Alle kommunane er opptekne av å få rekruttert personell og auke kompetanse. Når det gjeld kompetanse kjem ambulant team opp. Dei aller fleste kommunane nemner gode erfaringar med dette frå psykiatrien. Stryn kommune nemnar at utdanning innanfor sjukepleie kanskje har hatt fokus på sjukehus, noko som må endrast mot kommunehelsetenestene.

**Folkehelse;** Alle kommunane er positive til folkehelse og førebyggjande arbeid. Men ingen av kommunane trur dei vil klare desse oppgåvene utan meir økonomisk støtte til dette arbeidet.

**Økonomi;** Alle kommunar er oppteken av at ein må få tilført meir ressursar i form av pengar. Skal kommunane klare å innfri dei oppgåvene som samhandlingsreforma legg opp til, vil økonomi vere ein veldig viktig faktor for dei aller fleste kommunane i Sogn og Fjordane.



**Koordinerte tenester;** Kommunane er og positiv til å få til gode pasientforløp, og at kommunane er den som skal styre dette i form av blant anna individuell plan. Kommunane presiserer også innan dette at det vil vere utfordrande å organisere å samordne ulike tenester og etablere ei funksjonell organisering i den enkelte kommune.

Kommunane i Sogn og Fjordane har ulike samhandlingsområder både før og etter samhandlingsreforma. I Nordfjord distrikt står kommunane saman om å etablere eit lokalmedisinsk senter i tilknytning til lokalsjukehuset på Eid. Kommunane i Nordfjord distrikt har kjempa for at lokalsjukehuset på Eid skulle oppretthaldast med eit operasjonstilbod, samt eit akutt- og fødetilbod. Helse Førde har vedteke at Eid ikkje skal ha same funksjonar som tidlegare, men at det skal bli ein base som lokalmedisinsk senter, og arbeidet med å finne ut kva tilbod som skal leggest til dette sjukehuset er i full gang. Kommunane i Nordfjord distrikt er med i samarbeidet med å utvikle eit tilbod på Eid.

I Sunnfjord er den naturlege samarbeidsparten sentralsjukehuset i Førde, det same gjeld for kommunane i Ytre Sogn. Slik det ligg føringar for så er det 12 kommunar i Ytre Sogn og Sunnfjord som samarbeider for å finne gode løysingar for eit lokalmedisinsk senter i samarbeid med sjukehuset Førde. Samtidig er det framleis litt usikkerheit i forhold til kva Flora kommune vil gjere, om dei vil opprette eit lokalmedisinsk senter for seg sjølv, eller samarbeide med dei andre kommunane i regionen. I Indre Sogn er det ikkje same oppslutnad omkring Lærdal og lokalsjukehuset. Sogndal kommune er regionsenteret i Indre Sogn og ønskjer ikkje å vere med på eit samarbeid med andre kommunar om lokalmedisinsk senter i Lærdal. Det gjer heller ikkje Luster.

### **1.1.1 Valet av case**

I val av case til denne studien har eg prøvd å legge vekt på å finne to kommunar som er ulike. Kriterium for valet er geografi, storleik i høve folketal, ulikskap i høve avstand til lokalsjukehus og sentralsjukehuset. Eit anna moment har vore reiseavstand for meg som forskar, difor har eg valt vekk Nordfjord regionane. Eg hadde planlagt å finne ein kommune i Sunnfjord region, men fekk ikkje positiv respons. Valet mitt er ein kommune i Ytre Sogn og ein kommune i Indre Sogn.

Som case i studien min har eg brukt Høyanger kommune i Ytre Sogn, og Sogndal kommune i Indre Sogn. Desse to kommunane er ulike i høve geografi, storleik i høve folketal, og dei har ulike lokalsjukehus. I Ytre Sogn er det nærmaste sjukehuset Førde, mens i Indre Sogn har ein i tillegg til sentralsjukehuset, eit lokalsjukehus i Lærdal. Slike moment kan vere med å gi ulike føringar for korleis kommunane vil møte samhandlingsreforma lokalt.

Mange kommunar i Sogn og Fjordane er små i folketal noko som gjer at kommunane ikkje har nok grunnlag for å drifte blant anna eigen legevakt, eller opprette Ø- hjelp senger. Oppretting av slike tilbod i desse kommunane vil vere økonomisk belastande, samtidig som det vil gi store utfordringar i forhold til å oppretthalde forsvarleg kompetanse. Høyanger kommune er ein middels stor kommune i Sogn og Fjordane, som mest truleg vil vere avhengig av samarbeid med andre kommunar. Mens Sogndal kommune er ein forholdsvis stor kommune i Sogn og Fjordane, som vil satse på å utvikle samhandlingsreforma lokalt med eige lokalmedisinsk senter.

## **1.2 Kva forskning finst i forhold til samhandlingsreforma**

Samhandlingsreforma er ei ny reform som det ikkje finst so mykje forskning på enno. Difor leita eg etter anna forskning og søkte først «forskning reformer». Det finst mykje forskning på reformer spesielt innan for skule- og oppvekst, og på NAV reforma. Eg har søkt på ulike databasar som Idun, BIBSYS, i tillegg til å «google» på nav reform. Eg har funne fleire artiklar og notat som er aktuelle å sjå i samanheng med samhandlingsreforma.

NAV- reforma er ei forvaltningsreform, og den er prega av eit avansert fleire - nivå system som skal styrast gjennom netteverk. Nettverksstyring er andre samordningsmekanismer enn byråkratiet. I byråkrati styrer ein gjennom hierarki og standardar, og er prega av styring, medan i læringsprosessar, der er gjensidig tillit er viktig. NAV er organisatorisk spesialisert, samtidig som ein har omsyn å ta til geografi i form av kommunar, og sektor interesser for staten. Dette medfører utfordringar i organisasjonen i form av to styringsformer. (Fimreite og Lægreid 2008). Det som er utfordrande for NAV- reforma er at dette skulle vere ei teneste som skulle samlokalisere fleire tenester slik at det skulle bli brukarvennleg. Det som har skjedd gjennom reforma er at NAV har sentralisert mange tenester, og tilbodet ute i kommunane blir meir avgrensa. NAV skulle og vere eit samarbeid mellom stat og kommune, gjennom avtaler.

Samarbeidet oppover (kommune – stat) har styrka seg i bruk av styringssystem, og regulering av undernivå blir styrt gjennom rettighetslover, minstestandar, forskrifter og direktiv (Fimreite og Læg Reid 2008).

Eit av måla til NAV reforma var meir nøgde brukarar. Undersøkingar som er gjennomført i 2008 viser at tal med nøgde brukarar har gått nedover i følgje Risa (2008). NAV seier sjølv at årsaken til dette er at brukarfokuset har forsvunne noko i ei tid med stort fokus på omstilling (Risa 2008). Eit anna mål var at NAV skulle bli meir effektive, og i følgje Risa (2008) kan sentralisering av ulike tenester frigi meir tid til lokalkontora, men det er usikkert om dette har hatt ein gevinst. Det at regjeringa måtte gi ekstra finansiering på grunn av for lang ventetid på saksbehandling er ikkje teikn på at NAV er blitt meir effektive i følgje Risa (2008).

Det blir sagt at samhandlingsreforma, er ei retningsreform. Den skal gi meir ansvar til kommunane for helse- og velferdstenester, og legg stor vekt på kommunane sitt ansvar for å legge til rette for gode lokale helsetenester. For at kommunane skal «oppfylle» statens ønskjer og krav, blir det lagt føringar frå staten på kva kommunane skal ha ansvar for. Samtidig blir det lagt vekt på at kommunane må finne beste løysningane sjølv. Ein måte å styre utviklinga på er basert på økonomi. I samhandlingsreforma har staten lagt inn økonomiske føringar slik at ein skal klare å gjennomføre reforma.

I tillegg er det mange føringar i Nasjonal plan for helse- og omsorgstenester som kommunane må følgje. Ein ting som kan samanliknast med NAV- reforma, er om samhandlingsreforma blir meir brukar- og pasientnær, eller om det etter kvart fører til at tenestene blir sentralisert, fordi ein ikkje har kapasitet til å klare alle oppgåvene i små kommunar. Eg vil sjå nærmare på to kommunar, og finne ut korleis dei har møtt samhandlingsreforma, og korleis dei har implementert samhandlingsreforma lokalt.

### 1.3 Problemstilling:

**«Korleis blir samhandlingsreforma faktisk møtt og utforma i kommunane? Er utfordringa og iverksetjinga den same, eller varierer den mellom kommunane og kvifor?»**

*Forskarspørsmål;*

- 1. Kva er status i kommunane si helseteneste før reforma?*
- 2. Kva er utfordringar i forhold til samhandlingsreforma lokalt slik kommunen ser det?*
- 3. Korleis har kommune førebudd seg lokalt til samhandlingsreforma?*
- 4. Kva endringar har skjedd i kommunen i forhold til samhandlingsreforma?*
- 5. Kven er premissleverandør i forhold til samhandlingsreforma lokalt i kommunen–administrasjon, politikarar eller samspel?*

Eg vil studere problemstillinga i forhold til teori som omhandlar innføring av offentleg politikk, og kommunen si evne til omstilling. For å kunne sei noko om kva som påverkar utforminga av samhandlingsreforma i den enkelte kommune, er det viktig å sjå på korleis status i kommunen er når reforma skal settast i verk. Kommunen si evne til omstilling og endring, vil og kunne påverke innføring av samhandlingsreforma lokalt.



## 2.0 TEORI

Eg vel å dele teorien inn i to hovudtema; iverksettingsteori og faktorar som påverkar organisasjon til endring, der eg også vil komme inn på organisasjonsfunksjonar si rolle når samhandlingsreforma skal implementerast i kommunen. I denne teoridelen vil eg gjere greie for iverksettingsteoriar, og komme inn på kva som i dag er sett på som sentrale element når det gjeld iverksettingsteori. Eg vel å legge hovudvekta på iverksetting, sidan det er lokal iverksetjing av ei nasjonal reform som er mitt tema. Som eit fundament til den teoretiske delen vel eg å bruke Audun Offerdal (1999 og 2005) og Matland (1995) sin teori på iverksetting av offentleg politikk. Eg vil i hovudsak nytte Jacobsen og Thorsvik (2006) sin teori i forhold til endringsprosessar. Dessutan brukar eg Strand (2007) sine omgrep i PAIE modellen for å belyse dei organisasjonsfunksjonane som kommunane må ivareta for å setje reforma i verk lokalt.

### 2.1 Politikk

Innføring av samhandlingsreforma er politikk. Dette er ei stor reform som blir sett i verk av Stortinget, som mange andre reformer. Det er i prinsippet Stortinget som bestemmer utforminga av helsepolitikken, og det er spesielt sosialkomiteen som har stor påverknad på politikken (Hallandvik 2002). Dette fører til at lokale politikarar og administrasjon må sette i verk statleg utforma politikk (Offerdal 1999:13). Det er dei lokale politikarane og administrasjon i kommunane som har ansvaret for å gjennomføre det bestemte, i denne samanheng samhandlingsreforma. Ei slik utfordring mellom stat og kommune skapar spenningar. Desse kan oppstå når kommunane blir pålagt å innføre ny reform/ gjennomføre ein politikk, og samstundes hevdar at dei ikkje får ressursar til å gjennomføre (Offerdal 1999:13). Når reforma vidare skal implementerast i dei ulike kommunane vil det og føre til spenning mellom dei som formar reforma i kommunen, og dei som skal sette i verk det som er bestemt.

#### 2.1.1 Iverksetting av politikk

Mykje av den politikk som blir utforma i vår velferdsstat blir utforma sentralt i det politiske nivå som er staten, og det meste av det som skal bli sett i verk blir gjennomført av kommunar/ kommunen. Offerdal (2005) seier at dette har fått konsekvensar for korleis forholdet mellom

stat – kommune er blitt. Tidlegare var dette forholdet prega av autonomimodell, der kommune og stat hadde kvar sine oppgåver, og fordelinga var slik at ein kunne handle mest mogleg autonomt i forhold til kvarandre. I praksis er det vanskeleg å skilje oppgåvene samtidig som fleire og fleire av oppgåvene er blitt felles. I kommunelova av 1992 er det lagt vekt på “folkestyre”, “rasjonell og effektiv forvaltning”, og at det lokale folkestyre skal forholde seg “innanfor rammene av det nasjonale fellesskap” (Offerdal 2005).

For å lære meir om innføring av politikk har eg i tillegg til Offerdal (2005), brukt Matland (1995) sin artikkel, “Synthesising the Implementation Literature: The Ambiguity –conflict Model of Policy Implementation”. Matland (1995) seier at litteraturen er delt i to store skular når det gjeld innføring av politikk og det er “top - down” og “bottom -up” modellar. Også Offerdal (2005) viser til desse to hovudretningar når han skal forklare korleis offentleg politikk blir satt i verk. Eg kjem til å bruke “top –down” og “ovanfrå – og ned tilnærming” litt om kvarandre alt etter kva litteratur eg viser til, det same gjeld for omgrepa “bottum – up” og “nedafrå – og opp tilnærming”.

### **2.2.2 “Top - down” /”Ovanfrå- og- ned tilnærming”**

Offerdal (1999:15) seier at “Top-down” modellane ser på iverksetting i forhold til graden av samsvar mellom sentralt utforma mål og måten dei blir gjennomførte i praksis”. Matland (1995) seier at “top – down” teoretikarar meiner at politikken er utarbeida av sentrale aktørar, og har difor konsentrert merksemda på dei faktorar som kan brukast frå sentralt hold, for å gjennomføre politikk.

Matland (1995) seier at “top- down” teori har eit ønskje om å utvikle generelle politiske råd, noko som krev at ein finn konsistente mønster i åtferd, på tvers av politiske områder som ein kjenner igjen. Vidare seier han at trua på at dette finst, og ønskje om å gi råd, har ført til ein konsentrasjon av variablar som ein kan bruke sentralt for å gjennomføre politikken. “Top-down” råd er; klare og presise mål, få aktørar, avgrense endring til det nødvendige, og plassere gjennomføringsansvaret i avdeling/byrå som er eining i politikken. Offerdal (2005) seier at det sentrale kriteriet for vellykka iverksetting er om organisasjonspraksisen samsvarar med målsettinga, som er gitt i forma av politiske vedtak. Vidare seier Offerdal (2005:259) at ovanfrå- og- ned tilnærminga ser på iverksettande organisasjonar som eit

instrument for dei som styrer, og det vil seie politikarar. Dette vil seie at forvaltninga skal vere nøytrale, og utføre dei pålegg som blir gitt utan sjølv å påverke innhaldet.

Iverksettingsproblem utifrå denne teorien kan forklarast utifrå tre forhold, i følgje Offerdal (2005:260). Det første er mangel på klare mål med gyldigheit i teori, det andre er mangel på klare autoritetsstrukturar, og det tredje er motstand frå lokale iverksettarar, og manglande effektivitet lokalt.

Matland (1995) seier at noko av kritikken mot “top- down” teorien er at den tar i bruk det lovpålagte språket, noko som gjer at ein ikkje tar omsyn til handlingar i tidlegare politiske prosessar. Ved at ein brukar det lovpålagte språket vil ein heller ikkje vurdere, eller nå eit breiare publikum mål. Vidare blir “top-down” teori kritisert for at implementering av politikk blir sett på som ein rein administrativ prosess, som enten ignorerer andre politiske aspekt, eller prøver å eliminere dei. Ifølge Matland (1995) kan “top-down” sin vekt på klarhet, regel, utbredelse og overvåking minne om Weber byråkratiet.” Top- down” blir og kritisert fordi ein ikkje har tanke om at dei som leverer/ produserer kan ha betre utgangspunkt til å foreslå målretta politikk, fordi dei står nær problemet og har kunnskap omkring det. “Top-down” modellar kan i staden sjå på lokale aktørar som hinder for vellykka gjennomføring og difor må dei kontrollerast.

Offerdal (2005:260) seier at når mål er klinkande klare vil sjansen for motstand og konflikt bli større, og gjere det vanskeleg å unngå motstand lokalt. Difor er kanskje ein uklår politikk mål i seg sjølv for å unngå konflikta.

### **2.1.3 “Bottom-up” /Nedanfrå- og- opp tilnærming:**

Offerdal (2005) seier at “bottom-up” modellane ser iverksettingsprosessen meir nedanfrå, og legg vekt på å studere samsvaret mellom dei einskilde aktørane eller gruppe av aktørar i prosessen. Nedanfrå – og opp tilnærming er meir ei beskriving av det som faktisk skjer når offentleg politikk skal settast ut i livet (Offerdal 2005:265). Matland (1995) seier at ” bottom - up” teoretikarar ser på målgrupper og service leverandørar (mikronivå), og hevdar at den verkelege politikk er laga på dette lokale nivået.



Matland (1995) seier at litteraturen innan “bottom-up” argumentarar for at mål, strategiar, aktivitetar, og kontakt med lokale aktørane (mikronivå) må forståast, for at ein skal kunne forstå korleis ein skal implementere politikk. For det er på mikronivå at politikken vil påverke folk direkte. Både Offerdal (2005) og Matland (1995) viser til Hjern (1982) som har studert nedanfrå – og - opp politikk, der han finn at sentrale tiltak ofte er dårleg tilpassa dei lokale forhold. Og suksess for gjennomføring er i stor grad avhengig av lokale personars ferdigheiter i den lokale strukturen, som kan tilpasse politikken til dei lokale forholda.

Offerdal (2005:266) seier det er gjort fleire forsøk på å førene disse to tilnærmingane, og nokre forskarar meiner at iverksetting av politikk føreset både prosessar som går ovanfrå og ned, og nedanfrå og opp. Dette fordi politikk som skal gjennomførast stadig er i utvikling i eit samspel mellom intensjonar og realitetar. Offerdal (2005:266) viser til Richard Elmor (1985) som skil mellom “forward mapping” og “bakward mapping”. Dette inneber at framtid kartlegging består i å styre ovanfrå ut frå den kunnskap ein til ei kvar tid har. Baklengs kartlegging tar utgangspunkt i samfunnsproblem, og prøver å finne ut korleis det offentlege skal legge til rette slik at samfunnsproblema skal bli løyst.

#### 2.1.4 Iverksetting av offentlig politikk:

Matland (1995) har laga ein modell på iverksetting av politikk under varierende kombinasjonar av uklårheit og konflikt:

##### Konflikt:

Låg	Høg	
<b>Administrativ iverksetting</b> <b>Ressurs viktig</b>	<b>Politisk iverksetting</b> <b>Makt viktig</b>	Låg
		<b>Uklarheit</b>
<b>Eksperimentell iverksetting</b> <b>Lokale forhold viktig</b>	<b>Symbolsk iverksetting</b> <b>Koalisjonsstyrke viktig</b>	Høg

Offerdal (2005:269) bruker denne figuren til Matland (1995) og forklarer desse ulike aspekta slik: I ein situasjon der både konflikt og uklårheit er låg vil iverksetting føregår som administrative rutinar og gjennom rasjonelle slutningar. For å forstå utfallet må ein sjå på kommunane sin variasjon i ressurstilgang. Når uvissa er stor og konfliktnivå lite vil iverksettingsprosessen føregår som ein prøving – og feiling – prosess, der lokale forhold og rein tilfeldigheit i kvar kommune i stor grad vil bestemme utfallet. I tilfelle der både uklarheit og konfliktane er stor har Matland (1995) kalla det symbolsk iverksetting. I disse situasjonane er det evne til koalisjonsbygging som er viktig for utfallet av iverksetting. Kombinasjon liten uklårheit, men stor konflikt er den kombinasjonen som representerer den eigentlege politiske iverksettingsprosessen i følgje Matland (1995), der utfallet blir bestemt av maktforholdet. Døme på dette er at politiske reformer blir tvinga gjennom til tross for stor motstand (Offerdal 2005:270)

Når ein skal studere iverksetting er det viktig å sjå på sambandet mellom det kollektive, og det individuelle nivået i organisasjon i følgje Offerdal (1999:18). Dette sambandet kan ein sjå på i lys av to sider i ein organisasjon; den instrumentelle og den institusjonelle. Viss ein skal undersøkje iverksettingsprosessar med tyngde på den instrumentelle sida i ein organisasjon, vil ein undersøkje korleis organisasjon forma handlingane til den enkelte aktør, slik at deira handlingar fører til at deira prioriteringar samsvarar med prioriteringar på kollektivt nivå (Offerdal 1999:18). Studie i forhold til denne sida vil bygge på styrings- og kontroll aspekt i den autoritetsrelasjon som det kollektivet nivået har. Men slik er det ikkje for det vil alltid vere eit spenningsfelt mellom nivåa, fordi dei einskilde aktørane på det individuelle nivået har eigne personlege mål. Dette kan komme av at ein har ulike problem ut frå posisjon og erfaring i organisasjonen. Dette gjer at ein i organisasjonar også har prosessar som skal vere med å forme dei kollektive målsettingane, slik at dei samsvarar med prioriteringar på det individuelle nivå. Dette handlar om fellesskapssida, den institusjonelle sida.

Offerdal (2005:273) har ein definisjon på iverksetting: “Iverksetting dreier seg om å etterspore samsvar eller mangel på samsvar mellom et politisk vedtak, og de handlingene vedtaket pålegger leddene i en offentlig forvaltning å gjennomføre, og kunne forklare eventuelle avvik”.

### **2.1.5 Kvifor teori om innføring av offentleg politikk i mi oppgåve?**

Som nemnt i innleiinga er samhandlingsreforma noko staten har bestemt skal gjennomførast i helse- og omsorgssektoren, og eg vil sjå på den i forhold til kommunar/ kommunen. Eg trur dette kan vere med på å gi meg eit innblikk i korleis kommunane møter reforma, og kva dei tenkjer omkring utfordringar. Utifrå teori om innføring av offentleg politikk kan casestudie også vere med å kaste lys over korleis kommunane opplever denne reforma. Eg har valt å ta med modellen til Matland (1995) på iverksetting av politikk under varierende kombinasjonar av uklårheit, og konflikt. Dette har eg tatt med fordi eg vil prøve å sette innføring av denne reforma inn i modellen, og på den måten vere med å plassere kva slags type iverksettingsmodell som er rådande ved denne politiske reforma.

Eg lurar på om samhandlingsreforma blir gjennomført slik som mange andre reformer, i den kombinasjon frå modellen til Matland (1995) med lite uklårheit, men stor konflikt? På ein måte har samhandlingsreforma klare politiske mål, og i følgje Offerdal (2005:260) kan det føre til motstand og konflikt lokalt. Har staten brukt “top –down” modellar for å få til ei innføring, eller har denne reforma eit grunnlag i “bottom-up”, eller kanskje ein kombinasjon av desse to innføringsmodellane?

I forskinga mi skal eg sjå på korleis denne reforma vert implementert i kommunen. Også her spelar innføring av politikk ein stor rolle. Korleis vel politikarar lokalt å innføre samhandlingsreforma? Er det administrasjonen som legg føringar, eller er det politikarar? Kven er med i prosessen? Korleis er maktforholdet lokalt? Eg trur Matland (1995) sin modell også vil komme til nytte når eg skal sjå på korleis iverksettinga føregår lokalt i kommunen.

## **2.2 Faktorar som påverkar organisasjonen si evne til å handtere endringar og omstilling**

Eg vil samanlikne to kommunar i forhold til korleis dei føreheld seg til innføring av samhandlingsreforma. Eg vil difor sjå på teori som omhandlar organisasjonar si evne til endring og omstilling. Det er mykje litteratur som kan vere relevant innanfor dette temaet, både organisasjonskultur, organisasjonsfunksjonar og leiing, men eg kan ikkje gå like mykje inn på kvart tema på grunn av oppgåva sin storleik.

### 2.2.1 Endringsprosessar

Endring er ofte ei nytenking, at ein skal gjere noko nytt eller på ein ny måte. I denne samanheng er bakgrunn for vedtaket godt belyst i St.meld. nr. 47 (2008 -2009), det som er mindre belyst er korleis ein skal gjennomføre samhandlingsreforma både praktisk og økonomisk. Denne reforma er blitt utarbeidd som følge av eit auke i den eldre befolkninga, og fleire som vil trenge helsetenester, samtidig som utgiftene til desse tenestene aukar formidabelt kvart år. Samhandlingsreforma er ei endring som kjem på grunn av at ein vil finne meir effektive og betre måtar å utnytte resursane på, samtidig som ein vil forbetre kvaliteten på tenestene. Når eg skal gjere undersøking i kommunane, ønskjer eg sjå korleis dei førebur endringsprosessar i sin organisasjon.

### 2.2.2 Kva er ei endring?

Jacobsen og Thorsvik (2006:351) seier at noko blir forandra ved at eit av følgjande skjer; 1) Det blir utvikla nye element i tillegg til dei organisasjonen alt har. Kan til dømes vere at bedrifta opprettar ei ny avdeling, eller det kan vere endring på rutine for å utføre nye oppgåver. 2) Eksisterande element koplast saman eller splittast opp på ein ny måte. Eit døme kan vere at ei avdeling blir splitta i to resultateiningar, eller at ein slår saman to etatar med ny felles leiar. 3) Ein forkastar eksisterande element. Eit døme kan vere nedlegging av ein spesiell funksjon eller avdeling i ein organisasjon.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2006:351) kan endring kan også omhandle endring av oppgåver, ny teknologi, nye mål og strategiar. Endring i organisasjonsstrukturen vil påverke korleis arbeidsoppgåvene blir delt, korleis ein kontrollerer og styrer organisasjonen. Og endring i organisasjonen sin kultur vil påverke antaking, normer og verdiar. Alle disse former for endringar i organisasjonen vil også endre på det interne maktforholdet i organisasjonen, og organisasjonane sitt forhold til omgjevnadane.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2006:353) vil endringar i struktur rette seg mot arbeidsfordeling, spesialisering, koordinering og styring, mens kulturendring vil rette seg mot personars haldningar, meiningar og oppfatningar. Det kan vere vanskeleg å skilje om endring er det eine eller det andre, fordi endring av struktur ofte vil føre til endring av kultur. Jacobsen

og Thorsvik (2006:354) seier skilje mellom strukturelle og kulturelle endringar ligg i spørsmålet om kva tyngde ein legg på dei ulike elementa i endringsprosessar.

Jacobsen og Thorsvik (2006:352) delar endring inn i fire dimensjonar. Dimensjon 1. Revolusjon versus evolusjon, går på kor omfattande endringa er. Evolusjon vil seie at endringane er naturlege utvikling og går over lang tid. Dimensjon 2. Reaktiv eller proaktiv. I denne ligg det om endringa er basert på forventingar (proaktiv), eller om den er ein reaksjon på forhold som alt har forandra seg (reaktiv). Dimensjon 3. Endringa si innhald. Denne tar for seg om endringa er strukturell eller kulturell. Dimensjon 4. Planlagt eller ikkje- planlagt. Planlagde endringar er basert på læring, der ein aktiv tilpassar organisasjonen til nye forhold. Endringar kan også komme av tilfeldighet.

Når det er snakka om endringar tenkjer ein først og fremst på planlagde endringar. Og denne type endring må ha tre sentrale element; Organisasjonen må ha eit ganske klart mål, den må ha kunnskap omkring behov for endring, ulike tiltak, løysningar, og kva effekt dei ulike tiltaka har. I tillegg må ein kunne sette i verk endringa slik den var planlagt. Endringar vil føre til motstand, ofte vil motstand mot endring ha utgangspunkt i at ein forsvarar noko kjent, noko ein meina er godt og rett (Jacobsen og Thorsvik 2006:356).

Slik eg tolkar Bukve og Offerdal (2002) så er leiing ein viktig nøkkel for at endringar i organisasjonen skal bli vellykka. Dei seier at den administrative leiingens oppfatningar av eksterne organisasjonskonsept, er viktig for om kommunane set i gang med omorganisering eller ikkje. Leiinga har ein privilegert posisjon, fordi ein har makt til å setje i gang og bremse prosessar (Bukve og Offerdal 2002:52)

I organisasjon – og leiings teori har det meste blitt henta frå privat sektor, og leiing i offentleg sektor har fått liten fokus. Først frå 1980 – talet og framover har synet på leiing i offentleg sektor vore i endring. Det som førte til denne endringa er “new public management” som ein kan kalle leiingsbasert styring (Strand 2007:317). Denne trenden når det gjeld offentleg styring kan kort forklarast med: mindre stat og stoppe veksten i offentleg sektor. Meir demokrati og mindre administrasjonstyr. Mindre profesjon og sektorinteresser, meir overordna leiing. Mindre byråkrati og meir effektivitet. I gjennom dette er leiing som omgrep,

teknikk og rolle blitt aktualisert og framheva som nøkkel til forbetring av offentleg sektor (Strand 2007).

Eg har valt å ta med endringsteori for å studere kva verkemiddel kommunane vil bruke i sin innføring av reforma. Det er fleire element av endring som er aktuelle når samhandlingsreforma skal innførast lokalt. Kommunane vil få nye oppgåver, i tillegg til dei som ein har frå før. Mest truleg vil det vere ulikt for kommunane kor omfattande endringane vil vere, nokon har kanskje endra “kurs” over lang tid, mens andre ikkje har klart det. For å finne ut kor omfattande samhandlingsreforma vil vere for kommunane, vil eg sjå på den i lys av Jacobsen og Thorsvik (2006:352) sine fire dimensjonar på endring. Kor planlagt er denne reforma i kommunen, kva mål har ein, kva kunnskap og kva tiltak vil ein sette i verk for å klare denne endringa? Dette er noko eg ønskjer å finne ut gjennom eit case studie.

### **2.3 Organisasjonskultur.**

Innføring av ny reform i helse- og omsorg vil medføre endring, som vil medføre endring i kultur, difor har eg valt å ta med teori som omhandlar organisasjonskultur. Ein må kanskje endre kultur, som til dømes forholdet mellom 1. og 2. linje tenestene – er det kulturforskjellar som vil påverkar samhandlingsreforma? Korleis er kulturen på samhandlinga lokalt mellom helse og omsorg, mellom lege, sjukeheim, heimesjukepleie og fysioterapi?

Kva er organisasjonskultur; Jacobsen og Thorsvik (2006) brukar Schein (1987) sin teori for å beskrive kulturomgrepet, som også Strand (2007) viser til når han skriv om kultur.

Kulturomgrepet kan delast på tre nivå. Første nivå er grunnleggande antakingar, det som vi tar for gitt og betraktar som sant. Med disse reflekterer vi over våre verdiar og åtferdsnormer som utgjer kulturen sitt andre nivå. Det tredje nivå er “artefakter” som kan forklarast med fysiske, verbale og åtferdsmessige uttrykk for kulturen. Artefakter kan vere symbol som fortel om forventningar som til dømes legar i legefrakk, eller det kan vere ein måte organisasjonane er strukturert på. Kulturen er med å påverkar vår åtferd, fellesskapskjensle, identitet og sosial tilhøyring (Hovland og Øgard 2004:32).

Det finst mange definisjonar på organisasjonskultur og Strand (2007:184) referer til fleire. Eg har tidlegare brukt Kaufmann og Kaufmann (2003:269) og dei definerer organisasjonskultur som;

*“et system av felles verdier og felles ideer om hvordan ting fungere og skal gjøres. Frå dette utvikles felles verdier og forventinger til ytelse”.*

Slik eg tolkar denne definisjon, handlar organisasjonskultur om korleis vi gjer ting i organisasjonen, korleis vi samhandlar, og korleis vi yter våre tenester, enten det er med god kvalitet eller ikkje.

Strand (2007:198) seier at organisasjonane stort sett brukar kultur til tre føremål;

*“1. Som styringsinstrument, til å gi retning, kontrollere avvik, etablere stabile relasjoner og beslutningsregler. 2. Som motiverende og identitetskapende kraft; Kulturen gir arbeidet mening og sammenheng, individet ser seg selv i et større fellesskap. 3. Som middel til å presentere organisasjonen og påverke omverdens oppfatninga av den.”*

Strand (2007:210) seier at vi kan ta for gitt at kulturer er trege og motstand mot endring er stor. Dette er og i tråd med det Kaufmann og Kaufmann (2003) seier om endring av kultur. Ein anna viktig del av kultur i ein organisasjon er leiing, og litteraturen seier at leiar (spesielt toppleining) er ein viktig premissleverandør og formidlar av ein organisasjonskultur. Strand (2007:215) seier at kultur er eit element i å forstå leiarutøvinga, og eit sett av betingelsar og muligheiter for påverking. Og det kan vere eit viktig instrument for endring under dei rette føresetnadane, og eit virkemiddel for organisasjonen både internt og eksternt. Samtidig blir det understreka at kultur er ein del av heilheita i ein organisasjon, som blir påverka av ulike faktorar som struktur og teknologi, som igjen kan påverke i motsett retning (Strand 2007:214).

## **2.4 Teori om organisasjonsfunksjonar**

I denne masteroppgåva har eg valt å studere innføring av ei offentleg reform. Eg har ikkje hatt fokus på leiing i denne prosessen, men meir på kva endringar og prosessar som har skjedd og skal skje i kommunen. For å kunne samanlikne prosessane i kommunen ønskjer eg å bruke

hovudvekt på Strand (2007) sin teori som omhandlar organisasjonsfunksjonar og bruke desse for å analysere og samanlikne funn.

#### 2.4.1 Kva er ein organisasjon?

Organisasjonsomgrepet blir brukt om mange ulike ting. Det kan vere bedrift, ein kommune, eit sjukehus, men det kan og vere ein fotballklubb. I ein organisasjon er ein saman for å løyse bestemte oppgåver og arbeide for felles mål. Organisasjon er eit sosialt system som er konstruert på ein bestemt måte for å realisere bestemte mål (Jacobsen og Thorsvik 2006). Sosialt system vil seie at det er menneske som samhandlar, og ein er avgrensa frå omgjevnadane i forhold til sitt samarbeid om felles mål. Dei fleste organisasjonane vil vere avhengige av å samarbeide med andre organisasjonar, for blant anna å skaffe seg ressursar som råvarer, arbeidskraft. Samtidig vil organisasjonane vere avhengig av at nokon har bruk for det som organisasjonen produserer. Ein organisasjon blir oppretta for å nå eit mål og er bygd opp på ein bevisst måte for at ein skal løyse oppgåvene effektivt. Organisasjonen sin oppbygging kallast ofte organisasjonsstruktur. (Jacobsen og Thorsvik 2006). Organisasjonar har eit fellestrekk, det er at dei skal løyse ei eller fleire oppgåver, etter dette sluttar også likskapen (Jacobsen og Thorsvik 2006). Det er heilt klart at organisasjonar som er ulike i forhold til produksjon også er ulike i forhold til organisering, til dømes kan ikkje eit fengsel organisere seg slik som eit skipsverft.

Studie av organisasjonsteori starta tidleg på 1900 talet, og opp gjennom tidene har det vore ulike måtar å sjå organisasjonane på. I 1920 var det produksjon som var gjeldande. Organisasjonen var som maskiner. Utfordringa var å få menneske til å yte maksimalt, og hindre at dei tilsette sine personlege problem blei problem for organisasjonen. På 1930 talet oppsto teori omkring organisasjon som sosial system. Fokuset vart sett på menneske, korleis handlar ein som enkeltindivid, i gruppe og korleis er samspelet mellom individ og organisasjonen. Denne retninga vart oppteken av korleis forholda måtte utformast, slik at tilsette vart motiverte og fekk utvikle seg i arbeidet. Denne organisasjonsteorien er framleis svært aktuell i våre dagar. På 1960 talet starta ein med å sjå på organisasjonar som opne system som er avhengig av å meistre sine omgjevnader for å overleve. Tidlegare hadde ein vore oppteken av å leite etter dei gode prinsippa for å organisere verksemder best mogleg, og ein antok at dette ville vere gyldig for alle verksemder. Den nye teorien som utvikla seg var at



organisasjonar er i ulike omgjevnader, og difor må strukturen tilpassast dei omgjevnadane som organisasjonen er i. Dette var ein ny teoritradisjon som forsøker å vise korleis ulike typar omgjevningar set organisasjonen under press for å utvikle ulike former for organisasjonsstruktur, for å sikre effektivitet. Mange teoretikarar vart opptekne av korleis ein skulle klare å overvinne motstand for endring, og korleis ein skulle klare å trekkje med dei tilsette. Dette blir i dag omtalt som organisasjonsutvikling og den lærande organisasjon. (Jacobsen og Thorsvik 2006)

På 1980 talet blei organisasjonskultur eit omgrep som fekk mykje fokus i organisasjonsteorien. Denne teorien er oppteken av korleis det utviklar seg spesielle normer, verdiar og oppfatningar i organisasjonen. På 1990 talet er det fleire som meina at me lever i tider med stor omskifting, og det medfører at organisasjonane må utvikle strategiske alliansar og nettverk til andre organisasjonar for å overleve i konkurransen. Drivkreftene til denne utviklinga er IKT, globalisering av økonomien og internasjonal konkurranse. (Jacobsen og Thorsvik 2006). Historisk viser dette mange måtar å sjå ein organisasjon på, og delar av desse teoriene er aktuelle i dag. Organisasjonsrammene kan vere lite synlege i det daglege arbeidet, men dei er der. Dei som jobbar i organisasjonen blir lært opp og kjent med den, sjølv om dei kanskje ikkje er bevisst dei. Strand (2007:225) seier «*Det er ved sammenlikning og møte med andre former og væremåter en blir seg bevisst hvordan «vi» er*». Organisasjonar er ikkje noko vi kan sjå, dei fleste organisasjonane må forklarast gjennom bilde og skjema, som igjen er tolkingar. Eit organisasjonskart fortel kanskje ikkje heile sanninga om organisasjonen, og medlemmane vil kanskje ha anna oppfatning av korleis organisasjonen fungera, i forhold til organisasjonskartet. I følge Strand (2007) så vil dei bilda me lagar av korleis ein organisasjon fungerer, sei noko om kva me fangar inn i forklaringa, samtidig vil det sei noko om kva vi ønskjer oss.

I følge Strand (2007: 227) er det ikkje heilt einigheit om korleis ein skal oppfatte og måle organisasjonar. Han seier det kan skiljast ut to hovudsyn på organisasjonar;

1. «**Organisasjoner er objektivt målbare fenomener med rasjonelle egenskaper:** Mål og struktur er i fokus for interessen. Organisasjonsformen er valgt som en god kombinasjon av indre krav til sammenheng og de forskjellige ytre betingelsene.

*Styring, innenfor visse begrensninger, er en meget aktuell funksjon. Dette kan kalles et instrumentalistisk, rasjonalistisk, eller mekanisk perspektiv*

2. **Organisasjoner som subjektive sosiale konstruksjoner, organismer, som tilpasser seg et miljø.** *Overlevelse, tilpassning og normer er fokus for interessen.*

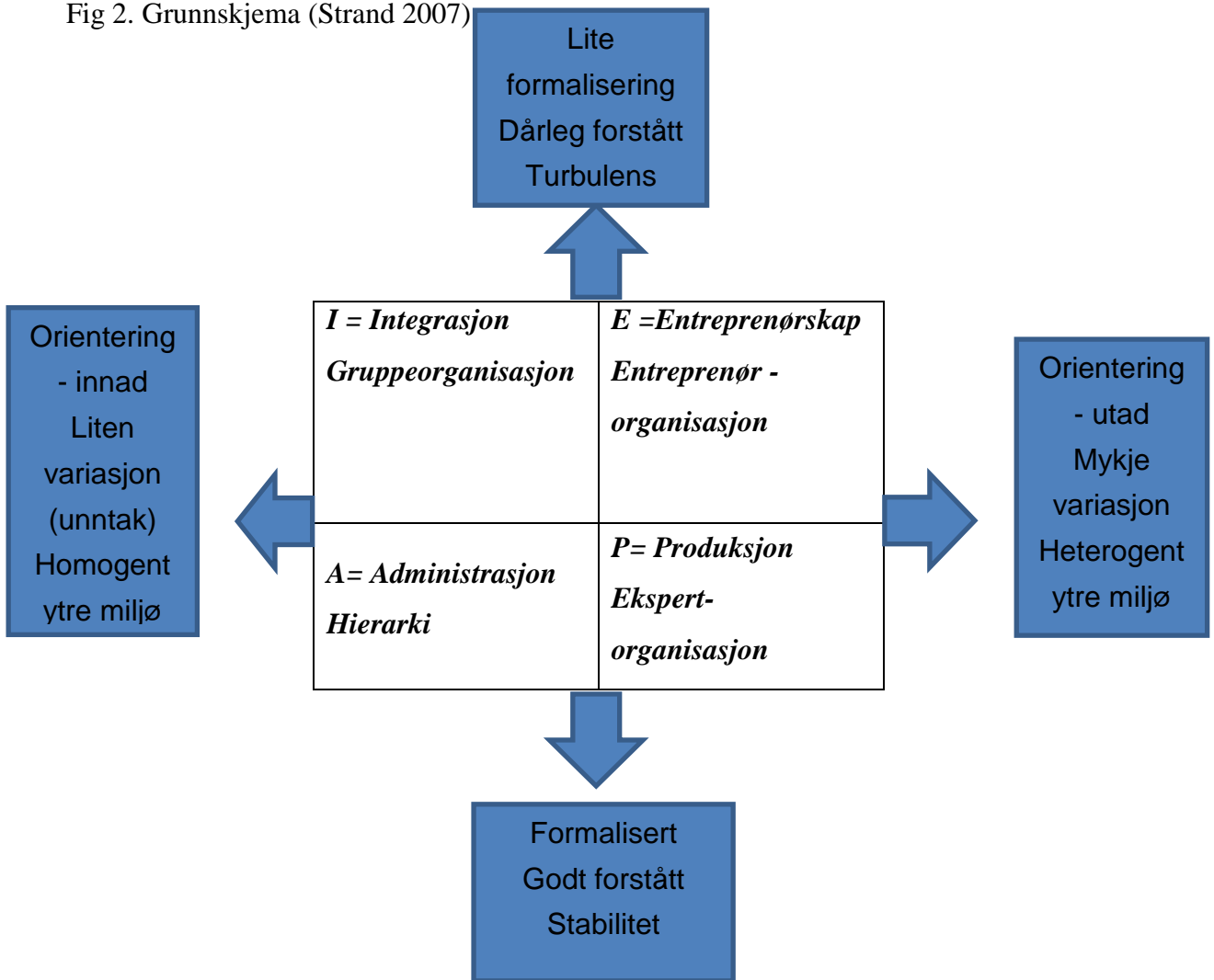
*Organisasjonsform er ikke alltid rasjonelt valgt, men en tilpassing til historie, mote og symboler. Styring og leiing er vanskeligere å beskrive, da den enten framtrer i symbolsk form eller er innebygd i organiseringen og dermed lite synlig.»*

### 2.4.3 Organisasjonstypar og funksjonar

For å kunne forklare og forstå organisasjonar har Strand (2007) delt organisasjon inn i fire organisasjonstypar og funksjonar. Desse fire grunnformer kan i følgje Strand (2007) sporast tilbake til amerikanske sosiologen Parsons (1959), som førestilte seg at sosiale system på alle nivå måtte ivareta minst fire funksjonar, AGIL. A står for «adoption», som liknar på entreprenørorganisasjon, som tilpassar systemet til omverden og sikre nødvendig resursstilgang, entreprenørfunksjonen. G står for «goal attainment» og kan likne på ekspertorganisasjon og den funksjonen som setter mål, produserer og fordeler makt, for «produsentfunksjonen». I står for «integration» og kan likne på den byråkratiske organisasjonen, som kontrollarar og skaper stabilitet gjennom lite endringar på strukturane – administratorfunksjonen. L står for «latency» og kan likne på gruppeorganisasjon, der hovudutfordringa er å formidle og bevare systemets verdiar og kulturtrekk - integratorfunksjonen. (Strand 2007:249).

Kvar av funksjonane er naturlege i kvar av sine organisasjonstypar, og i følgje Strand (2007) blir dei meir eller mindre ivaretekne i alle slags organisasjonar. Strand (2007:250) har laga ein modell på dette som blir kalla PAIE - modellen. PAIE modellen kan ein også bruke for å sjå på dimensjonane ved organisasjonar, om dei er; stabile versus dynamiske og innoverretta versus utoverretta. Denne modellen kan og brukast for å sjå på ulike dimensjonar innan organisasjonsfunksjonar. Ingen av dimensjonane er reindyrka i ein organisasjon.

Fig 2. Grunnskjema (Strand 2007)



**Byråkrati**; er organisasjonar med fleire nivå, stor grad av spesialisering, skrivne reglar og formell autoritet i toppen. Reglane styrer arbeidsprosessen, og samordning skjer ved at nivået over har styring med sine underlagte ledd. Leiinga er uttrykt gjennom organisasjonssystemet og spelar ein sentral rolle. Desse funksjonane er også kjenneteikna ved den byråkratiske kulturen. **Administratorfunksjon** er leiar si oppgåve i denne organisasjonstypen, og der er den rolla som handlar om orden, kontroll og vedlikehald av system. Verdier som er viktige i denne type leiingsfunksjon er; stabilitet, kvalitet og kontroll, men også forutsigbarheit og orden. Kontroll i nøytralforstand vil seie at; tilsette veit kva dei skal gjere, når dei skal gjere ting, at kvalitet er i orden, at mottakarar av tenestene veit kva dei kan forvente, både på pris og tider, og at avvik kan korrigerast (Strand 2010:436). Toppleiarar bestemmer til ein viss

grad korleis ein organisasjon skal sjå ut, og på den måten bestemmer korleis den skal kontrollerast gjennom fordeling av oppgåver, myndigheit og ressursar.

Organisasjonsstrukturen fortel korleis rollefordelinga skal vere både for individ og einingar (Strand 2007:466). Eksempel på byråkratiske organisasjonar er forsikringsselskap og oljeplattform.

**Ekspertorganisasjon;** har ikkje så mange nivå, og posisjonar i organisasjonen er basert på yrkes status og erfaring. Dei fleste er rekruttert inn i organisasjonen på bakgrunn av dokumentert fagkompetanse. Arbeid og samordning blir styrt av deltakarane sine ekspertkunnskapar, og dei fagleg normene dei er opplært til å akseptere. Leiing utover det som bygger på fagleg autoritet har liten plass. Ekspertorganisasjon sin kultur er prega av spesiell kunnskap som ein utviklar etter behov, tett kontakt med etterspørsel. Språket er spesialisert og ekskluderande for dei som er utanfor organisasjonen, det er gjerne fleire subkulturar. Ekspertorganisasjonen har ofte symbolkultur i form av tittel, klede/ utstyr som til dømes leger og sjukepleiarar (Strand 2007:195). **Produsentfunksjonen** er den delen av ein organisasjon som er oppteken av målsetting, og nå mål. Dei verdiane som ligg under P i figuren over, er det som tek i vare produsentfunksjonen og fremmar at ein når mål. I tillegg til å styre med mål, og nå mål, kan ein styre med reglar, normer og kulturar, og ein kan styre med marknadskrav. Leiarrolla i denne type organisasjon har med seg ei dirigentrolle, som kan motivere andre, delegere, legge planer og sette mål. Døme på denne type organisasjon er advokatfirma, universitet og sjukehus.

**Entreprenørorganisasjon;** er lite prega av fast struktur og fungerer rundt dei spesifikke oppgåvene som sentrale aktørar er oppteken av. Løn og utfordringar definerast ved dei muligheitene og truslane som ligg i oppgåveløysninga; muligheit for fortjeneste eller gunstige avtalar, truslane om å ikkje lykkast og å gå konkurs. Leiinga er personleg, direkte og uformell og ukonvensjonell. Entreprenørorganisasjon sin kultur er prega av utradisjonelle idear, fokusert tankesett, lite symbol, er aktivt presentert og retta mot utanom verda. Døme på denne type organisasjon er entreprenørfirma, investeringselskap, sals - og agent organisasjonar.

**Entreprenørfunksjonen** seier Strand (2007:504) er å ta utfordringar frå omverda. Alle organisasjonar er avhengig av verda rundt. I følgje Strand (2007:504) og dei undersøkingar han har gjort, så er det denne leiarfunksjonen som får minst merksemd av dei fire ulike

funksjonane som tatt med her. Medan i management -litteraturen får entreprenørfunksjonen stor merksemd ved å bli knyta til omgrepa strategisk leiing. Verdier knytt til entreprenørfunksjon er; innovasjon, tilpassing og endring. I tillegg kjem støtte frå omverden og legitimering, ressurstileigning og vekst. Strand (2007:528) seier dei to hovudfunksjonane eller rollene under entreprenørfunksjonen er innovasjonsrolla, som innovatøren og meklaren, den som skaffar ressursar og reduserer truslar. Entreprenørfunksjon er meir enn andre funksjonar, knytt til sterke personar som ofte har ein høg profil, med strålande resultat (Strand 2007:529).

**Gruppeorganisasjon;** er eit kollektiv med liten formell statusdifferensiering. Grappa får retning ved at det etablerast konsensus, eventuelt eit fleirtal, og medlemmane innrettar seg etter det kollektive presset som dei utsettast for. Kommunikasjon er ansikt til ansikt, og den som lykkast, er den veltilpassa og lojale gruppemedlem. Grappa utviklar ofte normer som ikkje er synlege for ikkje- medlemmar, og som erstattar formell struktur. Leiing er lite formell, den varierer i form og kan skifte. Kulturane i ein gruppeorganisasjon kjenneteiknast ved at kulturen er emosjonelt lada, menneska og fellesskapet har eit godt indre liv, dei er flinke til å beskytte seg og er lite prega av struktur og kunnskap. Døme på slik kultur kan vere fotballklubbar og misjonsorganisasjonar. **Integratorfunksjonen** seier Strand (2007:482) er den rolla som handlar om å byggje fellesskapet, og integrere kan bety å gjere det nødvendig for heilheita. I organisasjonar er det menneske som arbeidar saman i eit sosial kollekt, noko som ikkje er heilt uproblematisk. Fordi utfordringar som tekniske, mellommenneskelege og politiske faktorar spelar inn. Ein kan ikkje løyse alle utfordringar med formelle og forutsigbare system, fordi det vil vere mange sosiale og menneskelege komponentar som kan skape problem, eller ligg som ubrukte resursar. I følgje Strand (2007:482) treng organisasjonar leiingstiltak som tar opp spørsmål om; deltaking, identitet, oppslutning, moral, utvikling og konflikt løysing. Ein leiar har ein viktig funksjon som integrerande kraft i organisasjonar, og Strand (2007:499) seier at den rolle og åtferd i lagarbeidet kan forklarast som rettleiar og hjelpar. Døme på denne type organisasjon er sjølvstyrte arbeidslag, frivillige grupper, lærarkollegaer og prosjektgrupper.



### 3.0 METODE TILNÆRMING

Ringdal (2001) seier at forskning er framgangsmåtar og teknikkar som ein bruker for å svare på vitskapelege spørsmål, og problemstillingar. For å kunne forske på dette temaet må eg vurdere kva metodar eg vil bruke for å belyse problemstillinga, samt å finne svara på forskarspørsmål. For at forskingsresultatet skal vere truverdig og kunne overførast, er det eit viktig prinsipp å gjere greie for framgangsmåte under datasamling, analyse og korleis resultata blir tolka (Thalgaard 2003:11)

Kvaliteten og datamaterialet i samfunnsforskning kan ikkje vurderast på ein generell måte, og kvaliteten må sjåast i forhold til datamaterialet. Føremålet med datamaterialet er å belyse bestemte problemstillingar. Kvaliteten til eit og same datasett kan variere, avhengig av kva problemstilling som skal belyst. Kvaliteten blir høgare til betre materialet er for å belyse problemstillinga. Grønmo (2004:217) seier at dei viktigaste grunnlaga for å belyse ei problemstilling er:

1. Datamaterialet må vere basert på prinsippa for forskning si truverdforplikting
2. Datainnsamlinga må byggje på vitskapelege prinsipp for logikk og språkbruk slik at datamaterialet dannar grunnlag for systematisk teoretisk drøfting av argument.
3. Val av einingar må gjennomførast på ein forsvarleg måte
4. Val av informantar må utførast på ein systematisk måte
5. Datainnsamling må gjerast på ein forsvarleg måte basert på dei grunnlaga og framgangsmåten som gjeld for ulike undersøkingar.

Gjennom metoddelen vil eg vurdere, og beskrive dei val eg har gjort i mi forskning i forhold til metode, datainnsamling, analyse og resultat tolking.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD), og godkjent først til 31.12.12, med utsetting til 15.03.13 (vedlegg 4)

### 3.1 Val av metode

I starten var eg litt usikker på kva metode eg skulle velje, for i forskning kan ein bruke både kvalitativ, og kvantitativ metode. Eg har valt kvalitativ metode i mi forskning. Ein viktig del av kvalitativ forskning er at den må kunne vere fleksibel (Thagaard 2003:47). Gjennom arbeidet med studiet har eg erfart at nettopp dette har vore med på å styrke mi forskning.

I kvantitativ metode må ein buke mange einingar som ved spørjeundersøking, mens kvalitativ forskning er basert på få einingar. Kvantitativ metode baserer seg på tall data og beskriv verkelegheita utifrå tal og tabellar, mens kvalitativ metode er basert på tekstdata, til dømes frå eit intervju (Ringdal 2007). Det andre som er viktig for kva metode ein skal velje å bruke i forskinga er problemstillinga. Ringdal (2007) seier at kvalitativ metode ofte peikar seg ut i undersøking av beslutningsprosessar, i politikk eller organisasjon. Val av tema, og problemstilling er også viktig for å velje metode.

Eg ønskjer å finne ut meir om prosessane internt i organisasjonen, i forhold til korleis ein førebur og set i verk ei ny reforma, og då peikar kvalitativ metode seg ut. Karakteristiske for kvalitative studiar er at ein prøver å forstå den verkelegheita, som er basert på korleis dei som ein studerer forstår sin livssituasjon (Thagaard 2003:16). I følgje Thagaard (2003:12) eignar kvalitative studiar seg godt på tema som det er lite forskning på frå før, fordi det stiller store krav til fleksibilitet og openheit. Samhandlingsreforma er ny i Noreg og difor finst det ikkje mykje forskning på den enno.

### 3.2 Val av design:

Ringdal (2007:93) deler mellom fem typar design; Tversnitt – og langsgåande design, casestudie, komparativ og eksperimentell design. Eksperimentell og tversnitt – og langsgåande design vil eg ikkje komme meir inn på fordi dei ikkje er aktuelle i mitt studie. Casestudie og komparativ design bygger begge på eit lite tal case, og blir brukt som design innan både kvalitativ og kvantitativ forskning. Eit casestudie er i følgje Andersen, S (1997) at ein undersøker eit eller få tilfelle nøye i eit studie. Eg ønskjer å studere på organisasjonsnivå. Dette kan eg gjere ved å gå inn og studere eit case – ein kommune, og sjå korleis den førebur seg til samhandlingsreforma. Thalgaard (2002:47) seier at casestudie er fokus for analysen retta mot fleire einingar som representerer studiens case. Eining i slike studiar kan vere personar, gruppe eller organisasjon.



Mange kommunar i Sogn og Fjordane er små, med små einingar, og få tenesteleiarar i pleie og omsorg. Ved å velje eit case – i denne samanheng, ein kommune å forske på, vil eg kanskje ikkje få noko ny informasjon anna enn om det enkelte case. Casestudie kan ikkje vere statistiske, og dei har heller ikkje som mål å generalisere. Eg har ikkje som mål å kunne generalisere mine eventuelle funn, men trur eg vil få meir ut av studien viss eg har fleire case. Andersen, S (1997:95) skriver at det er fleire fordelar med å auke tal på case, fordi det gir fleire kriterier for val av utval og design, og det er klarare samband mellom empiri og teori. På bakgrunn av dette har eg valt eit komparativt design til mi forskning, det vil vere med å gi meir grunnlag for utforsking av prosessar, og testing av årsakssamanhengar i studie.

I komparative case er det to hovudtype design, det er om ein vil fokusere på likskap eller forskjellar, desse kan og kombinerast (Andersen 1997:104). Etter å ha konkretisert val av case er det forskjellar eg ønskjer å studere, og då blir valet komparativ casestudie. Eit dilemma med å velje komparativt studie er om dette vil bli for omfattande i forhold til mengde med informantar. Faren med å auke tal på case er at det kan bli for stort i forhold til den oppgåve eg skal skrive innanfor ein viss tidsfrist. Ein anna måte eg og kunne gjennomført studien på var å velje fleire case og færre informantar frå kvart case. Viss eg hadde valt å gjere det på den måten så hadde eg kanskje mista ein del av den «djupare» forståinga av kvart enkelt case. Ved å velje få case, og fleire informantar i kvart case har eg fått større kunnskap omkring det som er spesielt i kvar case. Utifrå det eg ønska å finne ut med mi forskning var dette eit godt val.

Problemstillinga mi hadde ikkje i utgangspunktet fokus på samanlikning av kommunar, men ein av grunnane til å velje komparative case studie, er at denne type design gir større mulegheit for å lage forklaringsmodellar ( Andersen 1997:104). Ved å velje denne type design har eg fått fram meir data som kunne brukast i mi analyse av problemstillinga.

### **3.3 Utval og utvalets storleik:**

Korleis skal eg velje utval til forskinga mi, slik at eg kan få informasjon som kan belyse problemstillinga mi? Thagaard (2003:53) kallar dette utval og undersøkingsopplegg, og i kvalitative studiar vel ein ofte ut informantar som har kvalifikasjonar eller eigenskapar som er strategiske til oppgåva – og kallast strategisk utval. Eg har bestemt meg for å studere to case

som i mitt studie vil seie to kommunar. Det at eg skal studere to case vil vere positivt ved at utvalet av informantar også aukar, og eg treng ikkje så mange frå kvar kommune. Eg vil velje informantar som er typiske i forhold til det fenomenet som blir studert (Thagaard 2003:55). Fenomenet i min studie er samhandlingsreforma, og første del av innføring i kommunane. Utifrå dette vil eg velje informantar som har kunnskap på dette området, og som er ein del av dei som utfører/ setter politiske vedtak ut i praksis. Informantar til dette kan vere rådmann, pleie og omsorgsleiarar, leiarar i pleie og omsorg og tilsette. I kvalitative studiar er ei retningslinje at utval av informantar ikkje må vere større enn at ein kan gjennomføre djupare analyse (Thagaard 2003:57). Kor mange informantar ein treng er avhengig av om ein får tilstrekkeleg med informasjon. Når ein ikkje får meir forståing av fenomenet som blir studert er utvalet stort nok (Thagaard 2003). Eg har intervjuet 2 rådmenn, 1 pleie og omsorgsleiar, 1 helse og sosialsjef, 4 tenesteleiarar i pleie og omsorg, 1 ordførar og 1 leiar for helse- og sosialutval.

I kvalitative studiar er det ofte nærgående og personlege tema, noko som kan føre til at det er vanskeleg å finne personar som er villige å stille opp (Thagaard 2003:53). For å sikre meg mot dette vil eg bruke det Thagaard (2003:54) kallar tilgjengelegheitsutval. Det vil seie at eg må finne personar som er villige til å vere med i studien og som er tilgjengeleg, samtidig som dei har den kvalifikasjon som eg treng for å belyse problemstillinga. Eg ønskte å studere i kommunar, som er offentlege organisasjonar, difor trur eg det vil vere uproblematisk å få tilgang til informasjon og informantar. Det tema eg skal forske på er heller ikkje så personleg og nært, at det av den grunn blir vanskeleg å få informantar. Det som kan vere den største utfordringa er om informantar vil finne tid/ ta seg tid til å vere med på dette i ein hektisk kvardag.

For å få intervjuet i kommunen har eg ringt og spurt rådmann om eg kan få lov å gjennomføre min studie i kommunen, og sendt informasjon om studiet på e- post (vedlegg 1). Etter dette har eg tatt kontakt med helse og omsorgsleiar i kommunen for å få hjelp til å finne informantar. I kommunane som eg har valt har eg fått litt ulike informantar, men eg har tatt utgangspunkt i dei personane som eg har fått opplyst som kan bidra med informasjon. Difor har eg i den eine kommunen intervjuet leiar for helse og sosialutval, mens eg har intervjuet ordførar i den andre kommunen. Kommunane er ulikt organiserte, den eine kommunen har

utval, mens den andre ikkje har. Eg opplever at dette har gått heilt fint i forhold til informasjonen eg ønska å få tak i når det gjeld den politiske medverknaden i samhandlingsreforma. Når eg sendte førespurnad om kven eg kunne intervju, spurte eg om å få telefon nummer og e- postadresse slik at eg kunne ta kontakt med informantane sjølv, dette var veldig praktisk. Då eg hadde fått namn på informantar ringte eg og avklarte intervju, i tillegg sendte eg informasjon på e- post.

### **3.4 Val av metode for innsamling av data**

Då eg starta planlegging av forskinga mi, kom regjeringa ut med ein høyringsrunde på samhandlingsreforma. Eg ønskte å bruke dette som bakgrunn for å velje ut to kommunar som utval i denne case studien, men det gjekk eg vekk frå. Eit anna moment som i starten påverka meg i val av case, er at Sogn og Fjordane er eit fylke med store avstandar, noko som kunne føre til mange timar i bil for å gjennomføre intervju. Difor var mitt første val av case ein kommune i Sunnfjord og ein kommune i Ytre Sogn.

Det å finne informantar som ønskjer å vere med i ei undersøking kan også by på utfordringar, noko eg fekk erfare. Den kommunen i Sunnfjord som eg hadde valt som case hadde ikkje kapasitet til å vere med i mi undersøking. I starten fekk eg positiv tilbakemelding på at dei ville stille opp, men eg fekk ikkje noko respons eller svar på e- post som eg sendte. Eg prøvde å purre i tilfelle dei skulle ha gløymt meg, og fekk til svar at dei ikkje ville prioritere dette i ein travel kvardag. Dette førte til at eg måtte endre val av case, og finne ein anna kommune som kunne vere case i studien.

Valet mitt falt på Sogndal kommune som er ein stor kommune i Indre Sogn, sidan eg hadde fått positiv respons frå Høyanger kommune som er ein middels liten kommune i Ytre Sogn. Desse to kommunane er ulike i høve geografi og storleik i høve folketal. Valet i forhold til ulikskap gjekk også på avstand til lokalsjukehus og sentralsjukehus. I Ytre Sogn er det nærmaste sjukehuset Førde, mens i Indre Sogn har ein i tillegg til sentralsjukehuset, eit lokalsjukehus i Lærdal. Slike moment kan vere med å gi ulike føringar for korleis desse to kommunane vil møte samhandlingsreforma.

Mange kommunar i Sogn og Fjordane er små i folketal noko som gjer at kommunane ikkje har nok grunnlag for å drifte blant anna eigen legevakt, eller opprette Ø- hjelp senger. Oppretting av slike tilbod i desse kommunane vil vere økonomisk belastande, samtidig som det vil gi store utfordringar i forhold til å oppretthalde forsvarleg kompetanse. Høyanger kommune er ein middels stor kommune i Sogn og Fjordane, som mest truleg vil vere avhengig av samarbeid med andre kommunar. Mens Sogndal kommune er ein forholdsvis stor kommune i Sogn og Fjordane, som vil satse på å utvikle samhandlingsreforma lokalt med eige lokalmedisinsk senter.

For å finne ut meir fakta opplysningar om Høyanger og Sogndal kommune har eg brukt internett til å finne KOSTRA som står for K<sup>O</sup>mmune<sup>S</sup>Tat<sup>R</sup>apportering. Vidare har eg brukt Helsedirektoratet sine internett sider, Samhandlingsbarometeret, og kommunane sine heimesider til å finne blant anna møteprotokollar på kommunestyremøte, NRK fylkesleksikon og Wikipedia. For å kunne samanlikne KOSTRA tal har eg tatt med statistikk på Sogn og Fjordane fylke, landet og KOSTRA gruppe, der både Høyanger og Sogndal høyrer med i same gruppe. Eg henta data frå KOSTRA rapportering – men på grunn av vanskar med å få tabellane inn i mi oppgåve har eg sett talmaterialet inn ein tabell sjølv, og laga ein eigen oversikt. Denne oversikta laga eg først inne på KOSTRA si internettside, der kunne eg velje ut kva eg ville samanlikne og fekk data presentert i tabellar. Eg har valt ut data som omhandlar kommunehelsetenesta, og det som rettar seg mot eldreomsorg. Legeårsverk og fysioterapeutårsverk i kommune rettar seg også til yngre brukara.

### **3.5 Intervju:**

Formålet med intervju er å få god informasjon om korleis andre menneskjer opplever sin situasjon (Thagaard 2003:83). Eg vil bruke intervju som metode for å samle inn data. Intervju er ein god metode å få informasjon om korleis informantane forstår seg sjølv, og sine omgjevnader i følgje Thagaard (2003:58). Vidare seier Thagaard (2003:83) at denne metoden gir innsikt i informanten sin tankar, erfaringar og kjensle, og denne type data er ein beskriving av hendingar i informaten sitt liv.

I kvalitativ metode er observasjon og deltakande observasjon ein metode som kan brukast, men det vil ikkje eg velje i denne oppgåva. Eit kvalitativt intervju kan gjerast på ulike måtar,

det kan vere prega av veldig lite struktur, der ein ikkje har spørsmål, men snakkar med informanten omkring tema og intervjuet vil bli meir som ein samtale. Ein annan måte å gjennomføre intervju på er å ha eit strukturert opplegg, med spørsmål som er ganske fastlagt. I denne type står informanten fritt til å utforme svara, og gjennom svara får informanten presentere sin forståing av situasjonen. Den tredje måten å gjennomføre intervju på og den mest brukte i kvalitativ forskning i følgje Thagaard (2003:85) er intervju som er delvis strukturerte og blir kalla for kvalitativ forskingsintervju. I denne type intervju er tema fastlagt på førehand, men rekkefølge blir bestemt undervegs. Gjennom denne type intervju kan forskaren følgje informanten i forteljinga, og ein er open for at informanten kan komme inn på andre tema undervegs. Det som er viktig er at ein har vore innom alle fastlagte tema før intervjuet er ferdig. (Thagaard 2003)

Eg har valt å gjennomføre intervju som er delvis strukturerte. Eg har laga tema med ein spørsmålsguide (vedlegg 3) som eg vil bruke når eg gjennomfører intervju. Eg hadde prøvd å bygge opp spørsmåla mine i ei viss rekkjefølgje, men gjekk ikkje slavisk etter spørsmåla. Når eg har brukt denne type intervju får informanten fortelje si historie utan at eg avbryt med spørsmål. Alle informantar er ulike, har ulike opplevingar og erfaringar, difor var denne type intervju veldig godt egna til mi forskning. Nokon av informantane kom inn på fleire av spørsmåla og tema utan at eg spurte direkte om det. Eg prøvde å notere undervegs slik at eg visste kva eg skulle spørje om, og på den måten passa på at eg var innom alle spørsmål og tema med kvar informant. Dette er eit komparativt studie som skal sjå på ulikskap mellom to kommunar. Difor måtte eg velje intervju som i ettertid kunne danne grunnlag for samanlikning. Ved å stille like spørsmål til informantane kan det vere lettare å samanlikne data, for å finne likskap og ulikskap.

Når eg laga spørsmålsguiden (vedlegg 3) delte eg den inn i ulike tema, med fleire spørsmål under. Når eg laga spørsmåla var det viktig å tenkje på at det skulle vere opne spørsmål, slik at det fekk informanten til å snakke. Sidan eg ikkje hadde erfaring med denne type intervju, så var spørsmålsguiden eit veldig godt god hjelpemiddel for meg, og den sikra at eg fekk med informasjon frå alle informantane på tema og spørsmål. Eg vurderte i starten på om eg skulle sende med spørsmålsguiden eller ikkje til mine informantar. Det positive med å sende ut spørsmåla på førehand er at informantane kan forberede seg, og vere meir oppdatert til

intervjuet. Det negative med dette er at eg ikkje får den spontane kunnskapen på spørsmåla, og kanskje er det den som vil vere mest informerende i forhold til mi oppgåve. Eg vurderte dette opp mot kvarandre og valte å sende ut intervjuguiden saman med førespurnad om å få intervjuet. Grunn til dette var at eg trudde det ville bli lettare å få informantar når dei viste kva intervjuet skulle handle om. For meg var dette rett strategi. Sjølv om alle hadde fått spørsmåla før intervjuet, så opplevde eg spontanitet i forhold til spørsmåla. Eg opplevde at alle viste kva intervjuet skulle handla om, men det var ikkje alle som hadde sett så nøye på spørsmåla mine. For meg var det også veldig godt å ha denne spørsmålsguiden når eg var rundt og gjorde intervju.

Eg har og valt å ta opp intervju på lydband. Thagaard (2003:97) seier at bandopptakar kan gje intervjuet eit formelt preg, men ved opptak vil alt komme med og forskaren kan konsentrere seg om informanten. Når ein tar opp på lydband får eg som forskar veldig mykje informasjon som må vidarearbeidast. Eg har transkribert alle intervju sjølv, etter kvart som eg har gjennomført intervju. Eg opplevde ikkje at bandopptakaren førte til eit formelt preg, det som avgjorde om intervjuet vart veldig formelt eller ikkje var kanskje intervjuobjektet. Det var eit stort arbeid å transkribere alle intervju, men det gav eit godt materiale å arbeide med når eg skulle til å presentere funn. Utan bandopptakar hadde eg gått glipp av mykje informasjon.

### **3.6 Truverd og ting som kan påverke mi forskarrolle**

Ein veldig viktig ting når ein skal gjennomføre forskning i eit kvalitativt studie, er å vurdere truverd og ting som kan påverke mi forskning. I kvalitative studiar må ein som forskar gjere greie for korleis data er blitt innhenta, og en må argumentere for truverdigeita for korleis data er blitt utvikla i forskingsprosessen(Thagaard 2003:178). Når det gjeld mi rolle som intervjuar har eg reflektert litt omkring dette. Eg opplevde at det var ei stor utfordring at eg som intervjuar, og som objektiv part, ikkje går inn i diskusjon og påverkar samtalen med min kunnskap om temaet. Eg har etter kvart fått god kjennskap til samhandlingsreforma, og min erfaring som tenesteleiar i pleie og omsorg gjer at eg sitter med kunnskap på dette området, som og kan påverke min objektivitet i intervjuet. Eg kjenner, og er ein del av denne kulturen, sjølv om eg ikkje skal forske på eigen arbeidsplass. Det var veldig nyttig å tenkje gjennom denne type påverknad på førehand, slik at kunne prøve å vere meir nøytral i intervjusamanheng

Eg gjennomførte prøveintervju før eg starta å intervju mitt utval. Ved å gjennomføre prøveintervju fekk eg litt erfaring slik at eg ikkje skulle bli meir oppteken av meg sjølv i intervjusituasjonen, og mistar fokus og innhald på informanten (Thagaard 2003:84). Det vil ikkje vere komfortabelt verken for meg, eller den som blir intervjua viss eg ikkje har kunnskap om bandopptakaren, eller korleis eg skulle gjennomføre intervjuprosessen. Når eg gjennomførte intervju har eg transkribert etter kvart, heldigvis, for i det første intervjuet så spør og snakkar eg litt mykje. Dette fekk eg korrigert, og eg utvikla meg som intervjuar undervegs. Dei intervju som var mest utfordrande å vere objektiv på, var når eg intervju tenesteleiarar. Dette handlar om at eg er tenesteleiar sjølv, kjenner området veldig godt, og er difor nysgjerrig på korleis ting fungerer i andre kommunar.

Det at eg spør og stiller meir spørsmål til nokon, er og litt avhengig av kor mykje informantane veit, og kva tema som me er innom. Eg opplever at eg har klart å vere objektiv, og ikkje påverke mine informantar så veldig mykje, men uansett så trur eg slike intervju vil ha ein grad av påverknad.

### **3.7 Validitet og reliabilitet**

Reliabilitet tyder påliteleg, og seier noko om datamaterialet er rett, sikkert og er til å stole på. Reliabilitet er å vurdere målefeil i forskinga. Reliabiliteten er avhengig av korleis undersøkingsopplegget er utforma, og korleis innsamling av data blir gjennomført. Det vil seie at høg reliabilitet fortset at datamaterialet er så klart at det fungerer på ein eintydig måte, og dels at datamaterialinnsamlinga blir grundig og systematisk gjennomført (Grønmo 2004). I kvalitative studiar er det vanskelegare å måle reliabilitet, og omgrepet er mest knytt til kvantitative studiar. I kvalitative studiar vil reliabilitet bli forskaren sin refleksjon over korleis datainnsamlinga har føregått, og då med tanke på å bli bevisst moglege feilkjelder (Ringdal 2001). Eg har prøvd å vurdere dette i mi oppgåve ved å skrive korleis eg har gått fram i forskinga mi.

Gjennom metoddelen har eg vurdert dei ulike prosessane med datainnsamling og korleis eg har gått fram som forskar. Ved å vere open om korleis ein har gått fram i forskinga kan ein vise at oppgåva held kvalitet og er til å stole på. For å kunne vise at resultatet er påliteleg, må det kunne etterprøvast. Skal ein gjere etterprøving må ein vite noko om utgangspunktet som

ligg til grunn for denne forskinga. Ei etterprøving krev at ein veit kven forskaren er, kven informantane er og kva slags sosial setting det er mellom desse. Ein må også vite kva metode som er brukt for å samle inn data, og kva analyse og omgrep som er brukt i denne forskinga. Dette meiar eg å ha gjort greie for i denne oppgåva. Når eg samla inn datamaterialet brukte eg ein intervjuguide for å sikre at alle informantane fekk same spørsmål, og på den måten sikre lik informasjon til analysen. Det at eg har gjennomført kvalitativt studie med intervju, gjer at eg kan få feilkjelder. Ingen av intervjuar blir like, sjølv om eg har brukt same spørsmåla. Ein kan i tillegg risikere at informantar kan oppfatte spørsmåla ulikt, og at det kan føre til feilkjelde.

Validitet dreier seg om datamaterialets gyldigheit for dei problemstillingane som skal belysast. Validitet er eit omgrep som ein brukar for å vurdere kor godt datamaterialet svarar til forskaren sin intensjon med undersøkinga og datainnsamlinga. Validiteten er høg viss undersøkingsopplegget og datainnsamlinga gir resultat i data som er relevant for oppgåva. Validiteten er først og fremst avhengig av korleis undersøkingsopplegget er utforma (Grønmo 2004:221). Validiteten kan ein styrkje ved at forskaren viser kritisk vurdering av eigne haldningar til eigne tolkingar av data.

### **3.8 Forskingsetikk**

Som forskar må eg ha kunnskap omkring behandling av opplysningar, og sikre at desse blir behandla konfidensielt. Det vil og seie at opplysningar må lagrast på ein sikker måte, i tillegg er prinsipp om å beskytte informantane sin integritet svært viktig. For å gå i gang med forskning må eg ha informert samtykke frå informantane. Det er viktig å informere informantane om at det er frivillig å vere med, og at ein kan trekke seg viss ein ønskjer det. (Thagaard 2003:24).

Eg hadde planlagt at dette skulle vere eit studie som skulle vere anonymt, slik at ein ikkje kunne kjenne att informantane mine. I den informasjonen som eg sendte ut til informantane, står det at alle opplysningane i forskinga mi vil bli behandla på slik måte at informantane ikkje kan kjennast att, dei skal vere anonyme (vedlegg 2). I etterkant såg eg at dette kan bli veldig vanskeleg. Ein grunn er at kommunane i Sogn og Fjordane er lett å kjenne att i sine særpreg. Dette handlar om storleik, geografi, økonomi, utfordringar og korleis dei planlegg og



riggar seg i forhold til samhandlingsreforma. Samtidig har kommunane si utfordring med samhandlingsreforma vore tema i diverse media i Sogn og Fjordane. Dei som kjenner utfordringar til kommunane i forhold til samhandlingsreforma vil fort kjenne att mine case, sjølv om dei blir framstilt anonyme i oppgåva. Samtidig er det berre ein rådmann, ordførar, pleie og omsorgssjef/ helse og omsorgssjef i kvar kommune, og det er ikkje mange leiar for heimebaserte tenester og institusjon. Dette har gitt meg litt ekstra utfordring i etterkant.

Eg har sendt e-post til rådmann i begge kommunane, og spurt om eg kan få offentleggjere funna mine, i tillegg har eg lagt med alle sitat som eg har brukt i oppgåva for godkjenning. Eg har fått tilbakemelding frå begge rådmennene at eg kan offentleggjere mine data. Som forskar er det viktig at eg bevara integritet til informantane, noko som er eit viktig prinsipp i all forskning. Intervjua eg har gjennomført har vore sakleg og tåler dagens lys. Men uansett er det viktig for meg å vurdere at dei sitat eg tar med, blir presenterer dette på ein god måte.



## 4.0 KONTEKST

### 4.1 Studie av to kommunar i Sogn og Fjordane

Eg har som nemnt i innleiinga valt å studere korleis Høyanger og Sogndal kommune ser på utfordringar og korleis dei implementerer samhandlingsreforma i sin kommune, og samanlikne desse to kommunane. Eg vil først starte med å presentere litt fakta omkring desse to kommunane.

Eg har valt å presentere funna mine trinnvis, med underspørsmål slik som intervjuguiden min.

1. Kva er status på helsetenestene i kommunen før reforma?
2. Korleis har kommune førebydd seg til samhandlingsreforma lokalt?
3. Utfordringar i forhold til samhandlingsreforma slik kommunen ser det.
4. Kva endringar har skjedd i kommunen?
5. Kven er premissleverandør i forhold til samhandlingsreforma lokalt i kommunen – administrasjon, politikarar eller samspel?

#### 4.1.1 Fakta opplysningar om Høyanger og Sogndal kommune.

**Høyanger kommune**, ligg i den regionen som blir kalla Ytre Sogn. Lokalsjukehuset for Ytre Sogn låg ein gong i denne kommunen. Kommunen ligg under ein time frå Førde by, og sentralsjukehuset. Innbyggartalet i kommune ligg på 4 235 pr. 1.1.12. Høyanger kommune er rik på kraft ressursar og har vore ein stor industri kommune. Kommunen er stor geografisk, med lange avstandar.

**Sogndal kommune**, høyrer til Indre Sogn distrikt. Sogndal kommune er distriktssenteret i Indre Sogn og har etter kvart fått eit stort marknad for handel. Høgskulen i Sogn og Fjordane ligg også i denne kommunen. Ein stor industri i kommune er Lærum sin produksjon av saft og syltetøy, og ikkje minst er kommunen kjent for fotballaget Sogndal. Innbyggartalet i kommune ligg på 7320 pr. 1.1.12. Kommunen er stor, men har ikkje dei store geografiske avstandane som mange andre kommunar i Sogn og Fjordane. Lærdal har vore Sogndal kommune og Indre Sogn sitt lokalsjukehus.

## 4.2 KOSTRA statistikk

For å få faktagrunnlag til innsamla data har eg tatt med statistikk frå KOSTRA i forhold til dei rapporteringane som handlar om pleie og omsorg. For å kunne samanlikne KOSTRA tal har eg tatt med statistikk på Sogn og Fjordane fylke, landet og KOSTRA gruppe, der både Høyanger og Sogndal høyrer med i same gruppe. Dei tala eg har henta er KOSTRA data frå 2011.

<b>Utvalt informasjon frå KOSTRA</b>	<b>Sogndal</b>	<b>Høyanger</b>	<b>Sogn og fjordane</b>	<b>KOSTRA gruppe1</b>	<b>Landet</b>
<b>Netto driftsutgifter, pr innbyggjar i kroner, pleie- og omsorgstenester</b>	<b>14 209</b>	<b>21 791</b>	<b>17 571</b>	<b>15 356</b>	<b>14 030</b>
<b>Legeårsverk pr 10 000 innbyggjarar, kommune - helsetenestene</b>	<b>10,9</b>	<b>16,6</b>	<b>11,7</b>	<b>10,1</b>	<b>9,7</b>
<b>Fysioterapitenester, pr 10 000 innbyggjar, kommunehelsetenestene</b>	<b>8,8</b>	<b>13,3</b>	<b>9,9</b>	<b>8,8</b>	<b>8,6</b>
<b>Andel mottakar av heimetenester over 67 år</b>	<b>68,2 %</b>	<b>61,9 %</b>	<b>65,7 %</b>	<b>61,0 %</b>	<b>57,7 %</b>
<b>Andel einerom i pleie- og omsorgsinstitusjonar</b>	<b>78,4 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>107,0 %</b>	<b>95,3 %</b>	<b>94,2 %</b>
<b>Andel innbyggjarar over 80 år som er bebuar på institusjon</b>	<b>7,2 %</b>	<b>18,1 %</b>	<b>14,3 %</b>	<b>13,8 %</b>	<b>14,1 %</b>
<b>Kommunalt disponerte bustader pr 1000 innbyggjar</b>	<b>22</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>Korrigerte brutto driftsutgifter pr mottakar av heimetenester( kroner)</b>	<b>223 848</b>	<b>127 815</b>	<b>211 489</b>	<b>185 369</b>	<b>195 502</b>
<b>Korrigerte brutto driftsutgifter pr plass på</b>	<b>851 865</b>	<b>949 625</b>	<b>862 429</b>	<b>868 385</b>	<b>876 968</b>

<b>institusjon (kroner)</b>					
-----------------------------	--	--	--	--	--

#### 4.2.1 Kva fortel KOSTRA om Høyanger og Sogndal kommune?

Sogndal kommune brukar minst pengar på pleie- og omsorgstenester fordelt etter innbyggartalet, i forhold til KOSTRA gruppe, fylket, og berre litt over landsgjennomsnittet. Høyanger kommune ligg på den andre enden, med eit gjennomsnitt som ligg langt over KOSTRA gruppe, fylket og landet. Både Sogndal kommune og Høyanger kommune høyrer til i same KOSTRA gruppe. Det kan vere mange ulike faktorar til at desse to kommunane brukar så ulikt med ressursar til pleie- og omsorgstenester. Blant anna ser ein i denne samanlikninga at Høyanger kommune brukar meir pengar på både lege og fysioterapeut. Medan Sogndal kommune ligg nokså likt med dei andre eg har samanlikna med, så ligg Høyanger kommune godt over gjennomsnittet. Utifrå denne statistikken så tyder det på at Høyanger kommune har god tilgang på fysioterapiteneste, og legeteneste.

Samtidig kan ein diskutere om det KOSTRA presentere er heilt sikre tal, for går ein inn på HELFO – registeret på fastlege får ein fram litt andre tal. Her går det fram at Sogndal kommune har 8 fastlegar, noko som stemmer med KOSTRA opplysningane. I Høyanger kommune viser KOSTRA 16,6 legar pr. 1000 ib. som ville svare til 7 fastlegar. Men HELFO - registeret syner 5 fastlegar i kommunen og ei stilling dekkja med vikar(ar). Dette gir også ei god legedekning, men ikkje så høg som KOSTRA -tala syner. Det kan derfor stillast spørsmål ved KOSTRA her. Eg vil ikkje gå meir inn på diskusjon omkring KOSTRA opplysningar, men dette viser at det kan ligge feilkjelder i denne type opplysningar og statistikk.

Når det gjeld mottakarar av heimeteneste over 67 år er det Sogndal kommune som brukar mest ressursar, langt over landsgjennomsnittet, men berre litt over KOSTRA gruppe. På denne samanlikninga ligg Høyanger kommune godt under dei andre gruppene eg har samanlikna med i KOSTRA tabellen.

Sogndal kommune har veldig få personar over 80 år som bur på institusjon samanlikna med alle gruppene, mens Høyanger kommune har veldig mange. Når det gjeld kostnad pr. plass på institusjon så brukar Høyanger kommune ca. 100 000 kr. meir enn Sogndal kommune. Sogndal kommune si drift av institusjonsplassar ligg meir på linje med dei andre som eg har samanlikna med. Medan Sogndal kommune brukar ca. 100 0000 kr. meir på heimebaserte

tenester pr. brukar enn Høyanger kommune. På dette området ligg Høyanger veldig lågt i forhold til dei andre eg har samanlikna med, og Sogndal kommune ligg litt høgare, men meir på linje med dei andre eg har samanlikna med.

Utifrå KOSTRA rapportering så kjem det tydeleg fram at desse to kommunane har satsa til dels ulikt på helsetenestene. Høyanger kommune har satsa på institusjonsplassar, mens Sogndal kommune har satsa på heimebaserte tenester.

#### **4.2.2 Statistikk frå samhandlingsbarometeret på ferdigbehandla pasientar**

Samhandlingsbarometeret er ein nettstad der ein kan hente ut opplysningar om samhandlingsreforma om ulike tema, i ulike statistikkar. Ein kan finne statistikk på kommunane si med finansiering av samhandlingsreforma, denne har eg valt å ikkje ta med. Men ein kan finne opplysningar om ferdigbehandla pasientar, om kommunen har hatt liggande pasientar på sjukehus som ein ikkje kan ta imot. Vidare kan ein finne oversikt over kor mange innleggingar kommunen har på medisinsk avdeling, og kor mange av desse som er over 80 år. Eg har funne data frå 2008 – 2012, men 2012 tala er ikkje ferdig publisert medan eg held på med oppgåva.

Innlegging pr. 100 innbyggjar på 80 år og eldre.

Årstal	2008	2009	2010	2011
Høyanger kommune	94,5	96,5	83,9	89,8
Sogndal Kommune	141,4	129,7	120,2	114,7

Utifrå oversikta ser det ut som om desse to kommunane var i ferd med å snu bruken av sjukehus til personar på 80 år og oppover. Dette kan tyde på at kommunane starta med førebuing til samhandlingsreforma frå 2009 -2010 for Høyanger kommune. Nesten alle (92 - 95 %) pasientane for begge kommunane som vart innlagt på sjukehus, kom frå eigen heim, dei andre innleggingane var frå spesialisthelsetenestene og andre ikkje spesifiserte.

Når det gjeld liggedøgn for ferdigbehandla pasientar har eg henta statistikk frå 2011 og 2. tertial 2012. I 2011 hadde begge kommunane ferdigbehandla pasientar liggande på sjukehus. Høyanger kommune har forholdsvis mange liggedøgn dette året samanlikna med Sogndal.

Kommune pr. 2011	Innlegging	Liggedagar	Liggedagar utskrivingsklare
Høyanger	12	160	78
Sogndal	5	54	14

I november 2012 var opplysningar frå 2012 fram til og med 2 tertial klare.

Kommune pr. 2012 andre tertial	Liggedagar utskrivingsklare
Høyanger	0
Sogndal	0

Då eg studerte samhandlingsbarometeret i november 2012, så hadde Sogndal kommune 13 ferdig behandla pasientar på sjukehus, men då eg sjekka dette i januar 2013 så hadde dette endra seg, og ingen av desse kommunane hadde ferdigbehandla pasientar på sjukehus 2. tertial 2012. Dette er eit nytt system så det vil vere naturleg at ikkje alle data er kvalitetssikra i første omgang, slik at det har nok vore feilregistreringar. Dette stemmer også med dei opplysningane eg fekk av rådmannen i Sogndal kommune, han sa at dei var i diskusjon med sjukehuset angående feil i forhold til ferdigbehandla pasientar.

Det som er interessant å sjå på, er data for ferdigbehandla pasientar i 2011, når samhandlingsreforma ikkje var trått i kraft. Då kunne kommunane ha liggande pasientar på sjukehus i ein periode før dei vart fakturerte for utgiftene, i motsetning til etter reforma. Eg har også studert litt på dei andre kommunane i Sogn og Fjordane, og statistikken viser at det var vanleg praksis for alle kommunane å ha ferdigbehandla pasientar på sjukehus før 2012. Samtidig ser ein at liggedøgn for ferdigbehandla på sjukehus har minka dramatisk i 2012, når kommunane må betale frå første døgn. Eit av måla med samhandlingsreforma var å redusere bruken av spesialisttenester på pasientar som kommunen kunne ta seg av og handtere sjølv. I

dei to kommunane som eg har sett på har forbruk av spesialisthelsetenester blitt redusert før 2012, med endå større reduksjon etter 2012 i forhold til ferdigbehandla pasientar.

Før 2012 var det slik at kommunane som brukte Helse Førde (og andre sjukehus), hadde 10 dagar på seg til å finne løysningar for ferdigbehandla pasientar, før kommunen måtte betale for pasienten. Det kan virke som både Høyanger og Sogndal kommune nytta seg av dette (og alle andre kommunar i fylket). Dette viser kanskje at det må økonomiske verkemiddel inn for å endre ein praksis eller ein kultur?

#### 4.3 Status i kommunen i forhold til pleie- og omsorgstenester

**Sogndal kommune:** Når det gjeld organisering av pleie- og omsorgstenestene sine seier ordførar, og rådmann at kommune gjorde eit politisk val for fleire år sidan på korleis dei ynskte å ha tenestene sine. Kommunen ville satse på heimebaserte tenester og ikkje institusjon. Dette kan ein og lese ut av KOSTRA tal ovanfor. Kommunen har ein veldig låg del som er institusjonsplassar, og brukar meir på heimebaserte tenester, dette heng nok i saman. Har ein lite institusjonsplassar må ein bruke meir på heimebuande, og omvendt. Det at kommunen har lite institusjonsplassar har vore ein bevisst strategi seier dei flest informantane. Leiar for pleie- og omsorg seier;

*«På institusjon so har me over tid hatt som målsetting at ingen som hovudregel skal få dekkja sin bustadsituasjon, og det vil si ingen skal få opphalde seg lengre enn eit halvt år. Vi brukar institusjonane aktivt i forhold til avlastning, rehabilitering, behandling, og terminal omsorg. Dei som har behov for langtidspleie, eller avansert pleie, eller har behov for mykje utstyr, blir gjerne lengre enn eit halvt år på institusjon. Men som hovudregel prøver me å dekke bustad behov på eit lågare omsorgs nivå, det vil sei, først og fremst bruk av omsorgsbustader.»*

Når eg intervjuar ordføraren ville eg høyre meir omkring deira val, kvifor dei hadde valt å satse meir heimebaserte teneseter, og mindre på institusjon. Det med å ha nok institusjonsplassar kan diskuterast, men Sogndal kommune ligg veldig lågt på dette uansett kven ein samanliknar kommunen med.



Ordføreren seier at kommunen var ved eit vegskilje for 8 – 10 år sidan. Diskusjonen gjekk på om ein skulle bygge fleire institusjonsplassar, eller fleire omsorgsbustader. Kommunen gjorde på den tid eit bevisst politisk val, som var grunna i fagleg vurderingar. Sogndal kommunen ville satse på heimebaserte tenester. Det var ikkje alle som var samde i dette, men fleirtalet var.

Kommunen har sidan satsa på gode heimebaserte tenester, og har som mål at folk skal kunne bu heime, lengst mogleg. Kommunen valt å bygge omsorgsbustader i staden for institusjonsplassar. Han seier at det var fleire grunner til kommunen gjorde dette valet. Sitat ordførar;

*«Me har ganske god dekning når det gjeld omsorgsbustader til folket, og så skårar me dårleg når det gjeld institusjonsplassar i forhold til befolkningsgrunnlag. I ein omsorgsbustad vil du kunne tilpasse tenesta utifrå det behovet den som bur der har. I tillegg har dette noko med finansiering i forhold til kommuneøkonomien, det er gunstigare med omsorgsbustader enn sjukeheimsplassar.»*

Rådmann seier at pleieomfanget kan vere like stort i ein bustad, som det er på ein institusjon, og at mange tenkjer motsett – at dei som treng mykje pleie og omsorg er på institusjon, og dei som treng mindre er ute i bustad. Men i Sogndal kommune er ikkje det ein tankegang, dei tenker at institusjonen skal vere eit behandlingstilbod, og der skal ein vere inne maks 6 månader, for ferdig behandling, og så ut att i eigen bustad.

Alle informantane seier at kommunen har behov for å bygge nytt senter for helse- og omsorgstenestene. Ein grunn til dette er at kommunen har behov for å samlokalisere tenestene, slik at ein er betre rusta til å innføre samhandlingsreforma. Informantane frå heimetenestene seier at dei manglar areal og har behov for meir plass til lager, vaktrom og liknande. Pleie- og omsorgsleiar seier;

*«Me er i den situasjon at me har eit legesenter som er for lite både i areal og funksjonalitet. Me har og ein institusjon som er mindre funksjonell, den er eldre, og*

*sjukeheimsdelen er dårleg tilrettelagt i forhold til både ergonomi, lys og ikkje minst nye hjelpemiddel som kjem.»*

**Høyanger kommune:** I følgje informantane har kommunen god kapasitet både på institusjon og omsorgsbustader. Rådmann seier dei var forut sin tid, fordi dei har samlokalisert mange tenester, som legesenteret, NAV, helsestasjon, omsorgsbustader, heimetenestene og sjukeheim. Dei har og ei godt utbygd heimeteneste med ulik baser i ein kommune som er forholdsvis stor geografisk. Dei har døgnbaserte tenester i tre ulike delar av kommunen. I forhold til samanliknbare kommunar og landet elles, så ligg denne kommunen høgt over på denne type kapasitet i følgje rådmann. Noko som også KOSTRA rapporten ovanfor viser.

Rådmann er heilt klar på at kommunen har nok omsorgsbustader og institusjonsplassar, det er ikkje aktuelt med noko utviding på det tilbodet. Og rådmann seier at kommunen har vore veldig framtidsretta, og lagt til rette for samhandlingsreforma for fleire år sidan.

Sitat rådmann;

*«Me har laga eit nytt bygg her i senteret, og sjølv konseptet her er blitt veldig bra. Det opphavlege her er sjukehuset som me har pussa opp, og sett saman med sjukeheimen, og so har me legesenter, Nav, helsestasjon, omsorgsbustadar, heimetenestene, som vidare gjer at me har eit kompleks som gjer at alt er samla på ein plass, under same tak. Ein har alt på ein plass. Eg meina me var litt forut vår tid, på denne måten ligg alt til rette for å betre samhandlinga.»*

## OPPSUMMERING

Status i desse to kommunane er ulike når samhandlingsreforma starta. Høyanger kommune har samlokalisert tenestene sine, slik at det ligg til rette for samarbeid internt i helse og omsorg. Kommunen har både i følgje rådmann og KOSTRA rapporten god dekning på institusjonsplassar og omsorgsbustader. Vidare så viser KOSTRA rapporten god legedekning og fysioterapeutteneste, sjølv om HELFO sine tal på lege er lågare, så er dekninga god. Det har vore ei utfordring for kommunen å rekruttere legar, men etter at dei la til rette for at legestillinga kunne vere fast tilsett, privatpraktiserande eller kombinasjon, har kommunen fått meir stabil legedekning. Høyanger kommune har ikkje behov for utbygging av tenestetilbodet

sitt i forhold til omsorgsbustader og institusjonsplassar. Når ein ser på KOSTRA tala så viser dei at Høyanger kommune «produserer» mykje av tenestene sine på institusjon, i forhold til Sogndal kommune som «produserer» mykje av tenestene sine heimebasert.

Sogndal kommune brukar institusjonen aktivt i behandling, rehabilitering og avlastning, slik at folk skal kunne bu lengst mogleg i eigen heim. Institusjonen er veldig aktivt mot behandlingstilbodet, og ikkje retta mot eit bustadtilbod. Ser ein på KOSTRA tala viser satsinga at kommunen brukar forholdsvis mindre enn andre kommunar på institusjon, og forholdsvis meir på heimebaserte tenester. Sogndal kommune har eit litt anna utgangspunkt når det gjeld å samle teneste sine, og difor ønskjer kommunen å bygge eit nytt senter der ein kan få samlokalisert fleire tenester, slik som Høyanger kommune.

KOSTRA rapporten fortel kor mykje pengar kommunen brukar på ulike tenestetilbod, men den seier ikkje noko om kvaliteten på tenestetilbodet. Det vil alltid vere ulike satsing og ulike utfordringar i kommunane, dette kan ha med geografi, økonomi, politikk, befolkningsamansetning, og mange andre faktorar som eg ikkje vil ta med i denne oppgåva.

#### **4.4 Kva utfordringar har kommunen i forhold til samhandlingsreforma?**

**Sogndal Kommune;** Ei av dei største utfordringane i kommunen når det gjeld førebuing til samhandlingsreforma er i følge rådmann, at kommunen har behov for å samlokalisere ein del tenester som, ambulanse, legesenter. Samtidig har lokalitetane til institusjon behov for opprusting, og behovet for lokale til heimebaserte teneseter er også stort. Dette har ført til at kommunen ønskjer å bygge eit nytt bygg som skal innehalde fleire tenester og tilbod. Kva som skal inn i bygget er ikkje heilt avklart, men det vil bli institusjonsplassar, ambulanseteneste og legesenter. Prosessen med dette bygget har difor stort fokus i kommunen, og er ein viktig del av samhandlingsreforma i kommunen.

Eit anna område som pleie- og omsorgsleiar peikar på er;

*«Rekruttering og spesielt når det gjeld helsefagarbeidarar er ei stor utfordring, nesten ei katastrofe. Det fører til at kommunen må vurdere å gjere om stillingar når dei blir ledige, til sjukepleiar eller vernepleiar. Det er og ei økonomisk utfordring at me må gjere om helsefagarbeidar stillingar, til vernepleiar stillingar.»*

**Høyanger kommune:** Alle informantane framhevar at legetilgang er ein viktig føresetnad for samhandlingsreforma. Dette er noko kommunen har arbeida med over lengre tid og opplever no ei god og stabil legedekning, men framhevar at for å få dette til har dei måtte gjere ein del grep. Kommunen er fleksibel på om legane vil vere privatpraktiserande eller fast tilsett, eller begge delar. Dette opplever rådmann og helse- og sosialleiar har vore grunn til at dei no har fått så god og stabil legedekning.

Ei anna utfordring er at kommunen ikkje har legevakt etter kl. 16.00. Kommunen er med i eit interkommunalt samarbeid på legevakt som ligg på sjukehuset i Førde. I forhold til samhandlingsreforma er alle informantane oppteken at av at legevakta i kommune skulle ha vore utvida. Rådmann seier at det er eit mål å få til legevakt frå kl. 09.00 til kl. 21.00 om kvelden, 5 dagar i veka. Og at kommunen er med i interkommunal legevakt samarbeid på natt, helg og høgtid. Kommunen er for liten til å kunne ha heildøgns legevakt sjølv. Alle informantane trekkjer fram dette med lege lengre utover kvelden som viktig moment for å møte samhandlingsreforma på ein endå betre måte. Lege er viktig for at ein skal kunne klare å ivareta fleire oppgåver sjølv, og for å hindre unødige innleggingar på sjukehus.

Alle informantane gir uttrykk for at rekruttering av folk med kompetanse er ei av dei største utfordringane for kommunen i forhold til samhandlingsreforma. Når det gjeld helsefagarbeidar klarer kommunen å rekruttere dette, og har for tida to lærlingar. Einingsleiar på sjukeheimen opplever mangel på sjukepleiarar, og fagfolk som ei fare for samhandlingsreforma lokalt. Skal kommunen kunne ivareta eit tilbod med god kvalitet, så må ein ha nok folk med kompetanse.

Einingsleiar i heimetenestene seier også at rekruttering av blant anna sjukepleiarar er viktig for kommunen å arbeide med, sjølv om heimesjukepleiene i kommunen har hatt eit godt rykte på seg, slik at dei har hatt tilgang på sjukepleiarar. Dette seier også helse- og omsorgssjefen, men ho ser at også denne tenesta er dei i ferd med å få problem med rekruttering. Rådmann er og oppteken av at tilgang på kompetanse, og rekruttering innan pleie- og omsorg er ei utfordring for kommunen. Han opplever at det kan bli vanskeleg å tilby gode tenester i heile kommunen, fordi det er spesielt vanskeleg å rekruttere sjukepleiarar til open omsorg i dei små bygdene

Sitat rådmann:

*«Når det gjeld spesielle utfordringar i forhold til pleie og omsorg så er det utfordrande at me er ein liten kommune i folketal, men stor geografisk. Me har behov for å ha eit delsentralisert tilbod i kommunen».*

## OPPSUMMERING

I høyringsfråsegnene frå Sogn og fjordane var alle kommunane som svarte opptekne av å få til rekruttering av personell og auka kompetanse. Rekruttering av helsepersonell opplyser alle informantane i begge kommunane som ei viktig satsing. Høyanger og Sogndal har ulike problem i forhold til rekruttering av personell. Begge kommunane manglar helsefagarbeidarar, men Høyanger har større utfordringar i forhold til sjukepleiarar. Sogndal kommune opplever bra tilgang på denne type fagkompetanse, og då spesielt vernepleiartilgang. Eg tenkjer at dette kan komme av ulike grunnar, blant anna har Sogndal kommune ein stor fordel i forhold til å skaffe høgskulepersonell, sidan høgskulen i Sogn og Fjordane ligg i Sogndal kommune. Sjukepleiarutdanninga ligg i Førde, medan vernepleiarutdanninga ligg i Sogndal kommune.

Sogndal kommune har legevakt 24 timar i døgnet i kommunen, medan Høyanger berre har lege på dagtid 5 dagar i veka. Dette vil føre til at kommunane har ulike utfordringar i forhold til samhandlingsreforma, og vil medføre ulike løysningar i kommunane på korleis ein kan sette i verk reforma lokalt. Høyanger har ikkje utfordring med samlokalisering av tenestene, medan Sogndal nemner dette som den største utfordringa i forhold til samhandlingsreforma. Det vil sei at desse to kommunane har ulikt fokus og ulike innfallsvinklar til kva som er utfordring og ikkje i forhold til samhandlingsreforma.

### 4.4.1 Kommune økonomi

#### **Sogndal kommune:**

Rådmann i Sogndal kommune seier at kommunane alltid vil komme i ein;

*«situasjon der behovet er langt større enn det ein har ressursar til å klare. Det ligg til kommunane sin karakter, at me har eit behovsspekter som me aldri kan dekke fullt og heilt. Samfunnet vil ikkje ha økonomi til å klare dette. I Noreg gis det ramme-finansiering til kommunane, der storting og regjering seier at det er so mykje pengar de får, og det må de klare deke med. Det er nok ein effektiv måte å klare å dele velferdstenestene våre på. Vi ser at viss vi legg om til andre måta der staten direkte skal yte velferdstenestene, og ikkje gå via ein rammefinansiering slik som kommunane, – då går ressursane betydeleg opp. Og viss vi skulle hatt den type ordning innan dei tunge velferdsordningane som omsorg, skule, barnehage, så hadde økonomien gått over styr. Eg trur berre me skal leva med at vi må levere nøkterne tenester, og det ligg i vårt lodd som kommune og gjere. Og me må gjere det beste ut av dei rammene me har. Og me yter gode tenester. Til tross for at me har 90 % av inntektene som våre samanliknbare kommunar har, og 10 % er ganske mykje, så meina eg at me har så me klarer oss, det går rimeleg greitt»*

Både pleie- og omsorgsleiar, og leiarane for heimebaserte tenester opplever kommune-økonomien som anstreng. Dei opplever at ramma til pleie og omsorg ikkje held, og opplever at dei har overforbruk i forhold til den økonomiske ramma. Tenesteleiarane seier at heile tida er snakk om at ein må spare. Men samtidig legg informantane vekt på at pleie og omsorg er ein utømmelig sektor, så uansett kor mykje ein brukar, ville ein hatt behov for meir. Men det er nokon økonomiske utfordringar som blir påpeika, og det er spesielt i forhold til opptrapping av samhandlingsreforma.

Sitat ordførar;

*«Ja, kommune økonomien. Lyt vel sei at me er ikkje noko rik kommune i forhold til konsesjonskraft, og skatteinntekter, me ligg godt under landsnittet. Me er i ein situasjon der me må vere nøysame i vår drift, og eg ser at me klarer å få mykje ut av dei pengane me brukar. So me er i alle fall ein kommune som er rik på menneskeleg ressursar.»*

**Høyanger kommune:** blir rekna som ein kommune med god økonomi. Når eg spør om dette seier rådmann at det ikkje alltid har vore slik, også denne kommune har hatt underskot for

ikkje så mange år sidan. Kommunen har utfordringa i forhold til nedgang i folketal, og skatteinntekter, og rådmannen understrekar at kommunen har økonomiske utfordringar.

Men i tillegg seier rådmann;

*«Kommuneøkonomien, må sei at den er bra hjå oss samanlikna med andre. Vi hadde overskott i 2011, endå me hadde veldig mykje ekstrakostnader som ikkje var på budsjettet».*

Alle informantane i Høyanger kommune har ei oppleving av at kommuneøkonomien er god.

#### OPPSUMMERING ØKONOMI

I høringsfråsegnene var alle kommunar er oppteken av at ein må få tilført meir ressursar i form av pengar. Skal kommunane klare å innfri dei oppgåvene som samhandlingsreforma legg opp til, vil økonomi vere ein veldig viktig faktor for dei aller fleste kommunane i Sogn og Fjordane. Samhandlingsreforma er ikkje finansiert ved at kommunane får tilført nye midlar, unntak prosjektmidlar. For å kunne sette i verk samhandlingsreforma har regjeringa støtta med nye midlar til ulike prosjekt rundt om i kommunane. Det kan vere prosjektmidlar til fleire kommunar, slik at ein kan sjå på interkommunale løysningar, midlar til ulike pilotprosjekt som telemedisin, røntgen på hjul og så vidare. Men det er ikkje avsett nye ressursar for direkte drift av reforma. Samhandlingsreforma skal finansierast gjennom med finansiering mellom kommune, stat og helseføretak.

I intervjurunden fekk eg inntrykk av at Høyanger kommune har ein litt romslegare økonomi, enn Sogndal kommune. Alle informantane i Høyanger svara at dei trur økonomien er bra, medan alle informantane i Sogndal svara at dei opplever økonomien som knapp.

#### **4.5 Kva utfordringar og moglege løysningar ser kommunen i forhold til samhandlingsreforma?**

Samhandlingsreforma gir enkelte kommunar, og då spesielt små kommunar, utfordringar i forhold til korleis dei skal klare å drifte blant anna Ø- hjelp senger. Samhandlingsreforma legg opp til at kommunane frå 2016 skal ha ansvar for observasjonssenger i kommunane, og for at dei skal vere godkjente skal det vere lege og sjukepleiar 24 timar i døgnet. I

høyringsfråsegnene frå kommunar i Sogn og Fjordane var alle kommunane som svarte, samde i at det bør vere eit slik døgntilbod i kommunane.

Etablering av Ø- hjelp senger er i startfasen rundt omkring i landet. Korleis kommunane vel å løyse dette vil vere veldig ulikt. For små kommunar er det kanskje interkommunale samarbeid som blir løysinga, mens andre kan løyse dette sjølv i kommunen. Det er mange ulike interkommunale samarbeid som føregår, men i denne oppgåva så har eg hatt fokus på samarbeid som handlar om samhandlingsreforma – helse og omsorg. Og då har eg spurt spesielt korleis legevakt er organisert, og korleis kommune ser for seg å løyse Ø- hjelp senger. Legevakt og Ø- hjelp senger heng på ein måte saman, fordi det er stilt krav til at Ø- hjelp senger skal ha tilgang til lege og sjukepleiar. Korleis kommunane vil løyse desse tenestene, har og mykje å sei for korleis kommunen planlegg å innføre samhandlingsreforma lokalt.

**Sogndal kommune:** Kommunen er med i ulike interkommunale samarbeid, blant anna er legevakta i dag eit samarbeid med Leikanger kommune. Sogndal kommune har to avtaler med det lokalmedisinske senteret som skal vere i Lærdal, og det gjeld kompetanse omkring samhandlingsreforma, men kommunen skal ikkje vere med i samarbeid på behandlingssida. Kommunen er også med i IKT samarbeid. Men kommunen har eit mål om å klare mest sjølv. Sitat rådmann;

*«Hjå oss er det ikkje lagt opp til interkommunale løysningar på behandlingssida. Det har me til hensikt og gjere sjølv, men me har interkommunal løysing når det gjeld legevakt. Me kjem til og gjere ein avtale med nabokommune om Ø- hjelp senger, slik at me kan samarbeide viss ein av kommunane har behov».*

Ordførar bekrefta også at kommunen vil gjere mest mogleg sjølv. Han seier at kommunar i Indre Sogn har vore med på eit tre trinns prosjekt i forhold til Lærdal kommune og lokalsjukehuset der. Første del var ein utredningsfase som også Sogndal kommune var med på. Dei andre to fasane av prosjektet er Sogndal kommune ikkje med på, det er heller ikkje Luster kommune. Dei andre kommunane arbeidar vidare saman for å sjå på kva områder dei skal samarbeide om, og korleis dei skal lokalisere eventuelle felles tenester.



Sogndal kommune har inngått både generelle - og spesielle avtalar med Helse Førde. Dette er særavtale om følgjetenester til fødande, og særavtale med Helse Førde i forhold til Ø- hjelp senger, slik at kommunen kan starte med Ø- hjelp senger i 2012. Rådmann seier at dei startar med to senger, og vil auke dette til fire senger når det nye bygget står klart i 2016. Rådmann er stolt over at Sogndal kommune er ein av to kommunar i Sogn og Fjordane som klarer å starte dette tilbodet alt i 2012. Den andre kommunen er Luster. Begge desse kommunane har ein fordel med at dei har eigen lokal legevakt i kommunen med 24 timars drift, for legetilgang er eit viktig grunnlag for drift av Ø- hjelp senger.

**Høyanger kommune:** Kommunen er med i fleire interkommunale samarbeid på helse, som legevakt i Førde. Når det gjeld Ø-hjelp senger vil det mest truleg bli eit samarbeid med fleire kommunar, og eit interkommunalt samarbeid lokalisert på sjukehuset i Førde. Rådmann seier;

*«Me har interkommunalt samarbeid på blant anna legevakt og IKT. Me vurderer å vere med på interkommunalt samarbeid om rehabilitering og ØH senger, samt læring og mestringssenter. Me er so pass store at me kan vurdere å opprette noko av dette sjølv i kommunen, men der har me ikkje bestemt oss. Også miljøretta helsevern og smittevern vil me gjer interkommunalt.»*

Rådmann seier vidare at frå administrativ ståstad, så støttar Høyanger kommune eit tilbod i lokalsjukehuset til Ø- hjelp senger og rehabiliteringsplassar.

#### OPPSUMMERING:

Høyanger kommune er ikkje komme så langt at dei har etablert konkrete planar i forhold til Ø- hjelp senger, men det verkar som alle informantane meina at kommunen kjem til å satse på eit interkommunalt samarbeid på dette området, slik som med legevakta. Utifrå intervju så forstår eg at dette interkommunale samarbeidet, også er avhengig av at kommunane som skal kommune ønskjer å utvikle samhandlingsreforma lokalt, og gi mest mogleg tenester lokalt i kommunen. Utfordringa for kommunen er at dei ikkje har legeteneste etter kl. 16.00. Ei utviding av legetenester utover kvelden ville i følge fleire av informantane gi eit betre tilbod lokalt i kommunen.

I intervjurunden så er det klart at desse to kommunane skil seg ut i forhold til kva kommunen skal gjere sjølv, og kva ein skal samarbeide interkommunalt om. Sogndal kommune har oppretta Ø- hjelp senger i første året av samhandlingsreforma, noko kommunen får til sidan dei har lokal 24 timars legevakt. Tilgjengeleg lege og sjukepleiar er eit av krava som må ligge til grunn viss ein kommune skal inngå avtale med eit helseføretak om Ø- hjelp senger. Eit lokalmedisinsk senter med legevakt og institusjon i same hus vil optimalisere ressursane, og vere framtidsrette i samhandlingsperspektivet. Sogndal kommune har mål om å vere sjølvstendige på behandlingssida i forhold til pasientar, og på den måten vere med å gi mest mogleg teneseter lokalt i kommunen.

#### 4.6 Korleis har kommunane førebudd seg på samhandlingsreforma?

Til dette tema lurte eg på om kommunen har tilsett nye personar, eller oppretta nye stillingar i forhold til samhandlingsreforma. I tillegg til finne ut korleis kommunen har arbeida med å innføre reforma lokalt.

**Sogndal kommune:** Rådmann seier at dei ikkje har tilsett nokon nye personar i forhold til samhandlingsreforma. Han seier kommunen har starta med vidareutdanning av sjukepleiarar innan akutt sjukepleie til kommunehelsetenesta.

Sitat rådmann;

*«Det er først når me skal tilsette institusjonslege, og at vi har drive med etterutdanning av sjukepleiarar i Ø- hjelp, at det blir veldig konkrete nye stillingar og nye funksjonar som følgje av reforma. I tillegg har me tilsett ein prosjektleiar i 60 % stilling, knyta til eit interkommunalt folkehelse prosjekt.»*

I tillegg har Sogndal kommune saman med andre kommunar søkt, og fått midlar til eit prosjekt for å styrke det førebyggande arbeidet. Dette interkommunale samarbeidet har fått 1,2 millionar til å utgreie og styrkje det førebyggande helsearbeidet, og Sogndal kommune skal vere vertskommune. I starten har ein arbeida med å finne ut kva status kommunen har på folkehelsearbeid, det vidare arbeidet blir å finne ut korleis kommunen kan styrkje det førebyggande arbeidet, i følgje rådmann. Han seier at ”friskliv”- sentral vil vere sentralt i dette arbeidet.

I førebuiingsfasen til denne reforma har kommunen ikkje tilsett nokon fleire. Rådmann seier at kommunen har brukt ressursane på ein anna måte, han som rådmann brukar mykje meir tid på dette temaet, « *av nasjonale reformerer so er det utan tvil helsereforma eg bruker mest tid på.*» Slik er det også for dei i nivå under rådmann. Han seier at helserådgivar har brukt halvparten av tida si til samhandlingsreforma, så kommunen har brukt mykje tid og krefter på reforma.

Sitat pleie- og omsorgsleiar;

*«I samhandlingsperspektivet so har me ei drift som har vore retta inn mot å bruke institusjon i aktiv behandling og til mottak. Mottak av ferdigbehandla pasientar frå sjukehus har ikkje vore noko problem for denne kommunen, i vertfall viss ein ser på dei to siste år før samhandlingsreforma trådde i kraft.»*

Både pleie- og omsorgsleiar og leiarar for heimebaserte tenester seier at kommunen har levert gode pleie- og omsorgstenester;

*«me har drive det slik som samhandlingsreforma seier i mange år. Når pasientane er klare for å komme heim tek me imot dei, det har me alltid gjort. Før var me kanskje strengare på å ta imot dei på helg, men no må me berre gjere det.»*

**Høyanger kommune:** Kommune har søkt om ny avtaleheimel for ei legestilling til i kommunen, og fått tilsegn på ein lege til i samband med samhandlingsreforma. Kommunen tenkjer at denne legestillinga skal ha eit større ansvar for administrative og samfunnsmedisinske oppgåver. Kommunen er i rekrutteringsfasen til denne stillinga. Kommunen har og oppretta ein ny sjukepleiarstilling i samband med samhandlingsreforma. I tillegg er det fleire sjukepleiarar som har tatt vidareutdanning i akutt sjukepleie retta mot kommunehelsetenesta.

Høyanger kommune har også vore med på eit prosjekt i forhold til telemedisin på Høyanger sjukeheim. Dette er eit samarbeid med Helse Førde, slik at ein kan få oppfølging og vurdering av pasientar på sjukeheimen, via lege i Førde. Dette er eit nytt område som kan utviklast meir i følgje informantar.

Høyanger kommune har oppretta ulike grupper som arbeidar med ulike tema innanfor samhandlingsreforma. Desse gruppene arbeidar med utviklingsprosjekt og nye måtar å løyse reforma lokalt. Det er ei gruppe som arbeidar med utskrivingsklare pasientar og i denne gruppa er heimetenestene og korttid avdelinga med. Denne gruppa har arbeida me rutinar og prosedyrar i forhold til utskriving. Einingsleiar for open omsorg seier at dei har tenkt og gått gjennom korleis dei skal bli flinkare til å ta imot pasientar på ein betre måte. Blant anna har dei laga klar ekstra tryggleiksalarmar som ein kan ta i bruk viss nokon kan klare seg heime ei helg med litt ekstra tryggleik. Det er litt smårutinar som er endra med tanke på reforma.

Ei anna gruppe har arbeida med det førebyggjande perspektivet. I denne gruppa har ein planlagt at kommunen skulle satse på diabetessjukepleiar. Dette prosjektet er utvikla med tanke på samhandlingsreforma. Gjennom at kommunen har eigen diabetessjukepleiar kan folk i kommunen med diabetes blir følgt opp lokalt, i staden for å måtte reise til Førde for oppfølging. Prosjektet har kommunen fått til gjennom godt samarbeid med Helse Førde og diabetesteamet der.

Rådmann seier dette;

*«Diabetessjukepleiar er eit nytt tilbod. Dette er ein av dei læring og meistringstilbod som me tar tak i lokalt, og det er veldig positivt. Det som er bra med reforma, er at den legg opp til at mest mogleg skal skje lokalt. Me ser jo at me har eit overforbruk av sjukehus, og igjen er vi avhengig av legetenester, eller at legane er villige til å behandle meir lokalt».*

Før samhandlingsreforma var trått i kraft var Høyanger kommune strenge på at legane ikkje fekk leggje pasientar inn på sjukeheim, utan at dei først hadde sløyfa om sjukehuset. Rådmann presisera at dette har kommunen vore veldig bevisst på, for ein ynskte ikkje at legane kunne velje enklaste veg, noko ein trudde dei ville gjer viss dei fekk lov. Denne praksisen er endra etter samhandlingsreforma vart sett i verk. No får legane legg inn pasientar på korttidavdeling for observasjon og oppfølging, utan at dei først har vore på sjukehus.

Leiar i helse- og sosialutvalet har ei oppleving av at kommunen har førebudd seg godt til samhandlingsreforma.

## OPPSUMMERING

Begge kommunane opplyser at dei har arbeida veldig myke med samhandlingsreforma og korleis dei skal utforme denne lokalt i kommunen. Og informasjon frå begge kommunane viser at dei har planlagt, og vore i stand til å handtere samhandlingsreforma sin første utfordring, som er å ta imot ferdigbehandla pasientar frå sjukehus. I høve dette har kommunane hatt ulike «reglar» på å ta imot ferdigbehandla pasientar tidlegare, og når det gjeld å kunne legg inn på institusjon. Tidlegare var kommunane strengar på å ta imot pasientar på helg frå sjukehus, men etter samhandlingsreforma starta, tar kommunen imot ferdigbehandla pasientar uansett dag og tid. Høyanger kommune hadde tidlegare ein regel om at legane ikkje fekk leggje inn pasientar på sjukeheimen, før pasienten hadde vore innom sjukehus, noko som har endra seg etter 2012. Desse endringane i Sogndal og Høyanger kommune viser at økonomiske insitament kan vere med å endre system og rutinar i kommunen. Og lokale «reglar» som i Høyanger kommune.

Begge kommunane har satsa på vidareutdanning av sjukepleiar innan akuttsjukepleie for kommunehelsetenestene. Dette er eit tilbod Høgskulen i Sogn og Fjordane starta med for nokre få år sidan, og er eit tilbod som er retta mot samhandlingsreforma. Dette viser at den «lokale» Høgskulen i Sogn og Fjordane og kommunane kan utvikle ny/etterspurt kompetanse lokalt i fylket.

I Sogndal kommune har dei ikkje tilsett fleire, eller oppretta nye stillingar på grunn av denne reforma enno, men brukt ressursane på ein anna måte. Sogndal kommunen er med på eit interkommunalt prosjekt i høve førebyggjande arbeid i kommunen, som er ein viktig del av samhandlingsreforma. Det som blir arbeida med i Sogndal kommune i høve tilrettelegging av samhandlingsreforma lokalt er eit nytt lokalmedisinsk senter. Og Sogndal kommunen skal starte tilbod om Ø- hjelp senger alt i 2012. Når Ø- hjelp sengene skal settast i drift, vil legestillinga på institusjon aukast i timetal.

I Høyanger kommune har ein sett ned fleire ulike grupper som skal arbeide med å utvikle og sette i verk samhandlingsreforma lokalt. Gjennom dei ulike gruppene kan det verke som om kommunen har klart å engasjere og involvere store delar av helsetenestene i samhandlingsreforma. Høyanger kommune skal opprette ein ny legestilling, og har oppretta ein ny sjukepleiarstilling på institusjon, samt oppretta eit prosjekt med diabetessjukepleiar. I tillegg har kommunen arbeidd med prosjekt innan telemedisin. Telemedisin er forholdsvis nytt, og kan kanskje vere med å hindre innlegging på sjukehus, ved at ein får vurdering av pasient via lege på sjukehus. Det vil vise seg om dette er ei framtid som gjer at spesialistane «kjem ut» i kommunane.

#### 4.6.1 Tverrfagleg samarbeid med 2. linje tenesta

Alle informantane opplever at det er eit godt samarbeid mellom helseføretak og kommunen. Samtidig seier dei at det er litt smårusk som det alltid er med nye ting, men dette blir det arbeida med og ting ordnar seg.

#### **Sogndal kommune:**

Sitat rådmann;

*«Eg synst det går greitt. Samarbeidet med Helse Førde, og særskilt etter at dei fekk på plass ein eigen samhandlingssjef går bra. Vi får svar, vi får respons, og vi er i stand til å etablere dei prosessane som vi har behov for. Så til tross for at samhandlingsreforma er i starten med alle avtalene, og mykje som skulle på plass, så har det skjedd på ein rimeleg bra måte.»*

*«Eg vil sei at me hadde svært liten påverknad på første generasjon avtalar som er delavtaler. Dei får me frå eit arbeid som skjer mellom Helse Førde og KS. Men på særavtalar er me på eit direkte nivå, der me konkret arbeidar om korleis skal me løyse dette mellom kommunen og Helse Førde, og då har me stor påverknad.»*

Sitat pleie- og omsorgsleiar;

*«Samarbeidet fungerer veldig greitt. Som eg sa so hadde me god erfaring i forhold til kreft og KOLS. Utifrå desse samarbeida som me har hatt lenge, har me laga oss malar og erfaring på dette med tett samhandling. Dette har berre blitt styrka no. Me merkar*

*ikkje noko spesielt endring etter 1.1.2012, når samhandlingsreforma tråtte i kraft. Vi hadde etablert eit tett og ryddig samarbeid med sjukehuset. Det einaste me merkar no er at det går fortare. Det er mykje mindre tid på sjukehuset, og varslinga går fortare. Det er veldig rigid i forhold til varslingsstenestene, og veldig mykje går på dette.»*

Leiar heimebaserte tenester;

*«Samarbeidet er bra. Eg vil sei at det har komme seg etter samhandlingsreforma. Me får no meir meldingar om pasientar og behov, slik at me kan planlegge. Me veit kor tid sjukehuset har er tenkt å sende pasienten heim att. I staden for at dei ringer og seier at no kjem pasienten, og so viste ikkje me at pasient var innlagt heller.»*

### **Høyanger kommune:**

Sitat rådmann;

*«Når det gjeld utfordring i samarbeid med andrelinje- tenestene ja.. Eg har vore på begge sider av bordet. Når det gjeld kommunane, må ein tenkje at kommunen skal vere ein likeverdig part. Ein del av dei samarbeidsavtalane som me skal skrive under på, er litt for mykje diktert frå spesialisttenestene. Men samtidig må ein tenkje på at sjukehuset skal forholde seg til 26 kommunar, og ønskjer mest mogleg standardiserte avtalar for det er enklast drifts- messig. Men slik som for oss, så må me vere proaktive, og kommunane må etter mitt syn engasjere seg litt meir.»*

Sitat leiar for heimebasert teneste;

*«Ja eg tykkjer det er blitt betre, det er noko med at sjukehuset er blitt flinkare å komme i forkant. Før kunne det vere at me fekk ein telefon på fredag om ein pasient som skal ut. No får me tid til å planlegge mykje betre, for no veit me om pasientane med ein gong.»*

Sitat helse- og omsorgssjef;

*«Veit ikkje kva eg skal sei, når det gjeld utskrivingsklare pasientar har me ikkje hatt noko utfordringar, me har god dialog med spesialisttenestene når det gjeld utskriving».*

Sitat leiar for institusjon;

*«Forhold til sjukehus ja. Når vi skal ruste oss til å ta imot på kort varsel så er me avhengig av at dei pleieopplysningane me får stemmer, og at dei kjem med det dei skal. Eg ser at når me får 2-3 pasientar inn på ein dag, har dette med tidspunkt endra seg. Når me får to pasientar på kveld fører det til utfordringar fordi me er lågare bemanna på kveld. Dette ser vi fører til vanskar for oss, og det må me ha ein dialog med sjukehuset på. Me skal sjølvstakt ta imot pasientar og er bemanna heile døgnet, men me er ikkje bemanna heile døgnet for å skrive inn og ta imot fleire pasientar. Det er ikkje gunstig å ta imot på kvelden for oss, akkurat som det er viss nokon skal innleggast, det er vel ein grunn til at ein må møte før 12 på sjukehus?»*

#### **4.6.2 Tverrfagleg samarbeid internt i kommunen**

**Sogndal kommune:** Kommune har eit tiltaksteam, som dei forkortar til TSG, som står for tverrfagleg samarbeidsgruppe. Reint formelt er tenestetildeling delegert frå kommunestyre til rådmann, og frå rådmann til tenesteleiarar. Men for å sikre kvalitet på tilbod, og for å sikre mest mogleg lik handsaming av like tilfelle, og for at ein ikkje skal oversjå noko, brukar dei eit tiltaksteam. Det består av tenesteleiar, pleie- og omsorgssjef, to leiarar frå heimebasert omsorg, i tillegg er konsulent for funksjonshemma fast medlem. Ergoterapeut og konsulent, eller den som er fagleiar for psykisk helsearbeid, og fysioterapeut er med etter ein rullerande turnus ein gong i månaden. Dei andre har møte fast ein gong i veka.

I tillegg har pleie og omsorg samhandlingsmøte med ergoterapeut, fysioterapeut og avdelings- sjukepleiar kvar 14. dag. I desse møta blir det tatt opp problemstillingar knytt til den samhandling som pasientar får når dei har vore inne til opp trening, eller samhandling omkring dei som har vore på sjukehus som kjem heim att, eller heim att frå lokal institusjon. I desse møta blir oppgåver fordelt, og ein bestemmer kven gjer kva. Ergoterapeut gjer heimebesøk, og vurderer bustad for tilrettelegging og hjelpemiddel. Fysioterapeut blir kopla på rehabilitering, og vurderer situasjonen for at folk skal komme heim, er det mogleg, viss ikkje vurderer ein situasjonen opp mot tilrettelagt bustad, og som eit siste alternativ å bli i institusjon viss hjelpebehovet er så omfattande og stort.

Pleie- og omsorgssjef seier at det tverrfaglege samarbeidet er godt i varetatt i kommunen. I tiltaksteamet er det også koordinerande samhandlingsmøte. Når fysioterapeut og ergoterapeut



er med, utfører dei den koordinerende funksjonen. På denne måten får ein oversikt over kven som er inne og bidrar med hjelp, slik at ikkje alle i tenesteapparatet er inne på ein dag. Er det marginale pasientar prøver ein å fordele slik at dei får fleire tilsyn, og fleire tenester blir fordelt. Det kan vere tryggleik alarm, matlevering frå institusjon, heimesjukepleie, heimehjelp eller dagtilbod. Kommunen prøver å sy saman eit heilt opplegg rundt den enkelte, og prøver å organisere tilbodet slik at ikkje alt kjem på same dag.

Sogndal kommune har starta koordinerende eining frå 15. august 2012. Målet med dette er først og fremst at søknader om koordinerte tenester skal sendast til ein person. Denne skal halde oversikt over kven som har individuelle planar, og kven som er ansvarleg for dei ulike individuelle planane, og den har ansvar for skulering av dei som er koordinator.

Rådmann seier at dei har ei rekkje forhold i eigen organisasjon som skal vere med å sikre det tverrfagleg samarbeidet. I tillegg til dei tverrfagleg samarbeidsorgan som nemnt ovanfor, så har kommunen mykje tverrfagleg på mange nivå. På oppvekst som særskilt knytte seg til barn og unge. På strategisk nivå har kommunen ei helse- og omsorgsgruppe, der rådmann, to tenesteleiarar, kommuneoverlege, og rådgivar for helse og omsorg er med. Desse har møte kvar 3. veke.

**Høyanger kommune:** Kommunen har for eit par år sidan omorganisert leiinga for helse og omsorg. Kommunen hadde tidlegare pleie- og omsorgssjef, men endra dette til helse- og omsorgssjef, og fjerna eit ledd i hierarkiet. Helse- og omsorgssjef har ansvar for heile helse- og omsorgsområde det vil seie; barnevern, NAV, legar, helsestasjon, ergoterapeut, fysioterapeut, pleie- og omsorgstenester, psykiatri og PU- tenester

I forhold til informasjon omkring samhandlingsreforma oppretta rådmann ei samhandlingsgruppe, som var med og arbeidde med rammeavtalane heilt frå starten. Denne gruppa består av rådmann, leiarane frå pleie og omsorg, inkludert lege, tillitsvalte og verneombod, der dei jobbar med dei ulike avtalane som kommunane skulle ha med helseføretak. Alle informantane refererer til denne samhandlingsgruppa, og opplever at dette var ein god måte å starte samhandlingsreforma på og at ein på denne måte får informasjon ut.

Dette er ei stor gruppe som ikkje har så ofte møte, men den er vidare delt inn i undergrupper som arbeidar meir konkret med dei ulike tema i samhandlingsreforma.

For å sikre tverrfagleg samarbeid innan pleie- og omsorgstenester har kommunen lenge hatt eit tiltaksteam. Tiltaksteamet har faste møter ein gong i veka, der kommunelege er med. I desse møta går ein gjennom og fordelar alle tenestene til pleie og omsorg, det vil seie støttekontakt, korttidsopphold, rehabiliteringsplass, faste plassar på institusjon, heimehjelp, heimesjukepleie. Helse- og omsorgssjef opplever at dette har fungert veldig bra, på denne måten får ein tildelt tenestetilbod til brukara på ein god måte. Samtidig så opplever dei ein del saker som ikkje blir meldt til tiltaksteam, og som det heller ikkje er naturleg å melde inn til disse. Og det er unge som blant anna har funksjonshemming. Difor har kommunen sett at det har vore naturleg å opprette ei koordinerande eining. Helse- og omsorgssjef seier at koordinerande eining er eit resultat av samhandlingsreforma, men og at som følge av at ting har endra seg hos brukarmassen.

Helse- og omsorgssjef opplever at det er utfordringar på tvers av sektorane og håpar at ei koordinerande eining skal bidra til meir samarbeid blant anna mellom skule og helse.

Rådmann opplever også at her er det utfordringar som kommunen kan bli betre på, difor har dei oppretta koordinerande eining, som består av helse- og omsorgssjef, oppvekstsjef, lege, Nav leiar, overordna koordinator i kommunen. Overordna koordinator i kommunen er utdanna ergoterapeut, og den einaste som har vidareutdanning i rehabilitering.

I tillegg har institusjon og heimetenestene egne samarbeidsmøte, og korttidsavdelinga som driv med rehabilitering har egne møter med lege, fysioterapeut og pleiepersonell for å sikre godt tverrfagleg samarbeid.

## OPPSUMMERING

Når eg har intervjuet i begge kommunane opplever eg at det er etablerte gode tverrfaglege samarbeidsrutinar, og at det spesielt innan pleie og omsorg har vore eit godt tverrfagleg samarbeid lenge. Begge kommunane har oppretta koordinerande eining i løpet av 2012, første året med samhandlingsreforma. Begge kommunane er i ferd med å etablere eit system skal fange opp og legge til rette for pasientar/ brukarar som har behov for koordinerte tenester,

noko som er i tråd med St.meld. nr 47 (2008-2009), og ein viktig del av samhandlingsreforma.

#### 4.5 Premissleverandør; Administrasjon – politikk – eller samspel

##### Sogndal kommune:

Sitat rådmann;

*«Hos oss ganske mykje, me har hatt 3,4,5 temamøte i kommunestyret om samhandlingsreforma. Det er ikkje noko tema som har hatt så stor politisk oppmerksom i kommunestyret, som dei temamøte me har hatt knyta til samhandlingsreforma. Og eg trur me hadde første temamøte nesten før NOU og stortingsmelding var «kald». Det vil sei at me starta med ein gong, med politisk møte for å få kunnskap og kompetanse, og drøfting politisk. I tillegg har ikkje minst sittande ordførar og rådmann vore veldig involvert, og delteke på mange møter og drøftingar omkring samhandlingsreforma. Så det vi gjer lokalt er godt forankra politisk.»*

*«Det er eit samvirke mellom fag, administrasjon og politikk. Så vi har levert breie utgreiingar til kommunestyret, om korleis me skal tilpasse oss samhandlingsreforma. Det er tufta på både fagleg vurderingar hjå tenesteleiarar og kommunelege, og på mine vurderingar på den økonomiske og administrative delen. Så har politikarane drøfta det og gjort slutningar. Eg vil sei at alle nivå er inne, me har og inne råd for funksjonshemma, eldreråd og dei tillitsvalte i drøftingane.»*

Sitat ordførar; på spørsmål om dei som politikar er med;

*«Ja so til dei grader. So vil det vere forskjellige krefter politisk som jobba for korleis ein skal få dette til. Me vil nok ikkje gå i takt i forhold til den tilnærminga me har, og måten ein då skal løysa det på.»*

*«Me må lite på fagfolk. Det går heilt gale vis det berre er me politikara som skal rigge kva me skal bygge, kva tenester som skal vere der, kva type tilbod me skal ha, og kva*

*som ikkje skal vere der. Men me må vere aktive i forhold til administrasjon og bestille og me har fått mykje materiale og informasjon. Skal ein ha ambulansengarasje, lokale for fysioterapeut, lag og organisasjonar, og viss det ikkje er plass til alt me vil, so må ein ha noko faglege vurderingar på kva me treng. Men me har eit mål i det nye bygget me skal ha, om å samla mest mogleg av tenestene i eit området. Du vil ikkje klare å samle alt på grunn av volum og ressursar – den ideelle løysninga er der, men ikkje i den økonomiske og reelle verda so då må me prioritere. Og det vil jo vere me (politikara) som skal bestemme til slutt, men då må me lytta til dei faglege råda me får.»*

Rådmann;

*«Gjennom drøftingar på rådmannsnivå, drøftar me ulike prosjekter og status utvikling av samhandlingsreforma. Det har i periodar vore eit krevjande tema å diskutera, fordi det heile tida kjem inn på lokalisering, arbeidsplassar, og lokal sjukehus. Men det har vore greie diskusjonar, og grundige diskusjonar slik eg har oppfatta.»*

I forhold til kor mange gonger samhandlingsreforma eller tema omkring denne har vore oppe i kommunestyret så viser det politisk involvering. Frå jan 2011 til oktober 2012 har dette vore oppe som saker på 5 kommunestyre møter.

### **Høyanger kommune:**

Sitat rådmann;

*«Eg oppfattar at dei er engasjert, og forventar at me gjer det som skal gjerast, men det er ikkje slik at politikarane står på barrikadane for dette. Mykje av dette er bestemt så det er berre å gjennomføre.»*

Helse- og omsorgssjefen seier at dei har heldt kurs for politikarane sidan det er mange nye politikarar etter sist val. Det er heller ikkje nokon av politikarane som sitter i samhandlingsgruppa. Men ho opplever at det er eit veldig godt samarbeid med helseutvalets politikarar, og på desse møte har dei alltid ein del på slutten der ein går igjennom kva ein driv med, kor langt ein er komet. På spørsmålet mitt svarar alle at denne reforma er driven av administrasjon og fagfolk i denne kommunen.

Sitat helse- og omsorgssjef;

*«Det er på ein måte administrasjonen som saksbehandlar til politikarane. Som eksemel kom ikkje initiativ til samhandlingsgruppa frå politikarane. Det me har gjort i forhold til politikarane er å ha kurs, for det er mange nye politikarar. Dei er blitt kursa i kva me har gjort, og kva me har tenkt i forhold til samhandlingsreforma. Det er ingen politikarar som sitter i samhandel gruppa. Me har eit veldig godt samarbeid med helseutval politikarane, og me har ein snutt på slutten av kvart slikt møte der me går igjennom kor langt me er komet, og kva me driver på med. Det er veldig administrativ, eg trur eg får lov og sei det slik..»*

Einingsleiar for sjukeheim har ein litt anna innfallsvinkel fordi ho tidlegare har vore med som tillitsvalt. Ho opplevde eit større engasjement tidlegare frå politiske aktørar, men etter valet og mange vart utskifta er det blitt mindre engasjement. Ho meina og at dette kan komme av at politikarane var veldig involvert i eit prosjekt som kommunen var med i, som heiter «betre kommune». Då var politikarane med på å ta mange val, dette har endra seg med at det er komme mange nye politikar. No opplever alle at det er administrasjon og fag som styrer utviklinga og prosessane i samhandlingsreforma.

Leiar for helse- og sosialutvalet seier at ho var «ny» som politikar ved sist val (hausten 2011), etter ein 4 års pause frå politikken. Ho opplever at kommunen er godt i gang med samhandlingsreforma og seier;

*«Nei, me er lite involverte i dette som politikarar vil eg sei. No er eg ganske ny, så eg veit ikkje kor involverte dei var i det førre kommunestyret, før samhandlingsreforma starta, den starta jo kort tid etter at eg kom inn i kommunestyret.»*

Sjølv om politikarane i Høyanger kommune er så involvert i samhandlingsreforma lokalt så held administrasjonen dei veldig godt informert i følgje leiar for helse- og sosialutvalet. På møte i helse- og sosialutvalet får medlemmane god informasjon frå helse og sosialsjef, og dei føler seg oppdatert på det som skjer i kommunen. Ho opplyser at dei får informasjon om til dømes korleis pasientsituasjonen i kommunen er, og korleis kommunen klarer å handtere ferdigbehandla pasientar.

Leiar for helse- og sosialutvalet seier dei har 0,5 -1 timer informasjon på kvart møte i utvalet der dei også får informasjon frå ulike tenester som NAV, helsesøster, institusjon og så vidare. Det er god informasjon som blir drøfta og diskutert i utvale, og me kjem med ulike idear og tenkjer framover. Det er spesielt i helse- og sosialutvalet dette med samhandlingsreforma blir diskutert, i kommunestyret blir det meir konkrete saker og konkret informasjon. Vidare seier leiar i helse- og sosialutvalet at;

*«Høyanger kommune ønskjer og gjere mykje sjølv i forhold til samhandlingsreforma, og kommunen prøver å legg opp til at ein kan ta til ulike kontrollar i kommunen i staden for å reise til Førde, for no har me mange flinke og stabile legar i kommunen.»*

Det at politikarane i Høyanger kommune er mindre involvert i forhold til innføring av samhandlingsreforma lokalt stemmer også med det inntrykket ein får ved å gå gjennom kommunestyre protokoll. Frå januar 2011 til oktober 2012 har samhandlingsreforma vore tema på 3 møter, og meir som informasjon og underskriving av standardavtalar i forhold til helseføretak.

## OPPSUMMERING

Det er stor forskjell på desse to kommunane i forhold til korleis samhandlingsreforma blir utforma lokalt. I Høyanger svarer alle informantane at dei opplever liten politisk engasjement, i forhold til å sette i verk samhandlingsreforma lokalt i kommune. Dei opplever politikarane som engasjerte, men at samhandlingsreforma og utforminga av den er lagt til administrasjonen og fagfolk.

I Sogndal kommune opplever alle informantane eit stort politisk engasjement i forhold til samhandlingsreforma. I Indre Sogn har lokalsjukehuset i Lærdal prøvd å peike seg sjølv ut som lokalmedisinsk senter for kommunane rundt. Dette har ikkje alle kommunane sett på som den beste løysinga for sin kommune, der i blant Sogndal kommune. Sogndal Kommune har bestemt at dei ikkje skal vere med i interkommunale samarbeid når det gjeld lokalmedisinsk senter, fordi dei vil organisere dette sjølv. I slike prosessar vil politikarar vere viktige aktørar.



## 5.0 ANALYSE OG DRØFTING AV FUNN

### 5.1 Korleis føregår iverksetting av samhandlingsreforma?

For å belyse korleis eg opplever desse to kommunane som ulike, i forhold til iverksetting av samhandlingsreforma vil eg bruke; Matland (1995) sin modell på iverksetting av politikk under varierende kombinasjonar på uklårheit, og konflikt.

Konflikt; låg	Konflikt; høg	
Administrativ iverksetting Ressurs er viktig	Politisk iverksetting Makt viktig	Uklårheit; låg
Eksperimentell iverksetting Lokale forhold viktig	Symbolsk iverksetting Koalisjonsstyrke viktig	Uklårheit; høg

Gjennomføring av samhandlingsreforma er bestemt av stortinget og er ein ovanfrå ned politikk. I følgje Matland (1995) så seier teoretikarar på «top-down», at dette er politikk som har merksemd på faktorar som kan få politikken gjennomført frå sentralt hold. Når det gjeld samhandlingsreforma har ein frå sentralt hald utarbeidd økonomiske insitament, som skal vere med å sikre at samhandlingsreforma blir gjennomført. På den måten kan ein seie at reforma er i verksett med «top- down» politikk. Samhandlingsreforma er klar i sine mål og verkemiddel, men reforma seier ikkje noko om korleis kommunane skal løyse dette. Offerdal (2005) seier at når mål er klinkande klare, vil sjansen for motstand og konflikt bli større, og gjere det vanskeleg å unngå motstand lokalt.

Samhandlingsreforma blir ofte kalla ei retningsreform. Kommunane skal ha meir ansvar for helsetenestene til sine innbyggjarar, og ikkje minst skal ein arbeide meir med det førebyggjande helsearbeidet. Fokus på det førebyggjande helsearbeidet er ei retning som på lang sikt skal redusere behovet for helsetenester, og på den måten redusere utgifter på helsetenester. Det at kommunane skal ha meir ansvar for helsetenestene også økonomisk, er



fordi ein har tru på at dette kan endre retninga i forhold til dei auka helseutgiftene. Korleis kommunane skal løyse samhandlingsreforma er opp til den enkelte kommune, men reforma seier noko om kva kommunane må handtere. Stortinget legg ikkje føringar på korleis kommunane skal organisere seg for å klare dei nye utfordringane, dette får kommunane ansvar for å finne ut av sjølv (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Kommunane sin sjølvråderett blir på den måten ivareteken. I kommune- Noreg vil samhandlingsreforma føre til mange ulike variantar av samarbeid, eller klare sjølv, for å løyse dei utfordringane samhandlingsreforma legg føringar på.

Hovudmålet til samhandlingsreforma er rett behandling – til rett tid – på rett stad. Eit anna mål er at brukarane skal få tenestene sine i nærleiken av der ein bur. Ser ein på det som har komme fram i evalueringar etter NAV reforma, har tilbodet ute i kommunane blitt meir avgrensa, og mange av tenestene er blitt meir sentralisert (Fimreite og Læg Reid 2008). Samhandlingsreforma har litt like trekk med NAV- reforma, begge reformene gjennomførast med at samarbeid skal forplikast gjennom avtaler. I forhold til samhandlingsreforma har kommunane har inngått avtaler med helseføretaka, og på den måten forplikta samhandlinga gjennom styringssystem, som økonomiske sanksjonar og liknande. Det blir interessant å sjå framover om samhandlingsreforma også kan bli meir sentraliserande, slik at tenestetilbodet ute i kommunane blir meir avgrensa?

I ein situasjon der konflikt og uklårheit er liten, vil iverksettinga vere mest administrativ (Offerdal 2005). Gjennom intervju og gjennomgang av kommunestyresaker i Høyanger kommune så ser det ut til at gjennomføring av samhandlingsreforma kjem under denne kombinasjonen. Det er administrasjon som planlegg, og gjennomfører reforma i kommunen utan den store politiske medverknaden. Det er som rådmann seier; «det meste er bestemt, so no er det berre å gjennomføre.» Utifrå den ståstaden som Høyanger kommune hadde 1.1.2012 så ligg struktur og samarbeid interkommunalt på plass. Det er ikkje nødvendig med diskusjon om korleis kommunen skal riggast i forhold til lokale, eller samarbeid med andre kommunar. Slik eg ser det medfører dette liten grad av uklårheit, og det er heller ikkje konflikt om korleis ting skal vere. Den politiske diskusjon omkring struktur og rigging av helse- og omsorgstenestene har kommunen hatt for mange år sidan. Difor blir gjennomføringa av denne reforma meir administrativ.

Sogndal kommune har vore gjennom ein litt anna prosess. Gjennom utvikling av samhandlingsreforma har kommunen måtte ta ein del val for korleis dei ønskjer utviklinga skal vere. Sogndal kommune har høyrte til Lærdal lokalsjukehus, og eit viktig spørsmål har vore om kommunen ville vere med på å utvikle lokalmedisinsk senter saman med andre kommunar i Lærdal. Dette meiner eg er ein grunn til at samhandlingsreforma har vore eit større tema både politisk og administrativt i denne kommunen. Sogndal kommune har ikkje ønske om å delta i interkommunalt samarbeid om Lærdal og lokalsjukehus funksjon der, noko som kan gir rom for konflikter. Korleis kommunane set i verk og førebur samhandlingsreforma lokalt, tar utgangspunkt i kommunane sin status før reforma starta.

Eg har valt å sette Sogndal kommune inn i tabellen til Matland (1995) med låg uklårheit og stor konflikt, og ut i frå det får ein politisk iverksetting. Alle som eg intervjuar seier at denne kommunen vil legge opp til å løyse mest mogleg sjølv. Dette seier ordførar og, men han seier vidare at det sjølv sagt er krefter i politikken som meiner noko anna. Diskusjonen har vore på om kommunen skal bygge nytt lokal medisinsk senter sjølv, eller vere i samarbeid med andre kommunar til dømes i Lærdal. Det eg har funne utifrå protokoll på kommunestyrevedtak i Sogndal er at det har vore samrøystes fleirtal for å utgreie, og søkje om midlar frå staten til lokalmedisinsk senter i Sogndal kommune. I kommunestyre den 26.04.12 kan ein lese i møteprotokoll at dei ikkje heilt er politisk samde i det nye lokalmedisinske senteret i Sogndal. Det var blant anna forslag om å utgreie andre alternativ, eller utsette saka, men fleirtalet var samde for å arbeide vidare med lokalmedisinsk senter slik saka låg føre. Ein kan lese at alle er samde om at tenestene skal samlokalisert, men ikkje kvar og korleis.

Når ikkje ramma ligg heilt til rette for gjennomføring vil prosessen bli meir politisk, det vil ikkje vere mogleg å gjennomføre samhandlingsreforma som ein administrativ prosess i Sogndal. Fordi kommunen har måtte ta ein del strategiske val i forhold til korleis helse- og omsorgstenestene skal vere i kommunen, og dette er ein del av det politiske arbeidet i kommunen. Det er politikarane som skal prioritere, og bevilge pengar, til dømes til eit nytt lokalmedisinsk senter. Administrasjon er i denne prosessen med å førebu, og komme med tilrådinga sett frå eit fagleg synspunkt, så blir det politikarane som må prioritere utifrå det som er mogleg økonomisk, fagleg og politisk å få til.

Utifrå intervju og teoretisk bakgrunn kan ein forstå kvifor prosessar blir veldig ulike i kommunane. Sjølv om både Høyanger og Sogndal kommune skal innføre samhandlingsreforma lokalt blir det ulik iverksetting, fordi kommunane hadde eit ulikt utgangspunkt. Høyanger kommune har samlokalisert sine tenester fleire år før denne reforma starta. I følgje rådmann så hadde kommunen sine politiske prosessar omkring organisering av helse- og omsorgstenester for mange år sidan. Sogndal kommune har eit anna utgangspunkt, dei har ikkje samlokalisert tenestene sine, det er litt marginalt med institusjonsplassar på sikt når ein skal etablere ø- hjelp tilbod sjølv i kommunen. Dette fører til at det politiske nivå er meir delaktige i innføringa av reforma i denne kommunen.

I høyringsfråsegnene argumenterte alle kommunane som hadde svart, utanom Lærdal kommune, at lokalmedisinske senter må vere kommunale/ interkommunale, og at ein ikkje må lage fleire forvaltningsorgan. Lærdal kommune argumenterte for at lokalmedisinske senter, og legevakt må ligge lokalisert til lokalsjukehus, for å kunne sette i verk samhandlingsreforma. Det er 135 kommunar i heile landet som er klare for å sette dette i verk. Når det gjeld samarbeid om Ø - senger og lokalmedisinsk senter er dette veldig ulikt for kommunane rundt. Leikanger som er med på felles legevakt med Sogndal kommune, er ikkje i samarbeid med Sogndal kommune om Ø- hjelp senger.

Helse- og omsorgslova (& 3-5, tredje ledd) seier at kommune har plikt til å ha eit døgntilbod for akutt hjelp til visse pasient og brukar grupper. For at ein kommune skal klare å etablere dette tilbodet er ein avhengig av ein viss storleik på folketal, og i forhold til det St.meld.nr.47 (2008-2009) seier om dette vil veldig få kommunar i Sogn og Fjordane kunne klare dette åleine, og difor blir samarbeid mellom kommunane blir framheva som ein god løysning. I interkommunale samarbeid kan ein få betre kvalitet fordi det blir større og meir robuste fagmiljø jf. Jacobsen (2010). Ser ein på dei utfordringane som både Sogndal og Høyanger kommune peika på i forhold til å rekruttere fagkompetanse så vil kanskje interkommunale samarbeid vere med å sikre dette på ein betre måte. Samhandlingsreforma har med seg ein politikk slik eg ser det at fleire oppgåver i dei små kommunane må sentraliserast, fordi kommunane ikkje klarer å ivareta det lovpålagte tenestetilbodet åleine.

## 5.2 Organisasjon og endring

Det kan vere mange ulike grunnar til at ein organisasjon går gjennom endringsprosessar jf. Kap. 3. Samhandlingsreforma medfører at kommunane får nye oppgåver og meir ansvar i forhold til pleie- og omsorgstenestene. Dette er ei endring av oppgåvene til kommunane, det blir tilført nye element i tillegg til dei oppgåvene som kommunen alt har. Dette kan medføre endring på rutinar for å løyse nye oppgåver, eller ein kan opprette nye avdelingar (Jacobsen og Thorsvik 2006). Både Sogndal og Høyanger kommune opplever at dei har fått nye oppgåver som dei skal løyse, som blant anna Ø- hjelp senger. Det at kommunane skal ha ansvar for Ø- hjelp senger frå 2016 (samhandlingsreforma) er ein type endring i forhold til dei oppgåvene og ansvar kommunane har i dag.

I følge Strand (2007) så har organisasjonane fleire oppgåver og funksjonar som må ivaretakast, og som blir ivaretekne i ulik grad og styrke. Eg har sett på korleis kommunane innfører samhandlingsreforma og vil knytte prosessane og diskutere dei i forhold til organisasjonstypene og organisasjonsfunksjonane. Leiing er ein viktig del av ein organisasjon, og leiinga har ulik moglegheit i dei ulike organisasjonstypene. Eg har ikkje hatt fokus på leiing når eg har samla informasjon om desse kommunane, og kan ikkje trekke det med meir enn generelt i forhold til organisasjonen.

I ein organisasjon er ein saman for å løyse felles oppgåver, og nå felles mål. Korleis organisasjonen er bygd opp eller sett saman er avhengig av kva felles oppgåver som skal løysast og korleis ein kan klare det på beste måte jf. Jacobsen og Thorsvik (2006). I organisasjonsteori har ein sturdert organisasjonar i mange år og sett på organisasjonane med ulikt fokus. Ein organisasjon er så kompleks og innehar vanlegvis så mange funksjonar at ein ikkje kan sjå på den som reindyrka det ein eller det andre, men det er ein del trekk som er hovudvekta i dei ulike organisasjonstypene. Strand (2007) har delt organisasjonane inn i fire ulike organisasjonstypar jf. Kap. 2, og inn under kvar organisasjonstype er det spesielle funksjonar som tek i vare organisasjonstypen. I følge Strand (2007) er har alle organisasjonar med seg dei ulike organisasjonsfunksjonane, og dei ulike delane som blir vekta meir eller mindre i organisasjonen. Eg vil vidare drøfte mine funn med korleis dei ulike organisasjonsfunksjonane er vekta i forhold til innføring av samhandlingsreforma lokalt.

### 5.2.1. Den byråkratiske organisasjonen.

I alle kommunar så råder byråkratiorganisasjonen. Kommunen er ein organisasjon som har fleire oppgåver som skal løysast som heilskap, samt at den har fleire underliggande organisasjonar som skal løyse sine spesifikke oppgåver. Oppgåvene som skal løysast i kommunen er veldig ulike, skule og barnehage har sine oppgåver, teknisk etat har sine, og helse og omsorg har sine oppgåver. Det vil seie at kommunen er ein organisasjon med fleire nivå, som har stor grad av spesialisering, med mange skrivne reglar, som i følgje Strand (2007) er kjenneteikn på byråkrati. Når det gjeld leiing i ein kommune er det formell autoritet i toppen og leiing er uttrykt gjennom organisasjonssystemet og har ei sentral rolle. I organisasjonskartet for Høyanger og Sogndal kommunen finn ein strukturen til ein byråkratisk organisasjon. Samordning i denne organisasjonstypen skjer ved at nivået over har styring med sine underlagte ledd. Det vil seie at rådmannsgruppa har styring med einingsleiarleddet, og dei har vidare styring inn i sin organisasjon som enten skule, heimeteneste, institusjon og liknande. Som overordna organisasjon har kommunen eit organisasjonskart som fortel korleis organisasjonen er oppbygd. Kommunen har ein toppleiar for administrasjonen som er rådmann, og ein toppleiar for den politiske delen av kommunen som er ordførar.

Eit anna viktig moment med organisasjonar er at dei vanlegvis er avhengig av å samarbeide med andre organisasjonar, det vil sei at ein må vere open for det som skjer utanfor eigen organisasjon. Samhandlingsreforma er eit eksempel på dette, fordi kommunane må samarbeide med sjukehus og omvendt, i forhold til pasientane sitt beste.

Samhandlingsreforma legg også føringar for kva kommunen skal ivareta av tenester, og viss ein ikkje kan klare dette i eigen organisasjon må ein kanskje samarbeide med andre.

Både Sogndal og Høyanger kommune er byråkratiske organisasjonar, som vil vere avhengig av det som skjer utanfor organisasjonen. Den funksjonen som høyrer til byråkratiet i følgje Strand (2007) er **administrasjonsfunksjon**. Slik eg tolkar mine informantar er denne funksjonen sentral når kommunen skal innføre samhandlingsreforma. Det første som krev administrasjonsfunksjonen er avtalane som kommunen skal inngå med helseføretak og sjukehus. Målet med samhandlingsreforma er blant anna å betre samhandling mellom 1. og 2 linje tenestene. Både sjukehus og kommune er byråkratiske organisasjonar, og då ein må bruke avtalar og reglar for å styre samarbeidet. I intervju seier rådmann i begge kommunar at første del av samhandlingsavtalane var prega av styring sentralt, og den enkelte kommune

hadde lite og seie. Dei første avtalane var meir generelle, og ganske like for heile landet. Dei seinare avtalar er meir knytt mot den enkelte kommune og lokalsjukehuset, og i desse avtalane opplever informantane at partane er meir likeverdige. Høyanger kommune har kun signert dei første avtalane, mens Sogndal kommune er komme eit steg lengre fordi dei har signert særavtale med sjukehus angående blant anna Ø-hjelp senger.

Avtale om Ø- hjelp senger er ein avtale som lokalsjukehuset og den enkelte kommune utarbeidar saman, og helsedirektoratet har utarbeidet ein veileder (2012); «Kommunes plikt til øyeblikkelig- hjelp tilbod», som tar opp dei ulike element som skal vurderast i høve Ø- hjelp senger. Den formelle delen av samhandlingsreforma må gjennomførast med administrasjonsfunksjonen, fordi det sikrar kontroll, orden og kvalitet, som er denne funksjonens oppgåver jf. Strand (2007).

Ansvar for nye oppgåver og korleis dei skal løysast i kommunen må gå gjennom ulike prosessar for å finne løysningar. Alle former for endringar vil medføre ueinigheit og konflikt. I Sogndal kommune har det vore ein politisk prosess i forhold til om ein skulle samarbeide med nabokommunane om lokalmedisinsk senter i Lærdal, eller om kommunen skulle bygge eit slikt senter sjølv. I intervju med ordførar så oppfattar eg at det har vore ein del politisk ueinigheit om korleis dette skulle løysas. Utifrå teori vil alle endringsprosessar medføre motstand i ein eller anna grad, dette fordi ein forsvarar noko som er kjent, og som ein opplever som riktig (Jacobsen og Thorsvik 2006). I politiske prosessar er det fleirtalet som bestemmer, som ordføraren i Sogndal presiserer, difor skal kommunen bygge sitt eige lokalmedisinske senter.

Store endringsprosessar om korleis ein skal etablere tenestetilbod i kommunen, samarbeid med andre eller ikkje, bygging av nytt senter eller ikkje, kan for mange kommunar vere utfordrande. Samhandlingsreforma er eit tema om korleis kommunane skal legge strukturen på helse- og omsorgstilbodet, og for mange kommunar vil dette medføre sterk politisk medverknad, slik både ordførar og rådmann i Sogndal kommune gir uttrykk for.

Administrasjonsfunksjonen vil vere viktig for å implementere samhandlingsreforma lokalt i kommune, i forhold til blant anna å styre arbeidsprosessar. Rådmann i Sogndal kommune seier at det utan tvil er helsereforma han har brukt mest tid på av alle nasjonale reformer, og

slik er det på nivå under rådmannen også. I følge rådmann har det har vore fleire informasjonsmøte til politikarane når det gjeld samhandlingsreforma.

I ein byråkratisk organisasjon som kommunen skal også den politiske delen av kommunen informerast, og vere med å legge premissane for innføring av samhandlingsreforma lokalt i kommunen. I ein kommune er det kommunestyre som prioritera kva som skal gjerast og korleis ein skal bruke pengar, og er eit viktig prinsipp i vårt demokrati. Administrasjonens oppgåver i ein kommune er å greie ut ulike alternativ og førebu saker for kommunestyre slik at politikarane har grunnlag for å ta eit val. God informasjon er viktig i ein demokratisk organisasjon, og det er viktig element viss ein står overfor endringar både eksternt og internt.

I Høyanger kommune har det vore mest informasjon til politikarane, og i følge informantane har det vore lite politisk engasjement i forhold til korleis kommunen skal legge til rette for samhandlingsreforma lokalt. Dette har politikarane lagt til administrasjon og fagfolk. I Høyanger kommune har det vore mindre politisk diskusjon omkring kommunen sitt nye ansvar i forhold til Ø – hjelp senger. Kommune er med i interkommunalt samarbeid med legevakta, og ser for seg at dei nye oppgåvene til Ø- hjelp senger skal vere eit interkommunalt ansvar. Utifrå teori om endringsprosessar så vil ikkje Ø- hjelp senger føre til store endringar for Høyanger kommune, fordi kommunen ikkje må organisere eller gjere noko nytt sjølv. Ved å samarbeide interkommunalt vil kommunen forlenge det samarbeide som alt er etablert, og endringane i forhold til dette tema vil vere små.

Sjølv om det ikkje er store endringa som følge av samhandlingsreforma så vil administrasjonsfunksjonen vere viktig i mange prosessar som handlar om informasjon og vedlikehald av avtalar. Endring for Høyanger kommune i dette tilhøvet må vere på samarbeidsrutinar retta mot det interkommunale samarbeidet i forhold til etablering av Ø- hjelp senger. I tillegg har Høyanger kommune samlokalisert sine teneste, og vore gjennom ein endringsfase i forhold til helse- og omsorg for mange år sidan, noko også rådmannen framhevar. Det at kommunen har lagt strukturen for fleire år sidan, medfører at det ikkje blir så store politiske prosessar av samhandlingsreforma i denne kommune.

### 5.2.2 Samarbeidet mellom sjukehus og kommune

Endringsprosessar kan vere både strukturelle og kulturelle. Nesten uansett kva endring ein gjennomfører i ein organisasjon vil den påverke kulturen. I forhold til samhandlingsreforma så har det vore ein form for avstand mellom spesialisthelsetenestene og kommunehelsetenestene. Eg vil påstå at det har vore eit ulikt maktforhold mellom 1. og 2. linje tenestene, og difor ønska eg å få vite meir korleis desse to kommunane opplevde dette i forhold til samhandlingsreforma. Også i høyringsfråsegnene frå kommunane i Sogn og Fjordane var det spørsmål omkring dette med utskrivingsklare pasientar, sidan det er spesialisthelsetenestene som er premissleverandør på kven som er ferdig behandla.

Når ein ser på bruken av sjukehus for ferdigbehandla pasientar før samhandlingsreforma starta, så er det heilt klart at dei fleste kommunar hadde sine «reglar» og kultur. Før samhandlingsreforma var det slik at kommunane hadde 10-12 dagar på seg til å finne og lage eit tenestetilbod til pasientane, før kommunen måtte betale til helseføretaket for ferdigbehandla pasientar. Eg er heilt sikker på at dette er ein av grunnane til at det i dag ligg så lite ferdigbehandla pasientar på sjukehus. Det er veldig få kommunar i Sogn og Fjordane som betaler for ferdigbehandla pasientar etter 1.1.12, medan det var veldig mange kommunar som hadde liggjande ferdigbehandla pasientar på sjukehus før 1.1.2012. Slik systemet var før samhandlingsreforma tråtte i kraft, medførte det til feilbruk av spesialisttenestene, men heilt klart ein gode for kommunane.

Denne måten å bruke sjukehus på har nok utvikla seg over tid, og det har skapt seg ein kultur for korleis ting skulle gjerast. Ein grunn til at ting har vore slik kan vere at sjukehus og kommune er byråkratiske organisasjonar. **Byråkrati** kulturen er kjenneteikna av ein hierarkisk struktur, spesialiserte oppgåver, og prega av at den er skriftleg (Strand 2007). I slike kulturar må ein lage nye retningslinjer, og reglar for korleis sjukehus og kommune skal førehalde seg til ferdigbehandla pasientar. Byråkrati kulturen krev reglar og at det er skriftleg, noko ein har fått gjennom samhandlingsreforma og dei avtalar og sanksjonar den fører med seg. Kommunane må betale etter 24 timar når ein pasient er ferdigbehandla, men for å kunne krevje denne betalinga må sjukehuset vore i kontakt med kommunen, og planlagt utskrivning av pasienten. Dette krev eit godt samarbeid frå både spesialisthelsetenestene og kommunehelsetenestene, noko som også pasientane heilt sikker vil oppleve, gjennom tilrettelagte tilbod etter sjukehus.



Når kommunane får krav om å betale for ferdigbehandla pasientar frå første dag, har dette motivert kommunane til å arbeide på nye måtar. Det vil sei at kommunane har måtte endre på lokale «reglar» og praksis. Pleie og omsorgsleiar i Sogndal kommune seier at dei var strengare med å ta imot pasientar på helg før samhandlingsreforma, men etter reforma starta har dei endra denne praksisen, og tar imot ferdigbehandla pasientar uavhengig av dag og tid. Dette trur eg ikkje var noko unikt for Sogndal kommune, men heller ein vanleg praksis for dei aller fleste kommunane i landet før 2012. Eg trur og at den praksis som Høyanger kommune hadde i høve til at legane ikkje fekk leggje pasientar inn på sjukeheim, før dei hadde vore på sjukehus, var vanleg praksis for mange kommunar i landet før 2012. Og når pasientane var komme inn på sjukehus så hadde kommunen 10-12 dagar på seg til å finne ei løysing på tenestetilbodet til pasienten. Dette har vore eit gode for kommunane, og veldig uheldig for spesialisthelsetenestene, som igjen fører til feil bruk av ressursar.

Ser ein på statistikk over ferdigbehandla pasientar på sjukehus, så hadde både Høyanger og Sogndal kommune mange fleire liggande på sjukehus før reforma starta, enn etter. Sjølv om informantane i begge desse kommunane, framheva at dei har vore «flinke» til å ta heim att ferdigbehandla pasientar frå sjukehus i fleire år, så viser statistikk at dei er blitt endå flinkare etter 2012. Dette kan tyde på at dei lokale «reglane», som omhandlar styring og kontroll i høve helsetenestene har endra seg i kommunane etter at samhandlingsreforma tråtte i kraft.

Det som undrar meg er at ikkje kommunane sjølv såg at dette var uheldig bruk av spesialisthelsetenester, og gjorde meir for å unngå denne problematikken. Viss eg forklarar dette utifrå kulturomgrepet, og ser på kva kultur som kan vere dominerande både i kommunesektoren og på sjukehus, så forstår eg at slike utfordringar kan bli vanskeleg å løyse utan styring og regleverk. Dette stemmer overeins med det Strand (2007) seier om kulturen sine tre føremål jf. Kap. 2. Føremåla er å bruke kulturen som; styringsinstrument, som motiverande og identitetsskapande, og presentasjon av organisasjonen mot omverda. Den kulturen som har vore mellom 1 og 2 andre linje tenestene har kanskje ikkje vore prega av samhandling og fellesskap, noko som har vore med å skape utfordringar for blant anna eit koordinert og godt tilbod til pasienten. Berre ordet samhandlingsreforma er med på å gi retning på kva kultur ein ønskjer skal råde innan for helse og omsorg, mellom 1 og 2

linjetenestene. Dette omgrepet gir forventningar til omverda om at ein kan forvente samhandling i helse og omsorgstenestene – som er eit av føremåla med kultur.

Kanskje samhandlingsreforma klarer å endre kulturen innan helse og omsorg, slik at kommunehelsetenestene og spesialisthelsetenestene blir meir likeverdige partar, og at avhengigheita av godt samarbeid blir viktig for begge partane. Eit godt samarbeid er veldig viktig for brukarane, slik at dei kan oppleve at behandlinga blir «saumlaus» mellom dei ulike tenestene. Kulturen er med på å påverke vår fellesskapskjensle, åtferd og sosial tilhøyring (Hovland og Øgard 2004). Gjennom intervju i desse to kommunane, så oppfattar eg at samarbeid mellom sjukehus og kommune er blitt mykje betre. Informantane seier at no veit dei om pasientane når dei er innlagt, og kan starte planlegginga mykje tidlegare. Det kan virke som ein er i ferd med å få ein samhandlingskultur.

Når kommunane har endra på korleis dei kontrollerer og styrer organisasjonen med tanke på ferdigbehandla pasientar, kan dette tyde på ei strukturell endring. Samtidig kan det vere vanskeleg å sei om ei endring er strukturell eller kulturell jf. Jacobsen og Thorsvik (2006). Men ei strukturell endring kan føre til endring i kultur, noko som eg trur har skjedd i høve samhandling mellom kommunane og sjukehus.

### **5.2.3 Ekspertorganisasjon og produsentfunksjonen**

Kommunen som overordna organisasjon er byråkratisk, men inn i denne organisasjonen finn ein fleire ekspertorganisasjonar, som helse og omsorg. I kommunen er det dei enkelte ekspertorganisasjonane som står for produksjonen av «vare og tenester». I forhold til samhandlingsreforma er eit av måla blant anna at kommunen ikkje har liggande ferdigbehandla pasientar på sjukehus. Slik eg ser det vil produsentfunksjonen vere ein viktig del av organisasjonen for å nå måla i samhandlingsreforma.

Ein produsentfunksjon i kommunen er levering av tenester. Eit mål for Sogndal kommune er at institusjonen ikkje skal vere noko bu - form for pasientar, men det skal vere ein behandlingsstad. Som vist i KOSTRA statistikk i kapittel 5 så satsar Sogndal kommune meir på heimebaserte tenester, medan Høyanger kommune har satsa på begge delar, og har stor «produksjon» på institusjon. Det kan vere ulike grunnar til at kommunane har valt å

organisere tenestetilbodet sitt på ulike måtar. Det er ikkje enkelt og seie noko om kva som er den beste løysninga, det som fungerer for ein kommune, fungerer kanskje ikkje i ein anna kommune. Korleis kommunen produserer sine tenester kan ha samanheng med mange faktorar som økonomi, tilgang på kompetanse, effektivitet og utvikling. Store geografiske avstandar er også ein faktor som kan påverkar produksjon av tenester i ein kommune.

Det er veldig tydeleg at profesjon står sterkt når det gjeld innføring av samhandlingsreforma i Høyanger kommune. Det er etablert fleire faggrupper som arbeidar med å utvikle sine områder for å tilpasse seg samhandlingsreforma. Eksempel på dette er ei gruppe som arbeidar med rehabilitering, ei gruppe som arbeidar med førebygging, og ei gruppe som arbeidar med mottak av pasientar til sjukeheim. I alle desse gruppene er det fagfolk med spesialkompetanse som er med og utviklar sine områder, slik eg forstår er helse- og omsorgssjef. I Sogndal kommune kjem det ikkje like tydeleg fram at det er fag og profesjon som implementerer samhandlingsreforma, dette handlar sjølvsagt om at kommunen held på leggje til rette «grunnmuren» for helse- og omsorgstenestene, og då er det nytt lokalmedisinsk senter som står i fokus hos alle informantane.

Kjenneteikn på ekspertorganisasjon er at ein utviklar spesiell kunnskap etter behov, og ein er i nær kontakt med etterspørsel (Strand 2007). Eit godt døme på at ein utviklar spesiell kunnskap i ekspertorganisasjonen etter behov er dette med vidareutdanning innan akuttsjukepleiar i kommune helsetenestene. Dette er ei ny utdanning som er komme som følgje av samhandlingsreforma, og som har komme i gong gjennom nært samarbeid mellom Høgskulen Sogn og Fjordane og kommunane. Kommunane gjennom pleie og omsorg spør etter meir kunnskap på dette feltet fordi den nye reforma legg opp til at kommunane skal ivareta fleire oppgåver sjølv. Både Høyanger og Sogndal kommune har satsa på å vidareutdanne sjukepleiarar innan dette fagfeltet. Dette studietilbodet er med å hevar kompetansen i kommunane, og auka kompetanse gjer kommunane meir robuste til å handtere fleire oppgåver sjølv, som Ø- hjelp senger.

Når det gjeld **ekspertorganisasjon** sin kultur er den prega av spesiell kunnskap som ein utviklar etter behov, tett kontakt med etterspørsel. Språket er spesialisert og ekskluderande utanfor organisasjonen, og det er gjerne fleire sub kulturar innan same organisasjon. Denne

kulturen har også symbolkultur i form av tittel, kle/ utstyr som til dømes legar og sjukepleiarar (Strand 2007). Typiske organisasjonar som er utprega i denne ekspertorganisasjonskulturen er sjukehus, helsetenester og pleie og omsorg, noko som kanskje er grunnen til at samarbeidet internt går veldig bra, medan det er meir utfordrande eksternt.

Kulturen til pleie og omsorg har vore å behandle pasientar. Skal ein klare å arbeide mot målet i samhandlingsreforma om å redusere og førebygge helseskadar, så må ein samarbeide med fleire instansar internt i kommunen. På sikt skal eit godt førebyggande helsearbeid gi resultat i betre helse, og mindre bruk av helsetenester. Klarer ein å få til dette vil det og bety betre økonomi for kommunane på lang sikt.

#### **5.2.4 Entreprenørorganisasjonen og entreprenørfunksjonen**

I kommunane finn ein ikkje typiske entreprenørorganisasjon, fordi det som er karakteristisk for denne type organisasjon er lite fast struktur. Men ein organisasjon kan og bør ha litt av entreprenørfunksjonar i sitt system, fordi dette er den funksjonen som tar utfordringar for omgjevnadane rundt. Alle organisasjonar er avhengig av verda rundt også den byråkratiske kommunen. I følge Strand (2007) er verdiane til entreprenørfunksjonen innovasjon, tilpassing og endring. Når kommunane skal innføre samhandlingsreforma lokalt vil desse funksjonane vere veldig viktig. Ein må tenkje nytt og utvikle organisasjonen internt, og for å få det til må ein gjennomføre endring og tilpassing. Leiing i denne type organisasjon blir ofte kalla strategisk leiing.

Det var ikkje så lett å få auge på entreprenørfunksjonen i desse to kommunane med det første, fordi den trer ikkje så klart fram som produksjon - og administrasjonsfunksjonen. Men etter å ha arbeidd med datamaterialet frå intervjurunden og ser det i samanheng med teori, så finn eg mange trekk i begge kommunane som kan handle om entreprenørfunksjonen. På spørsmål om utfordringar i forhold til samhandlingsreforma seier rådmannen i Sogndal kommune;

*«viss vi ser på samhandlingsreforma, så har vi frå dag ein valt å ta det som ein spennande utfordring. Me har ikkje lagt oss tilbake og tenkt at dette går over, og tilpasse oss når vi må. Dette vil vi vere med på, og vi vil vere i forkant»*

Også dei andre informantane seier at dei ser på samhandlingsreforma som ei spennande utfordring som ein vil vere aktiv mot, og ikkje vente for å sjå kva som skjer. Denne informasjonen tolkar eg som at leiinga i kommunen er aktivt retta mot verden rundt, og vil vere med å endre seg i forhold til det som skjer. Kommunen sitter ikkje ventar og ser på kva andre gjer, men planlegg og setter i verk tiltak som er retta mot samhandlingsreforma tidleg i prosessen. Dette kan tyde på at leiinga i kommunen også har leiing som er påverka av entreprenørskap = E i PAIE modellen (Strand 2007). Eit døme på dette er at Sogndal kommune har starta med Ø- hjelp senger, og skal bygge lokalmedisinsk senter. Kommunen er ein av dei første i Sogn og Fjordane som har klart å etablere Ø- hjelp senger første året samhandlingsreforma har vore satt i verk. Dette vitnar om at kommunen har komme i gang med planlegging av samhandlingsreforma tidleg i prosessen og lagt sin strategi for innføringa.

Når Sogndal kommune har valt å satse på eige lokalmedisinsk senter kan det vere veldig framtidsretta for denne kommunen. Viss kommunen ikkje hadde tatt dette valet, ville kommunen kanskje ikkje kunne fortsette med dei tenestene dei alt har i dag i følgje ordføraren. Vidare seier han at Sogndal kommune er den del av Indre Sogn region det bur mest folk i, og det er den kommunen i Indre Sogn som har størst forventta folkevekst. Når nye tilbod skal etablerast er dette også viktig å ta høgde for. I følgje Bukve og Offerdal (2002) så har den administrative leiinga stor påverknad i forhold til å bremse eller sette i gong prosessar. Slik eg oppfattar leiing i Sogndal kommune så er både den administrative og den politiske leiinga veldig aktiv i å gjennomføre endringar i kommunen i forhold til samhandlingsreforma.

Eit anna døme på at Sogndal kommune har entreprenørfunksjon i sin organisasjon er den tenkinga kommunen har når det gjeld institusjon/sjukeheim. Institusjon i Sogndal kommune skal vere ein behandlingsstad og ikkje bu – stad, noko alle informantane framheva. Dette ser eg på som ei spennande organisering som kanskje kan vere meir framtidsretta enn ein institusjon som bu - stad. Ser ein på KOSTRA tal for institusjonsplassar så er Sogndal kommune ganske unike, det er ikkje andre kommunar i Sogn og Fjordane som har so liten andel sjukeheimplassar, og snittet ligg langt under landet. Dette vel eg å sjå på som E - entreprenør i PAIE modellen til Strand (2007), enten det er for å tilpasse kommuneøkonomien, eller det er tilpassing for framtida og presset på helsetenestene.

Kommunen sine mål med denne organiseringa er ikkje noko nytt som er gjennomført med samhandlingsreforma, men noko kommunen har arbeida me lenge slik eg forstår informantane. Ordføraren seier at dette valet gjorde kommune for fleire år sidan og det var eit bevisst val å satse meir på omsorgsbustader enn utbygging av sjukeheimsplassar. Valet er tatt på faglege vurderingar, og ordførar seier at den tenesta som blir gitt i omsorgsbustad vil vere meir tilpassa hjelpebehovet til den som bur der har, og dette tilbodet er mykje gunstigare. Ser ein på KOSTRA tal så viser dei også at institusjonsplassar kostar meir enn heimebaserte tenester.

Sitat ordførar;

*«Me kunne sikkert hatt 100 sjukeheimsplassar og hatt folk i dei, altso flytta folk frå omsorgsbustader og inn på sjukeheimeplassar, men då ville me ikkje hatt pengar att til å yte ein del av dei tenestene som me har i dag, ikkje minst den sterke heimebaserte tenesta.»*

Om dette er strategisk val i forhold til å få ned kostnad på pleie- og omsorgstenester i framtida, eller eit val kommune har gjort fordi økonomien er stram er ikkje enkelt å seie, men i forhold til samhandlingsreforma sin intensjon er dette framtidsretta i forhold til fleire delar av St.meld. nr 47 (2008-2009). Kommunen brukar institusjon aktivt i forhold til behandling, avlastning og rehabilitering, og einingsleiar i heimebasert teneste seier at det ikkje er noko problem å få pasientar inn på institusjon når heimetenestene sitt tilbod ikkje strekkjer til. Eg trur kanskje ordføraren i Sogndal kommune har eit poeng når han seier at dei kunne fylt opp hundre plassar utan problem, og heilt sikkert hatt behov for fleire, men at det kanskje ikkje er løysninga på framtidens utfordringar.

Høyanger kommune har og gjort fleire grep som viser at entreprenørfunksjonen er til stade i organisasjonen. Eit døme på dette er endringar i eigen organisasjon i forhold til samarbeid internt. For å utvikle dette har kommunen blant anna trekt med oppvekst inn i det koordinerande teamet. Dette er eit veldig framtidsretta tiltak, spesielt viss ein skal tenkje førebyggand helsearbeid og samarbeid på tvers av profesjon i forhold til yngre brukarar. Det å kunne tenkje tverrfagleg samarbeid på tvers i organisasjonen vil vere viktig framover, ting

heng saman, frå «vogge til grav». **Entreprenørorganisasjon** sin kultur er prega av utradisjonelle idear, fokusert tankesett, lite symbol, er aktivt presentert og retta mot utanom verda (Strand 2007). Denne type organisasjonskultur kan vere viktig når kommunane skal arbeide mot eit anna av hovudmåla i samhandlingsreforma – det helseførebyggande arbeidet. Skal kommunane klare dette må ein kanskje endre på samarbeidskulturen i heile kommunen. Førebyggande helsearbeid er ikkje noko som helse, eller pleie og omsorg skal drive med, men heile kommunen.

Høyanger kommune har hatt ei gruppe som har arbeida med det førebyggande perspektivet i forhold til kommunens helsetenester, og samhandlingsreforma. Denne gruppa har arbeida fram eit nytt tilbod i kommune som er diabetessjukepleiar. Ved at kommunen har diabetessjukepleiar på legekantoret, kan denne personen følgje opp folk i kommunen slik at dei slepp å reise til Førde på sjukehuset for oppfølging. Prosjektet har kommunen fått til gjennom godt samarbeid med Helse Førde, og diabetesteamet der. Rådmann i Høyanger kommune seier at: *«Det som er bra med reforma, er at den legg opp til at mest mogleg skal skje lokalt»*. Dette viser at kommunen er kreativt retta inn mot omverda, og ikkje minst framtidsretta med tanke på samhandlingsreforma. Dette tilbodet kan ein og diskutere opp mot både entreprenør – og produsentfunksjonen i ein organisasjon. Slike tilbod kan motverke sentralisering, og vere med å gi gode tilbod i nærleiken av brukarane.

#### 5.2.5 Integrator funksjon

Begge kommunane har denne funksjonen i sin organisasjon, sjølv om kommunen ikkje akkurat er ein gruppeorganisasjon, slik me forbind med eit fotballag. I følgje Strand (2007) så er integratorfunksjonen dominerande i ein gruppeorganisasjon, og er den rolla som handlar om å byggje fellesskapet. Ulike grupper som er organisert i kommunane kan og vere med å legitimere det som blir bestemt, og ein kan motverke problem. I ein kommune er det ikkje alt som kan løysast innanfor formelle og strukturelle system, fordi det vil vere menneske og sosiale komponentar som kan skape problem eller ligge som ubrukte ressursar.

Gjennom intervjurunden fekk eg mest opplysningar frå Høyanger kommune i forhold til gruppearbeid i organisasjonen, i samband med innføring av samhandlingsreforma. Eg spurte ikkje spesifikt etter prosjektgrupper, og det kan vere grunn til at eg har fått mindre opplysningar om dette frå Sogndal kommune. Høyanger kommunen har etablert fleire grupper

som arbeidar med ulike tema i forhold til samhandlingsreforma. Ei stor samhandlingsgruppe som arbeidar meir overordna med informasjon og gjennomgang av ulike avtalar i forhold til samhandlingsreforma. Denne gruppa er delt inn i mindre grupper som arbeidar med sine tema, for å finne ut korleis kommunen kan bli betre innanfor dei ulike områda i samhandlingsreforma. Ei gruppe arbeidar med rehabilitering, ei med førebyggjande perspektiv, og ei med samhandling mellom kommunen og sjukehus. Desse gruppene kan ein kalle prosjektgruppe som er døme på integratorfunksjonen i følgje Strand (2007). Gjennom slike prosjektgrupper kan organisasjonen sikre at ein får brukt alle ressursane i organisasjonen.

Det som var interessant i begge kommunane var at ein snakka om det interne samarbeidet i kommunen. Både i Sogndal og ikkje minst i Høyanger kommune håpar ein at koordinering av teneseter ville føre til betre samhandling lokalt. Dette er ei anna side av samhandlingsreforma som ikkje blir diskutert så mykje, men som er viktig. Samhandling innan pleie og omsorg opplevde alle informantane i begge kommunane som bra, men samtidig opplever dei at det interne samarbeidet i kommunen har eit utviklingspotensiale. Dette er noko begge kommunane ser på som ei utfordring i forhold til samhandlingsreforma.

Gjennom integratorfunksjonen kan ein klare å ta i vare slike oppgåver som handlar om samarbeid i grupper, som tverrfaglege grupper. Både Høyanger og Sogndal kommune har oppretta/ og har frå tidlegare ulike grupper innan for pleie og omsorg. Døme på dette er tiltaksteam og koordinerande einig, som er tverrfagleg samansett grupper som har til oppgåve å vurdere kva tenestetilbod brukarane skal få i kommunen, som sikrar eit heilskapleg og godt tenestetilbod til dei som treng det. Eit tverrfagleg team vil sikre gode vurderingar fordi det er fleire personar med ulike ressursar som arbeidar saman for å sikre eit godt resultat, samtidig vil eit slikt team legitimere det som blir bestemt jf. Strand (2007).

Eit av måla for samhandlingsreforma er å betre det koordinerte tilbod til brukarar og pasientar. Når regjeringa la samhandlingsreforma ut på høyringa var dette med koordinering eit av punkta regjeringa ønska tilbakemelding på. I høyringsfråsegnene til kommunane i Sogn og Fjordane var alle kommunane positive til å skape gode pasientforløp, og at dette skulle styrast frå kommunen. Tilbakemeldinga var og at det er utfordrande å organisere og samordne



ulike tenester, og etablere funksjonell organisering i den enkelte kommune. Når kommunen skal ha ansvaret for å koordinere og legge til rette for gode pasientforløp, vil dette også medføre endring i organisasjonen.

Både Høyanger og Sogndal kommune har i løpet av 2012 oppretta ei koordinerande eining som følgje av samhandlingsreforma. Denne endringa vil meir omhandle endringa av oppgåver, nye mål og strategiar i forhold til å betre pasientforløpet. Dette er ei endringa som meir vil påverke korleis arbeidsoppgåver blir fordelt, og korleis ein kontrollerer og styrer denne aktiviteten (Jacobsen og Thorsvik 2006). Slik eg oppfatta det når eg intervjuar i desse to kommunane, så var det store forventningar til den nye koordinerande eininga, og ingen motstand. Denne endringa er meir ei naturleg utvikling som har vore omdiskutert over tid, fordi ein har sett at koordinering og samhandling mellom tenester er utfordrande, og denne endringa blir meir ein reaksjon på forhold som alt har forandra seg.

### 5.3 Oppsummering

Eg har sett på korleis desse to kommunane arbeider i sin organisasjon for å møte samhandlingsreforma. Eg har brukt funn frå intervju og sett på det i samheng med Strand (2007) sin teori om dei ulike organisasjonstypene og organisasjonsfunksjonane. Gjennom dette arbeidet har eg funne at både Høyanger og Sogndal kommune innehar alle fire funksjonane i sin organisasjon i større eller mindre grad. Det som er avgjerande for kva organisasjonstype som er mest vekta er kva situasjon organisasjonen er i. Er det store endringar som påverkar organisering som struktur og økonomi vil det krev mykje av administrasjonsfunksjonen. Er endringane i organisasjonen retta på tenesteutøving vil produsentfunksjonen vere mest vekta. Samhandlingsreforma er ny i kommunane, og for å implementere denne i organisasjonen kan fokus på integrasjonsfunksjonen vere eit godt verkemiddel. Denne funksjonen handlar om å byggje fellesskap, drive lagarbeid og arbeide for heilheita. Eg finn entreprenørfunksjonen i begge kommunane. Ein grunn til dette kan vere samhandlingsreforma sine økonomiske insitament. For å unngå unødvendige utgifter i kommunane, og oppretthalde eksistens må ein ha fokus på entreprenørfunksjonen.

I forhold til Høyanger og Sogndal kommune er organisasjonsfunksjonane ulikt vekta, noko som er naturleg fordi kommunane er i ulike situasjonar. I Sogndal kommune er administrasjonsfunksjonen høgt vekt når det gjeld innføringa av samhandlingsreforma. I

Høyanger kommune kan det verke som integratorfunksjonen står veldig sentralt ved innføring av denne reforma. Men ingen organisasjon har berre den eine eller den andre organisasjonsfunksjonen med seg.

## 6.0 KONKLUSJON

Problemstillinga i denne studien er; «Korleis blir samhandlingsreforma faktisk møtt og utforma i kommunane? Er utfordringa og iverksetjinga den same, eller varierer den mellom kommunane og kvifor?».

### 6.1 Samhandlingsreforma sitt møte med kommunane.

Samhandlingsreforma har fått eit positivt møte med Høyanger og Sogndal kommune. Alle informantane eg har snakka med trur at denne reforma kan medføre endringar som er positive, både for pasientar og tenestetilbodet i kommunen. Det skjer mykje førebuing og utvikling av samhandlingsreforma lokalt i desse kommunane. Samtidig blir det peika på utfordringar med nye oppgåvene og tilboda som kommunen skal ivareta, som blant anna krev tilgang på kompetanse og økonomi.

Når det gjeld utfordringar så seier informantar frå begge kommunane at kompetanse, og tilgang på helsepersonell vil bli ei stor utfordring framover. Høyanger kommune har utfordring i høve sjukepleiarkompetanse, mens Sogndal kommune har utfordringar i høve helsefagarbeidar. Ein grunn til at desse to kommunane har ulike utfordringar i høve kompetansen kan vere at Høgskulen i Sogn og Fjordane ligg i Sogndal, som kan gi betre tilgang på høgskulepersonell som vernepleiar. Sjukepleiarutdanninga ligg i Førde, mens vernepleiarutdanninga litt i Sogndal. I tillegg har kanskje Sogndal kommune betre tilgang på personell fordi kommunen er større, er eit regionsenter med meir tilbod. Begge kommunane har satsa på vidareutdanning av sjukepleiarar som ledd i kompetanseheving i høve samhandlingsreforma. Det kan virke som eit godt samspel mellom kommunane i Sogn og Fjordane sitt behov for kompetanse, og det tilbodet Høgskulen i Sogn og Fjordane tilbyr.

#### 6.1.1 Innføring av samhandlingsreforma lokalt i kommunane blir ulik.

Ein årsak til dette er statusen på helse- og omsorgstenester i kommunen før samhandlingsreforma tråtte i kraft, ei anna årsak er folketal i kommunen. Funn i studien viser at desse to kommunane har ulikt utgangspunkt når samhandlingsreforma skal innførast, og det medfører ulike iversettingsprosessar. Høyanger kommune har lagt til rette for eit samlokalisert helse- og omsorgstilbod for mange år sidan. Høyanger kommune er med i eit

interkommunalt samarbeid om legevakt, og vil mest truleg utvide dette samarbeidet til å omhandle Ø- hjelp senger også. Utforminga av samhandlingsreforma i Høyanger kommune fører ikkje til store diskusjonar, fordi dei store linjene når det gjeld helse- og omsorgstenester er på plass. Innføring av samhandlingsreforma handlar mest om å utvikle det førebyggande arbeidet i kommune, og klare å ta imot ferdigbehandla pasientar i tide. Dette fører til liten politisk involvering, noko informantane også gir uttrykk for. Iverksetting av samhandlingsreforma i Høyanger kommune er prega av liten konflikt og uklårheit, og i følge Matland (1999) sin tabell om innføring av offentleg politikk vil iverksettinga bli mest administrativ.

I Sogndal kommune har iverksetting av samhandlingsreforma vore prega av større diskusjon, spesielt i forhold til om kommunen skulle samarbeide mot eit lokalmedisinsk seter i Lærdal, eller om kommunen skulle bygge sitt eige. Samarbeid om enkelte av dei nye tilboda har og vore eit alternativ. I tillegg så har Sogndal kommune behov for samla sine tenester på eit område, behov for å utvide og betre lokala for sine helse- og omsorgstenester. Dette har ført til at iverksetting av samhandlingsreforma i Sogndal kommune har vore prega av låg uklårheit og stor konflikt (Matland 1995), noko som fører til politisk iverksetting. Sjølv om lokalmedisinsk senter er sentralt i Sogndal kommune si innføring av samhandlingsreforma, så arbeidar dei også med å utvikle det førebyggande arbeidet i kommunen, og helse- og omsorgstilbodet.

### **6.1.2 Endringsprosessar**

Samhandlingsreforma har ført til endringsprosessar i desse to kommunane. Det har skjedd endringar på struktur, kultur og utvikling av tenestetilbod lokalt. Alle informantane framhevar at samarbeidet mellom sjukehus og kommune har endra seg, det har blitt ein betre samhandlingskultur. Også samhandlingsskulturen internt i kommunen har behov for å bli betre i følge begge rådmennene. For å utvikle dette har både Høyanger og Sogndal kommune oppretta koordinerande eining dette året, noko som også er i tråd med føringar i St.meld. nr 47 (2008-2009). Begge kommunane har etablert nye tilbod, som Ø- hjelp senger i Sogndal kommune, og diabetessjukepleiar i Høyanger kommune. Mi oppleving etter intervju i desse to kommunane er at det skjer mykje i høve utvikling av helse- og omsorgstilbodet lokalt i kommunane.

### 6.1.3 Organisasjonsfunksjonar

Kommunane er byråkratiske organisasjonar og administrasjonsfunksjon er sentral i styring av organisasjonen. Når eg har studert desse to kommunane nærmare finn eg utfordringar i høve til alle dei fire organisasjonsfunksjonane som Strand (2007) brukar. Når det gjeld innføringa av samhandlingsreforma lokalt er administrasjonsfunksjon viktig i begge kommunane, men meir sentral i Sogndal kommune. Grunnen til at administrasjonsfunksjonen kjem meir tydeleg fram i Sogndal er at kommunen skal gjennomføre større endringar lokalt, som vil påverke organisering, struktur og økonomi.

Begge kommunane har integratorfunksjonen med når dei skal innføre samhandlingsreforma, og eit døme på dette er tverrfaglege grupper. Men integratorfunksjonen er meir sentral i Høyanger kommune, og det kjem tydeleg fram i frå alle intervju at det føregår mange ulike gruppesamarbeid.

Begge kommunane arbeidar med utvikling av tenestetilbod, og av den grunn er produksjonsfunksjonane sentrale i utforminga. Produsentfunksjonen er den delen av organisasjonen som er oppteken av å nå mål. Eit av måla for begge kommunane er å handtere ferdigbehandla pasientar, slik at dei ikkje blir liggande på sjukehus og kommunen må betale. Dette har begge kommunane klart så langt i reforma, dette viser også at økonomiske insitament kan motivere til endring i kommunen. Slike verkemiddel kan også vere pådrivar for at kommunen skal tenkje nytt og kreativt i høve sitt tenestetilbod. Entreprenørfunksjonen står for blant anna innovasjon, tilpassing og endring, og den kan ein finne i begge kommunane, sjølv om den er mindre «synleg». Eg trur entreprenørfunksjonen er eit viktig element for ein organisasjon viss den skal overleve. Skal små kommunar overleve som eigen kommunar, må ein kanskje vere meir bevisst denne funksjonen i ein organisasjon

### 6.2 Problemstillingar som kan vere tema for ny forskning

I store kommunar vil samhandlingsreforma heilt sikkert føre til eit betre tenestetilbod til brukarane. Eg er litt meir usikker på om det vil vere resultatet for dei mange små kommunane i Sogn og Fjordane. Desse kommunane vil vere avhengig av interkommunale samarbeid, noko som kan føre til at tenestetilbodet lokalt kanskje ikkje blir betre. For mange innbyggjarar i Sogn og Fjordane vil dei lokalmedisinske senter vere like langt vekke, etter

samhandlingsreforma tråtte i kraft, som tidlegare. Ei fare med samhandlingsreforma slik eg ser det, kan vere ei sentralisering av tenestilbodet, som i verst høve vil medføre eit dårlegare tilbod lokalt i kommune, på linje med det som har skjedd i forhold til NAV- reforma jf. Fimreite og Lægreid (2008). Dette vil tida vise.

Mange kommunar må samarbeide interkommunalt for å løyse det lovpålagte tilbodet om akutt døgntilbod til pasientar, som Ø- hjelp senger. I forhold til det Jacobsen (2012) seier om dei positive effektane interkommunale samarbeid kan ha i forhold til effektivitet og kvalitet, kan dette vere positivt for kommunane. Interkommunale samarbeid om Ø- hjelp senger kan gi større og meir robuste fagmiljø, som kanskje dei enkelte kommunane kan nytte seg av lokalt. Eller det kan føre til at kommunar som opplevde rekruttering på fagkompetanse som utfordrande før samhandlingsreforma, vil få endå større problem fordi dei med kompetanse søker til større fagmiljø, som eit lokalmedisinsk senter, og ikkje ut i små kommunar der fagmiljøet er lite. Korleis samhandlingsreforma utviklar seg vil bli spanande å følgje framover, og eg trur det kan komme veldig mykje bra ut av denne reforma i høve framtidige helse – og omsorgstenester.

## Litteraturliste

Andersen, S (1997). *Case – studier og generalisering. Forskningsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget

Baldersheim, H og Rose LE (2005). *Det kommunale laboratorium*. Bergen: Fagbokforlaget. Kapittel 11 av Audun Offerdal.

Bukve, O (2001). *Kommunal forvaltning og planlegging*. Oslo: Det Norske Samlaget

Bukve, O og Offerdal, A (2002). *Den nye kommunen*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Fimreite, AL og Lægreid, P (2008). *Byråkrati og partnerskap hånd i hånd? Om samfunnsutfordringer i NAV*. Bergen: Rokkansenteret Notat 4-2008.

Gilje, N og Grimen H(1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget

Grønmo, S (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D og Thorsvik, J (2006). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og leiing*. Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D, Kvelland, E, Kiland, C & Gundersen, F (2010). *Evaluering av interkommunalt samarbeid etter Kommunelovens § 27 - omfang, organisering og virkemåte*. Oslo: Kommunal- og regionaldepartementet.

Hallandvik, J (2002). *Helsetjenester og helsepolitikk*. Oslo: Gyldendal.

HELFO Fastlegeordning. Oslo: Helseøkonomiforvaltningen. Henta den 5.3.13 frå: [www.helfo.no](http://www.helfo.no)

Helsedirektoratet. *Styringsdata om kommunenes bruk av somatiske sykehus tjenester*. Oslo. Henta den 24.01.13 frå: [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Helsedirektoratet (2012). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*. Veiledningsmateriell. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet november 2012*. Oslo: Helsedirektoratet

Helse Førde/KS (2012). *Kunnskapsbank for samhandling mellom kommunane i Sogn og Fjordane og Helse Førde*. Henta 26.01.13 frå: [www.samhandlingsbarometeret.no](http://www.samhandlingsbarometeret.no)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Høringen om fremtidens helse- og omsorgstjenester*. Oslo. (høyringsfråsegner).  
Henta 20.10.12 frå: <https://fremtidenshelsetjeneste.regjeringen.no/alle-innsendere/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstenester*. Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelselova)*. Oslo.

Høyanger kommune. *Møteplan*. Henta den 12.12.2012 frå:  
[www.hoyanger.kommune.no](http://www.hoyanger.kommune.no)

Kaufmann, G og Kaufmann, A (2003). *Psykologi i organisasjon og leiing*. Oslo: Fagbokforlaget.

Kommunal- og regionaldepartementet (1992). *Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven)*. Oslo.

Kommunal- og regionaldepartement (2011, 8.04.11). Pressemelding: *Samhandlingsreforma – meir ansvar til kommunane*. Oslo. Henta 22.10.12 frå:  
<http://www.regjeringen.no/nn/dep/krd/pressemeldingar/2011/samhandlingsreforma--meir-ansvar-til-kom.html?id=639901>

Levin, M og Klev, R (2002). *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Matland, R. E. (1995). *Synthesising the Implementation Literature: The Ambiguity –conflict Model of Policy Implementation*.



Meld. St. 16 (2010 -2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011 -2015)*.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

NRK Sogn og Fjordane Fylkesleksikonet. *Sjukehusutbygginga i Sogn og Fjordane*. Sogn og Fjordane, henta 10.11.12 frå:

[http://www.nrk.no/sf/leksikon/index.php/Sjukehusutbygginga\\_i\\_Sogn\\_og\\_Fjordane](http://www.nrk.no/sf/leksikon/index.php/Sjukehusutbygginga_i_Sogn_og_Fjordane)

Offerdal, A (1999) *Den politiske kommunen*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Proposisjon til Stortinget 91L (2010-2011): *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Forslag til lovvedtak)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Ringdal, Kiristen (2009). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ Metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Risa, K (2008). *Vil NAV nå sine mål?* Plan 04/2008 Tidsskrift på nett. Universitetsforlaget.

Rørvik, K. (2007). *Trender og translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schön, DA (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Forlaget Klim, dansk utgåve.

Sogndal kommune. *Møtekalender og sakspapir*. Henta 12.12.2012 frå:

[www.sogndal.kommune.no](http://www.sogndal.kommune.no)

Statistisk sentralbyrå (2012). *Nøkkeltal KOSTRA- Kommune-Stat-Rapportering*. Henta 26.10.12 frå: [www.ssb.no](http://www.ssb.no)

Strand, T (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Oslo: Fagbokforlaget

St.meld.nr 47 (2008- 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Thagaard, T (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.*  
Bergen: Fagbokforlaget.

Øgard, P og Hovland, T (2004). *Mellom kaos og kontroll. Leiing og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

## **Vedlegg**

- 1. Informasjon til informantar om studien**
- 2. Informert samtykkje**
- 3. Intervjuguide**
- 4. Meldeskjema**

## Vedlegg 1.

### Informasjon til informantar om studien

Til

Informant

Mitt namn er Helga Irene Ellingsen og eg er student på Høgskulen Sogn og Fjordane, masterstudie «Organisasjon og leiing» på avdeling for økonomi, leiing og reiseliv. Til dagleg arbeidar eg som einingsleiar ved Masfjorden Sjukeheim. Eg er utdanna sjukepleiar.

Tema for studien er; **Samhandlingsreforma**

Problemstillinga er; **Samhandlingsreforma – ei utfordring for kommunane?**

*«korleis blir prosessane styrt i kommunen, er det politikarar, eller er det fagfolk som er premissleverandørar»*

For å kunne gjennomføre studiet treng eg kvalitative data, og eg ønskjer difor å intervju politikarar, leiarar i pleie og omsorg og administrasjon i din kommune.

I studien ønskjer eg å få kunnskap korleis din kommune førebur seg på samhandlingsreforma og korleis reforma blir utvikla lokalt i kommunen. I den forbindelse ønskjer eg å sjå på to ulike aktørgrupper sin rolle i denne prosessen, politisk og administrativt – fag.

Eg har vore i kontakt med ..... og fått lov å gjennomføre desse intervju i din kommune, og ho har hjelpt meg med å finne aktuelle informantar i kommunen. Deltaking i studien betyr at du er villig til å la deg intervju av underteikna. Intervjuet vil ha ein varigheit frå ein til ein og ein halv time, og vil forgå på din arbeidsplass. Intervjua blir tatt opp på lydband, og alt datamateriale (lydband og tekstutskrift) blir anonymisert og trygt lagra. Alt datamateriale frå intervju blir sletta ved prosjektslutt, den 31.12.2012. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD).

Min rettleiar er professor Oddbjørn Bukve, Høgskulen i Sogn og Fjordane

## Vedlegg 2

### Informert samtykkje

Eg gjev med dette samtykke til å vere informant i studiet til Helga Irene Ellingsen, som har tema:

«Samhandlingsreforma – ei utfordring for kommunane?

Korleis blir prosessane styrt i kommunen, er det politikarar eller er det fagfolk som er premissleverandør»

Eg er kjend med at føremålet med studiet er å få innsikt i korleis samhandlingsreforma blir utforma i kommunen. Eg har fått informasjon om metode og innhald i prosjektet.

Eg gjev løyve til at mine data, anonymisert, vert nytta i forskingsarbeidet, og at dei kan offentleggjerast gjennom publisering av masteroppgåva.

Eg gjev mi godkjenning til intervju, og at samtala vert teken opp på lydband eg er informert om korleis data vert lagra og sikra. Dersom eg ynskje å trekke meg som informant, skal mine data ikkje nyttast i det vidare studiet.

Signatur.....stad/dato.....

### **Vedlegg 3**

#### **Intervjuguide**

Innleiing: Demografiske data;

1. Kor lenge har du vore i stillinga?
2. Alder?
3. Kva yrkeserfaring har du?
4. kva utdanning?

Eg ønskjer å vite litt om din bakgrunn i politikk/administrasjon.

Kommune bakgrunn;

5. Korleis er pleie- og omsorgs tenestene organisert i dag?
6. Kva har vore spesielle utfordringar i forhold til pleie og omsorg for din kommune?
7. Har ein nok institusjonsplassar? Korleis er heimetenestene?
8. Tverrfagleg samarbeid – korleis er det organisert?
9. Kva utfordringar opplever kommunen i forhold til samhandling med sjukehuset?
10. Korleis er rekruttering av fagpersonell innan pleie og omsorg?
11. Korleis er legedekning i kommunen?
12. Korleis er kommuneøkonomien?

Eg ville ha starta alle spørsmåla med stor bokstav!

Ønskjer å finne ut litt meir om kva som kan vere kommunen sine sterke sider, og kva som kan vere utfordringar i høve ei ny reform.

Lokal kunnskap om samhandlingsreforma;

13. Kva veit du som samhandlingsreforma?
14. Kvar har du fått informasjon om samhandlingsreforma frå?
15. Veit du om din kommune med å gi innspel på høyringsuttalar i forkant av samhandlingsreforma?
16. Kva var viktige innspel frå din kommune til desse høyringane?
17. Syns du kommunen sine fråsegn tok opp dei viktige problemstillingane i samband med reforma?

Kven er premissleverandør?

18. Korleis er dei politiske aktørane involvert i utforming av samhandlingsreforma lokalt?
19. Korleis er fagfolk og administrasjon med å utformar reforma lokalt?

Kvar føregår diskusjon omkring utfordringar og planlegging av samhandlingsreforma?

Kva ser kommunen som dei største utfordringane i forhold til reforma?

20. Kva nye oppgåver tenkjer kommunen å løyse lokalt?
21. Kva skal eventuelt løysast interkommunalt og kva skal ein samarbeide med helseføretaket om?
22. Er tilsette i di avdeling inkludert i diskusjon omkring kva reforma vil seie for kommunen og tenestene framover? (for politikar – ditt parti/ formannskap/kommunestyre)
23. Kva tema i samhandlingsreforma blir diskutert?
24. I kva grad har du sjølv vore involvert i drøftingar og planlegginga av reforma?
25. Kan du vurdere det som er gjort so langt?

Førebuing av samhandlingsreforma;

26. Har du oppleving av at kommunen har/ gjer førebuingar som er retta mot samhandlingsreforma?
27. Kva og korleis gjennomfører kommunen desse førebuingane?
28. Vil kommunen gjere/ har gjort endringar i forhold til reforma. Som strukturelle eller kulturelle? (kulturelle kan vere endring av samarbeid internt i kommunen).
29. Er det planar om utviding/ endring av den kapasitet kommunen har i dag t.d ny bygg /lokale.
30. Har kommunen tankar/ planar om korleis ein skal løyse akuttsenger fram mot 2016?
31. Korleis vil kommunen sikre kompetanse og opplæring framover?
32. Har kommunen tilsett nye personar/ oppretta nye stillingar i samband med reforma?
33. Har kommunen laga nye prosedyrar i forhold til reforma?
34. Har kommunen fått samhandlingsreforma inn i helse/ pleie /omsorgsplanar?

## Vedlegg 4

### **MELDESKJEMA**

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt

(jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

#### 1. Prosjekttittel

Tittel Samhandlingsreforma - ei utfordring for kommunen?

#### 2. Behandlingsansvarlig institusjon

Institusjon Høgskulen i Sogn og Fjordane Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.

Avdeling/Fakultet Avdeling for samfunnsfag Institutt

#### 3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)

Fornavn Oddbjørn Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet.

Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt.

Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig.

Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.

NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.

Etternavn Bukve

Akademisk grad Doktorgrad

Stilling Professor

Arbeidssted Høgskulen i Sogn og Fjordane

Adresse (arb.sted) pb 133

Postnr/sted (arb.sted) 6851 Sogndal

Telefon/mobil (arb.sted) 57676305 / 49054368

E-post oddbjorn.bukve@hisf.no

#### 4. Student (master, bachelor)

Studentprosjekt Ja ● Nei ○ NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.

Fornavn Helga Irene

Etternavn Ellingsen

Akademisk grad Lavere grad

Privatadresse Sognefjordvegen 430



Postnr/sted (privatadresse) 5961 Brekke  
Telefon/mobil 90504949 /  
E-post helga.ellingsen@masfjorden.kommune.no

#### 5. Formålet med prosjektet

Formål Eg ønskjer å sjå på korleis kommunar utformar samhandlingsreforma internt.

Problemstilling; Korleis blir prosessane styrt i kommunen, er det politikarar eller er det fagfolk som er premissleverandør?

Ønskjer å sjå på dette i to prosessar, korleis den politiske delen av kommunen er med å påverkar og utformar reforma, og korleis er fagfolk/administrasjon med å utformar og påverkar reforma i kommunen.

Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l.  
Maks 750 tegn.

#### 6. Prosjektomfang

Velg omfang ● Enkel institusjon

- Nasjonalt samarbeidsprosjekt
- Internasjonalt samarbeidsprosjekt

Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger

Oppgi øvrige institusjoner utveksles.

Side 1

Oppgi hvordan samarbeidet foregår

#### 7. Utvalgsbeskrivelse

Utvalget Eg vil velje informantar som som har kunnskap om samhandlingsreforma i kommunen - og det vil vere rådmann, ordførar, politikarar, pleie og omsorgsleiar, styrar sjukeheim.

Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.

Rekruttering og trekking ta kontakt med rådmann og ordførar i kommunen og rekruttere via dei i organisasjonen.

Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.

Førstegangskontakt Eg vil ta kontakt med rådmann i kommunene på telefon/ e-post

Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den.

Les mer om dette på temasidene Hva skal du forske på?

Alder på utvalget  Barn (0-15 år)

Ungdom (16-17 år)

Voksne (over 18 år)

Antall personer som inngår i utvalget Eg vil forske i to kommunar - 4-5 informantar frå kvar kommune avhengig av korleis kommunen er organisert.

Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?

Ja  Nei  Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.

Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse. Hvis ja, begrunn

## 8. Metode for innsamling av personopplysninger

Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes

Spørreskjema

Personlig intervju

Gruppeintervju

Observasjon

Psykologiske/pedagogiske tester

Medisinske undersøkelser/tester

Journaldata

Registerdata

Annen innsamlingsmetode

Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).

Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken

Kommentar vil bruke båndopptakar ved intervju

## 9. Datamaterialets innhold

Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn

Det eg vil innhente av opplysningar er; demografiske data, kommunen sin bakgrunn ift samhandlingsreforma, lokal kunnskap om reforma, kvar føregår diskusjon omkring reforma og kven er premissleverandør.

Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.

NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.

Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?

Ja ● Nei ○ Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11

Informasjonssikkerhet.

Les mer om hva personopplysninger er

NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.

Hvis ja, hvilke?  11-sifret fødselsnummer

■ Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer

Spesifiser hvilke Namn

Side 2

Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?

Ja ● Nei ○ En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.

Kryss også av dersom ip-adresse registreres.

Hvis ja, hvilke? arbeidsplass, stilling, kommune vil vere nødvendig informasjon å innhente.

Samles det inn sensitive personopplysninger? Ja ○ Nei ●

Hvis ja, hvilke?  Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning

At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling

Helseforhold

Seksuelle forhold

Medlemskap i fagforeninger

Samles det inn opplysninger om tredjeperson? Ja  Nei  Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.

Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?

Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?

Skriftlig

Muntlig

Informeres ikke

Informeres ikke, begrunn

#### 10. Informasjon og samtykke

Oppgi hvordan utvalget informeres  Skriftlig  Muntlig  Informeres ikke

Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.

NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.

Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer om krav til samtykke

Begrunn

Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes  Skriftlig  Muntlig  Innhentes ikke

Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal

Innhentes ikke, begrunn innhentes samtykke, må det begrunnes.

#### 11. Informasjonssikkerhet

Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)

Ja  Nei  Har du krysset av for ja under punkt 9

Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.

NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.

Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?

Navneliste og koblingsnøkkel vil bli oppbevart privat i eiga notatbok i låst skuffe. Det vil ikke bli lagra direkte opplysningar på pc alt som blir lagara på pc vil vere koda/ anonymisert

Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet

Ja  Nei

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?

Side 3

Oppbevares direkte personidentifiserbar opplysninger på andre måter?

Ja  Nei

Spesifiser Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?

- Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten
- Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten
- Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten
- Fysisk isolert privat datamaskin
- Privat datamaskin tilknyttet Internett
- Videoopptak/fotografi
- Lydopptak
- Notater/papir
- Annen registreringsmetode

Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger.

Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.

Annen registreringsmetode beskriv

Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?

Ja  Nei  Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil.

Les mer om behandling av lyd og bilde.

Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?

privat pc som er passordbeskytta, kun blir brukt av meg i heimen - lydopptak og notat blir oppbevart i låst skuff

Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?

Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke eg vil ta sikkerheitskopi av materialet i tilfelle data problem og det vil eg oppbevare på minnepinne som vil vere låst i skuff saman med andre dokumenter.

NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.

Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?

Ja  Nei

Hvis ja, hvem?

Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?

Ja  Nei  F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.

Hvis ja, hvilke?

Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?

Ja  Nei

Hvis ja, til hvem?

Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?

Ja  Nei

Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks.

Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakt som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres

Les mer om databehandleravtaler her

Hvis ja, hvilken?

## 12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser

Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?

Ja  Nei  For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement.

Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Kommentar

Side 4

Søkes det godkjenning fra andre instanser?

Ja  Nei  F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole,

Hvis ja, hvilke? Eg må søkje om å få forske i dei aktuelle etc. kommune av kommunen sin leiar- dvs rådman/ordfører

## 13. Prosjektperiode

Prosjektperiode Prosjektstart:01.03.2012 Prosjektstart

Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.

Prosjektsslutt

Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet

når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.

Prosjektslutt:31.12.2012

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?

- Datamaterialet anonymiseres
- Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon

Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.

Les mer om anonymisering

Hvordan skal datamateriale anonymiseres? Eg vil bruke kode i form av nummer for å anonymisere kommune og det same på personar. Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.

Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.

Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.

Les om arkivering hos NSD

Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?

Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?

14. Finansiering

Hvordan finansieres prosjektet? prosjektet er eigenfinansiert

15. Tilleggsopplysninger

16. Vedlegg Antall vedlegg 2

Side 5

Det er søkt om utsetting av prosjektet til 15. mars 2013 og innvilga.