



Masteroppgave i Samfunnsplanlegging og ledelse

Samhandlingsstruktur – som en legitimerende støttespiller?
45 studiepoeng

Lena Bjørge Waage
Mai/2015

Summary

In order to realize the intentions of a reform within the health and care services, called *samhandlingsreformen*, the efforts to complete it was supported by a set of tools, of both structural and normative character. Taking effect from January 2012, the government launched a common turn around operation supported by legally binding collaborative agreements and financial incentives. In a cooperation founded on principals of equality and realization of the need to create a common collaborative culture, tasks and responsibilities was to be allocated and outlined between local authorities and healthcare institutions. In this way the parties can contribute to reach the goals of holistic services and social sustainability.

A common collaborative structure was created for “Helse Møre og Romsdal HF” and associated local authorities in relation to the collaborative agreements. The main goal was to follow up the work with the agreements and secure the implementation of the collaborative reform. In working with the identification of development areas for collaboration in the region, the need to develop more robust and sustainable collaborative structure emerged. The aim for this study has therefore been to investigate how the collaborative structure best can be developed in order to support the local and regional collaborative work and help realize health political goals.

This study has a constructive design where research questions has been elaborated through a qualitative phenomenological approach. Through a strategic range of informants representing health care institutions, local authorities and users, the study’s empirical data is collected from 12 semi-structured interviews. The study’s analytical data is founded on the informant’s experiences and interpretations related to collaboration and collaborative structures together with document studies. With a theoretical angle on governance, findings are based on behavioral patterns that contradicts and promotes governance in collaboration. The following can describe the main points that emerges:

- Legal requirements and financial incentives are strong drivers to motivate parties to do restructuring.
- Regulations that may have financial consequences get a lot of attention, especially regulations concerning payment of patients that have been processed.
- Patient considerations and principals of equality are present in way of thinking, agreement design and agreement text. However, equality is threatened to some extent when local authorities’ mobilization is perceived by the health care institutions as attempts to set the terms. Local authorities on the other side has the opposite experience in specific situations when signing out patients.
- Mandate, function and authority in the collaborative structure seem to challenge the collaborative work rather than promote it.
- Cognitive-cultural forces in the “Sjustjerna” network and in the medical clinic at “Helse Møre og Romsdal HF”, seem to have a supportive effect on the collaborative work.
- A changed mindset has affected the parties in the way that they see each other’s needs for information and involvement in working with changes.

Sammendrag

For å realisere samhandlingsreformens intensjoner, ble reformens gjennomføringsarbeid understøttet av et sett virkemidler av både strukturell og normativ karakter. Med virke fra januar 2012 lanserte regjeringen en felles snuoperasjon understøttet av lovpålagte samarbeidsavtaler og finansielle insentiver. I et samarbeid preget av likeverd og erkjennelse om behovet for å skape en felles samhandlingskultur, skal oppgaver og ansvar fordeles og konkretiseres mellom kommuner og helseforetak. På denne måten kan partene bidra til å nå målene om helhetlige tjenester og samfunnsmessig bærekraft.

For Helse Møre og Romsdal HF og tilhørende kommuner ble det i forbindelse med samarbeidsavtalene opprettet en felles samhandlingsstruktur. Hovedformålet er å følge opp arbeidet med samarbeidsavtalene og sikre samhandlingsreformens implementering. I forbindelse med et arbeid for å identifisere utviklingsområder for samhandling i regionen, ble det derimot meldt behov for å utvikle samhandlingsstrukturen til å bli mer robust og framtidsrettet. Formålet med denne studien har derfor vært knyttet til å undersøke hvordan samhandlingsstrukturen best kan utvikles, slik at den kan støtte opp om det lokale og regionale samhandlingsarbeidet og bidra til å realisere helsepolitiske målsettinger.

Studien har et konstruktivt design hvor forskningsspørsmålene har blitt forsøkt belyst gjennom en kvalitativ fenomenologisk tilnærming. Gjennom et strategisk utvalg representert fra helseforetak, kommuner og brukere, bygger studiens erfaringsmateriale på 12 semistrukturerte livsverdensintervjuer. Informantenes opplevelser og tolkninger knyttet til samhandling og samhandlingsstruktur sammen med dokumentstudier, danner datagrunnlaget for studiens analyse. Med en teoretisk synsvinkel knyttet til legitimitet, bygger funn på handlingsmønstre som både hemmer og fremmer legitimitet i samhandlingen. Bildet som kommer til syne kan summeres med følgende hovedpunkt:

- Lovpålegg og økonomiske insentiver er et sterkt virkemiddel for å motivere partene til omstillingsarbeid.
- Regelbestemmelser som kan medføre økonomiske konsekvenser får mye oppmerksomhet – med særlig vekt på forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter.
- Pasientensyn og prinsipp om likeverd er med i tankesett, avtaleutforming og avtaletekst. Likeverd trues derimot noe i prosess hvor kommunenes mobilisering gjør at helseforetaket opplever kommunene som premissleverandør. Samtidig har kommunene motsatt erfaring ved enkelte utskrivelsessituasjoner.
- Utfordringer knyttet til mandat, funksjon og myndighet i samhandlingsstrukturen ser ut til å utfordre samhandlingsarbeidet heller enn å fremme det.
- Kognitiv-kulturelle krefter gjennom sjustjernenettverket og medisinsk klinikk ved Helse Møre og Romsdal HF, ser ut til å ha understøttende effekt på samhandlingsarbeidet.
- Et endret tankesett har påvirket partene på den måten at de ser hverandres behov for informasjon og involvering ved endringsarbeid.

Forord

Endringsarbeid er ikke gjort over natten, heller ikke en masteroppgave. Det har vært en lærerik, tidkrevende men givende reise hvor engasjement og viljestyrke også blandes med usikkerhet og gnagende tankevirksomhet. Jeg er svært takknemlig for å ha fått muligheten til å fordype meg i dette spennende og engasjerende emnet.

Jeg vil rette en stor takk til informantene som med raushet gav av sin tid til å dele sine erfaringer og opplevelser med meg. Uten dere ville ikke denne oppgaven være mulig å skrive. Tusen hjertelig takk!

Videre vil jeg takke Vegard Sperre Austnes og samhandlingsgruppen ved Sunnmøre regionråd IKS for muligheten til å delta på møter under det innledende arbeidet med å avgrense studiens tema. En stor takk til strategi- og utviklingssjef Espen Remme og samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm ved Helse Møre og Romsdal HF for god hjelp og støtte underveis. Takk til administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre og overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal for mulighet til deltakelse på møter som observatør. Videre en stor takk til forhandlingsutvalget for Møre og Romsdal HF og kommunene, som lot meg være flue på veggen i forbindelse med reforhandlingsarbeidet til samarbeidsavtalene.

Jeg vil også rette en stor takk til professor Roar Amdam ved høgskolen i Volda for betydningsfull veiledning, inspirasjon, støtte og konstruktive innspill på veien.

Takk til medstudenter og forelesere for to inspirerende og engasjerende studieår ved Høgskolen i Volda.

Til slutt en takknemlig hilsen til mine nærmeste som har stått på sidelinjen med kontinuerlig støtte og oppmuntring. Kjære Rolf, Aslak, Nora og Synne, denne er til dere!

Ellingsøy 19.mai 2015
Lena Bjørge Waage

Innholdsfortegnelse

SUMMARY	2
SAMMENDRAG	3
FORORD	4
1 INNLEDNING	7
1.1 RETT BEHANDLING PÅ RETT STED OG TIL RETT TID.....	7
1.2 AVGRENSING, PROBLEMSTILLING OG FORMÅL MED STUDIEN	8
1.2.1 Behov for en framtidrettet og robust samhandlingsstruktur.....	8
1.2.2 Forskning og følgeevaluering	9
1.2.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	9
1.2.4 Avgrensing og utvalg.....	11
1.2.5 Studiens formål.....	11
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	12
2 METODE	13
2.1 VITENSKAPELIGHET OG METODISK TILNÆRMING	13
2.1.1 Fenomenologisk perspektiv	13
2.2 VEIEN MOT TEMA OG FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	14
2.2.1 Personlig ståsted og tilnærming til tema.....	15
2.3 PLANLEGGINGSFASEN	19
2.3.1 Intervjuguide.....	20
2.3.2 Utvalg og rekruttering av informanter	22
2.3.3 Semistrukturert livsverdensintervju.....	24
2.3.4 Innsamling og bearbeiding av datamaterialet	25
2.3.5 Transkripsjon.....	26
2.4 ANALYSE.....	27
2.5 VALIDITET.....	29
2.5.1 Validering i syv stadier.....	30
2.5.2 Etske hensyn.....	33
2.5.3 Reliabilitet.....	33
3 LEGITIMITET I SAMHANDLING OG SAMHANDLINGSSTRUKTUR	35
3.1 TEORETISK PERSPEKTIV – TRE PILARER FOR LEGITIMITET	35
3.2 LEGITIMITET I SAMHANDLING	37
3.2.1 Regulativ legitimitet i form av lov, avtaler og økonomiske insentiver	37
3.2.2 Samhandling må understøttes av normative mekanismer.....	56
3.2.3 Helsepolitiske målsettinger kan støttes av samhandlingskultur	76
3.3 LEGITIMITET I SAMHANDLINGSSTRUKTUR.....	96
3.3.1 Regulativ legitimitet utfordres av beslutningsmyndighet.....	98
3.3.2 Normativ legitimitet støttes av å være med – men det må handles!	104
3.3.3 Kognitiv legitimitet kan styrkes ved felles kultur.....	111
4 HVORDAN SKAPE LEGITIMITET I SAMHANDLINGSARBEIDET?	122
4.1 FRA LØSE KOPLINGER TIL STABILE RELASJONER	122
4.1.1 Samhandlingsprosess som et integrert samarbeid?	124
4.2 SAMHANDLING SOM EN LEGITIMERENDE OG KAPASITETSBYGGENDE PROSESS	126
4.2.1 Institusjonell planlegging som understøttende ramme	127
4.2.2 Strategisk planlegging med vekt på mobilisering	131
4.2.3 Taktisk planlegging bør integreres med kunnskap.....	136
4.2.4 Operativ planlegging og forankring – betydning av ledelse	140
4.2.5 Evaluering og læring	147

4.3 SAMHANDLINGSSTRUKTUREN SOM LEGITIMERENDE STØTTESPILLER?	152
4.3.1 Helse Møre og Romsdal HF og kommunene - et institusjonelt partnerskap	152
4.3.2 Strategisk samhandlingsarbeid bør bygge på bred mobilisering	153
4.3.3 Avtaleutforming som taktisk planlegging – bør integreres med kunnskap	153
4.3.4 Forankring og iverksetting - med støtte fra transformasjonsledelse.....	154
4.3.5 Samhandlingsprosessen som en læringsprosess.....	154

LITTERATURLISTE	155
------------------------------	------------

Figurer:

Figur 1: Tre institusjonelle oppfatninger

Figur 2: Medvirkningsstigen "Eight rungs on the ladder of citizen participation"

Figur 3: Kapasitetsbygging (Empowerment)

Figur 4: Samarbeidskontinuum

Figur 5: Variabler i kapasitetsbyggende plan- og utviklingsarbeid

Figur 6: Element i plan- og styringssystem

Bokser:

Boks 1: Regulativ legitimitet

Boks 2: Normativ legitimitet

Boks 3: Kognitiv legitimitet

Boks 4: Den logiske politiske viljesdanninga

Boks 5: Transformasjonsledelse – kjennetegn

Vedlegg:

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet - med samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Intervjuguide – temaoverskrifter

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

1 Innledning

Samhandlingsreformens lansering som motsvar på helseutfordringer og truende bærekraft fanget tidlig min interesse. Jeg kan mimre tilbake til høsten 2011 hvor jeg i forbindelse med jobb som sykepleier for et apotek, tilbrakte mye tid på å besøke og følge opp de ulike hjemmetjenestene på Sunnmøre. I samtale med en avdelingsleder spurte jeg om hvilke tanker vedkommende gjorde seg i forhold til å møte den nye helsepolitikken. Selv om intensjonene er gode, ble det også vist til usikkerhet i forhold til hva dette vil føre til for deres virke. Samtidig som det lå spenning i luften, var samhandlingsreformens mottakelse også preget av en anelse uro.

1.1 Rett behandling på rett sted og til rett tid

Til tross for at mye i dagens helse- og omsorgssektor er bra, blir manglende samhandling trukket fram som den viktigste grunnen til at syke eldre og mennesker med sammensatte lidelser lett blir tapere i helse- Norge. Samhandling forstås i denne oppgaven som helse- og omsorgstjenestenes evne til å fordele oppgaver mellom seg for å nå et felles omforent mål. Videre at aktørene evner å gjøre dette på en så koordinert og rasjonell måte som mulig (St.meld.nr 47, 2008-2009:13).

Utviklingen viser videre en trend med økt bruk av offentlige helsekroner uten at dette svares med tilsvarende god helse igjen. *"...flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid, flere sykdommer kan behandles med ny teknologi og køene til spesialisthelsetjenesten vokser. Utviklingen er rett og slett ikke bærekraftig"* (St.meld.nr.47, 2008-2009:Forord).

I møte med disse utfordringene lanserte derfor samhandlingsreformen flere hovedgrep som skal bidra til en mer proaktiv rettet helse- og omsorgssektor; økt fokus på forebygging framfor reparasjon, styrking av kommunene slik at flere kan behandles og tilbys helsehjelp der de bor og en ytterligere spissing av spesialisthelsetjenesten. *"...det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid"* (St.meld.nr.47, 2008-2009:Forord).

For å gi reformen slagkraft og motivere til kloke løsninger, iverksatte regjeringen et sett av virkemidler for videre konkretisering og iverksetting av politikken. Et av

virkemidlene ble lovfestet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011), som forplikter helseforetak og kommuner til å inngå samarbeidsavtaler. Gjennom samarbeid skal ansvar og oppgaver fordeles mellom partene og bidra til å skape helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester.

1.2 Avgrensing, problemstilling og formål med studien

I søken etter en mulig tilnærming til denne studien, var nysgjerrigheten min rettet mot hvordan samhandlingsarbeidet hadde artet seg etter samhandlingsreformens inntog. For å få mer forståelse og innsikt i hva som rørte seg på feltet, tok jeg derfor kontakt med involverte aktører både fra brukerutvalg, kommunene på Sunnmøre og Helse Møre og Romsdal HF. Til tross for et noe kort tidsaspekt fra samhandlingsreformens ikrafttredelse 1.januar, 2012, var implementering av samarbeidsavtalene godt i gang. Både brukere, kommuner og helseforetak hadde gjort seg flere erfaringer og opplevelser knyttet til samhandling.

1.2.1 Behov for en framtidsrettet og robust samhandlingsstruktur

For å sikre at de lovpålagte samarbeidsavtalene gjennomføres, ble det blant annet etablert en samhandlingsstruktur. Innledningsvis består samhandlingsstrukturen av samhandlingsutvalg i en hierarkisk struktur med overordnet-, administrative- og kliniske samhandlingsutvalg. Videre inngår det dialogmøte og samhandlingskonferanse. I de ulike utvalgene samles representanter fra politisk, administrativ- og faglig ledelse, samt brukerutvalg. Strukturen er forankret i avtaleverket med detaljert beskrivelse knyttet til mandat og funksjon (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Vedlegg 12).

Selv om hensikten er god, ble det derimot gitt tilbakemelding på at strukturen er krevende å forvalte. En arbeidsgruppe representert fra både Helse Møre og Romsdal HF og tilhørende kommuner, identifiserte samhandlingsstrukturen som et av områdene som har behov for oppmerksomhet i det framtidige planarbeidet. For at samhandlingsstrukturen skal være et redskap for å utvikle felles enighet knyttet til ansvar og tiltak for helse- og omsorgsoppgaver mellom kommunene og helseforetaket, er det behov for å utvikle en robust og framtidsrettet samhandlingsstruktur som er fruktbar for god praktisk samhandling (Helse Møre og Romsdal HF, 2014a og 2014b).

1.2.2 Forskning og følgeevaluering

Siden Samhandlingsreformens lansering er det både utførte og pågående forskningsopplegg for å evaluere ulike sider og effekter av reformen. Jeg vil blant annet vise til et FoU-prosjekt utført av Deloitte AS for KS foregående år, som tok for seg erfaringer fra et utvalg kommuner og helseforetak i forhold til samarbeidsavtalene knyttet til inngåelse, implementering og etterlevelse. Funn viser blant annet til at avtalene oppleves som et nødvendig verktøy, derimot er de ikke tilstrekkelige for at intensjonene og forpliktelsene etterleves. Strukturelle og prosessuelle forhold er av stor betydning, både vedrørende utforming av avtaler og etterlevelse. Det vises videre til variasjoner mellom kommuner og avtaleparter i forhold til organisering av samarbeidet og helsetjenestene. Dette påvirker i følge Deloitte avtalenes innhold, hvordan de utformes og bruk. Videre samarbeidsrelasjonen mellom partene (Deloitte, 2014:4).

En statusrapport utarbeidet av Det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformens, viser en fortløpende evaluering av virkemidlene i samhandlingsreformens fra høsten 2011 til høsten 2014. Funn viser blant annet til organisering av kommuner og helseforetak som skaper utfordringer for samhandlingsarbeidet. Kommunehelsetjenesten er organisert som autonome virksomheter mens helseforetakene styres gjennom statlig eierskap. Det er en utfordring å legge til rette for likeverd mellom partene, videre ser nettverket at planprosesser i kommuner og helseforetak går uavhengig av hverandre. Dette utfordrer helhetlige og sammenhengende tjenester (Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformens, 2014).

1.2.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Dette bakteppet illustrere noe av bakgrunnen for min videre undring i denne studien. Samhandlingsreformens realisering til tross for medfølgende virkemidler, møter en kompleks virksomhet hvor ulike aktører med ulik kontekst skal forsøke å samordne reformens intensjoner i felles avtaler og bidra til god politisk iverksetting. Både Deloitte og Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformens viser til mulige tiltak og grep som kan drive arbeidet framover. Jeg merket meg et utsagn fra en samhandlingssjef ved et helseforetak i rapporten til Deloitte; *"...avtaler i seg selv løser ingen ting, det er dialog og praktisering av dem som er viktig"* (Deloitte, 2014:40). Videre

presiseres det at menneskene spiller en sentral rolle hvor betydningen ikke må undervurderes. Riktige mennesker må møtes i riktige fora, hvor man klarer å bygge en felles kultur basert på likeverd, respekt og tillit (Deloitte, 2014:40).

Dette får meg til å se i retning av sosialvitenskapens studier av menneskers handlinger og mekanismer som understøtter adferdsmønstre. I følge Scott kan deltakeres adferd bidra til ønsket handling og fremme legitimitet når lover og regler følges, normer og verdier sosialiseres inn, som utbrer seg og bygger kultur som styres mot en felles ønsket retning (Scott, 1998). Flere forskere innen samfunnsvitenskapen bygger videre på legitime handlinger og ser det i lys av prosesser og planteori. Friedmann (1987) viser blant annet til planlegging og kunnskap som integrert i hverandre for å nå et bestemt mål. Dette støttes av flere, deriblant Amdam (2011a), som argumenterer for at planlegging kan brukes som et redskap for utviklingsarbeid i samfunn og organisasjoner, hvor prosessene bærer preg av å være åpne, gjennomsiktige og demokratiske. Aksept og legitimitet bygges i prosessen etter hvert som handling fører til resultat, og vil ytterligere forsterke legitimiteten til planen som dokument, men også til aktørene som planleggere.

Med denne teoretiske synsvinkelen som del av min forforståelse, ønsker jeg å se nærmere på handlingsmønstrene og prosessene som finner sted i samhandlingsarbeidet mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene. Hvordan viser legitimiteten seg, og hvilken betydning har planlegging som et redskap for utvikling av en samhandlingsstruktur som kan bidra til at helsepolitiske målsettinger oppnås? Finnes det videre andre moment som kan understøtte handlinger som er i tråd med samhandlingsreformens rammeverk?

Jeg har kommet fram til følgende problemstilling som jeg ønsker å undersøke;

"Hvordan kan samhandlingsstrukturen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene utvikles for å fremme aksept og legitimitet av samhandlingen?"

I søken etter svar på studiens problemstilling, har jeg satt opp noen forskningsspørsmål;

1. Hva sier dokumentene /avtalene om samhandling?

2. Hva sier dokumentene/avtalene om samhandlingsstrukturen?
3. Hvordan fungerer samhandlingen?
4. Hvordan fungerer samhandlingsstrukturen?
5. Hvordan kan samhandlingsstrukturen utvikles til å fremme aksept og legitimitet av samhandlingen?

1.2.4 Avgrensing og utvalg

Samhandlingsstrukturen omfavner hele regionen Møre og Romsdal med tilhørende 36 kommuner. Det ideelle ville være å kunne ta utgangspunkt i et erfaringsutvalg som dekket hele regionen. På grunn av det korte tidsaspektet som setter rammer for denne undersøkelsen, vil erfaringsgrunnlaget knyttet til samhandling og samhandlingsstruktur derfor være knyttet til kommunene på Sunnmøre, hvorav 19 kommuner, og helseforetaket. Videre inkluderes representant fra brukerne. Selve utvalget vil beskrives inngående i metodeavsnittet. En videre presisering er derfor at *helseforetak* og *kommuner* i denne oppgaven forstås som Helse Møre og Romsdal HF og kommunene på Sunnmøre. Representantene er alle mer eller mindre involvert i samhandling på et overordnet strategisk plan, videre involvert i samhandlingsstrukturen i ulike utvalg. Denne undersøkelsen vil ikke gå i dybden i samhandling som foregår internt i de ulike organisasjonene, og den er heller ikke ute etter å sammenligne samhandling mellom aktørene. Formålet med denne studien er å søke etter handlingsmønstre, nyanser og mekanismer basert på informantenes erfaringer, opplevelser og tolkninger av samhandling og samhandlingsstruktur i det nettverkssamarbeidet som de er en del av. Videre se dette i lys av legitimitets og prosessteori som utgangspunkt. De teoretiske rammene har videre blitt vurdert fortløpende i studien, hvor jeg har stilt meg åpen og refleksiv i forhold til hva datagrunnlaget viser. Helseforetak og kommuner representerer både enkeltvirksomheter og et fellesskap i et komplekst bilde som må forstås slik at deler og helhet henger sammen og som påvirkes av den konteksten de er en del av. Dette blir videre skildret fortløpende i oppgaven.

1.2.5 Studiens formål

Jeg håper at identifiserte funn kan være et interessant bidrag på veien med å støtte opp under allerede eksisterende kunnskap på området. Et studie av ulike mekanismer som ligger til grunn for legitimitetshemmende eller fremmende handlingsmønstre i samhandlingsarbeidet, gir videre grunnlag for å drøfte samhandling i en mulig

utviklingsretning. Ved å undersøke funn i lys av prosessuell tenkning i et plan- og utviklingsperspektiv med sikte på å skape et integrert samarbeid, vil jeg argumentere for en mulig fruktbar struktur som kan skape støttende forhold for samhandlingsarbeidet. På denne måten håper jeg at studien kan være et bidrag til det videre arbeidet med å utvikle en bærekraftig og helhetlig helse- og omsorgstjeneste.

1.3 Oppgavens oppbygging

Foruten denne innledningen (1) hvor jeg ønsket å introdusere og begrunne valg av tema og problemstilling, vil oppgavens neste kapittel (2) inneholde en redegjørelse av metoder og strategier som er brukt i prosessen med å finne svar på studiens problemstilling. Dette følges videre av studiens analyse (3) hvor jeg søker å gjengi det empiriske materialet, videre tolke og vurdere dette i forhold til den valgte teoretiske referanserammen. Avslutningsvis (4) vil funn videre drøftes opp mot eksisterende forskning og utvalgt relevant teori. Kapittelet avsluttes med en mulig framtidig tilnærming for samhandlingsstrukturen.

2 Metode

Formålet med denne studien har vært knyttet til å søke etter klarhet og forståelse i fenomenet samhandling. Videre undersøke hvordan en samhandlingsstruktur best kan utformes for å bidra til legitimitet i samhandlingen og skape gode vilkår for realisering av helsepolitiske mål. Dette kapitlet har til hensikt å belyse prosessen fra de første famlende stegene mot et relevant tema, til en ny forståelse og kunnskap som har som intensjon om å komme til nytte i det videre plan- og utviklingsarbeidet innen samhandling.

2.1 Vitenskapelighet og metodisk tilnærming

Hva som kan betegnes som vitenskapelig kunnskap er et sentralt spørsmål i vitenskapsteorien. Forskning kjennetegnes av en praksis hvor vitenskapelig kunnskap utvikles og systematiseres. Videre at prosessen med å frambringe kunnskap eksplisiteres slik at leser kan stole på at kunnskapen er innhentet og systematisert etter grunnleggende krav som vår kultur kjenner og anerkjenner. Slike kriterier er ikke absolutte og evigvarende sannheter, men normative forutsetninger som må vurderes i lys den historiske, sosiale og kulturelle rammen som de omgis med. Vi tenker annerledes i dag enn vi gjorde for 300 år siden, hvor medisinerne kan ha et annet perspektiv enn humanister og samfunnsvitere. Derimot finnes det en felles forståelse på tvers av akademiske kulturer i forhold til hvilke forventninger vi kan stille til den kunnskapssøkende prosessen.

Malterud viser til forskning som *"...en systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, med en ambisjon om overførbarhet av funnene ut over den sammenhengen der den enkelte studie ble gjennomført"* (Malterud, 2013:16).

2.1.1 Fenomenologisk perspektiv

Valg av metode henger nøye sammen med kunnskapsutvikling og teoretisk perspektiv. Hvilke metoder som er mest hensiktsmessige å bruke, avhenger av hva slags samfunnsforhold vi ønsker mer kunnskap om og hvilke teorier vi ønsker å belyse. Med en intensjon om å søke etter å forstå menneskelig samspill i en samhandlingsrelasjon, fant jeg det hensiktsmessig å benytte en kvalitativ fenomenologisk tilnærming i denne undersøkelsen. I dette innebærer det å søke etter

kunnskap basert på menneskets opplevelse av fenomener i sin livsverden. Et fenomen kan beskrives som en fremtoning, eller det som kommer til syne og som kan oppfattes av våre sanser. Til dette vil det ikke være tilfredsstillende med vitenskapens forklarende kunnskap og kvantitative metoder som kan tallfestes. Vi trenger også metodene fra forstående og kritisk kunnskap som finner sine røtter i hermeneutisk lære.

Hermeneutikk kan forstås som å søke etter å fortolke meningsfulle fenomen, og beskrive vilkårene for at en slik forståelse av mening skal være mulig (Dalland, 2013:50-59).

I kvalitativ forskning, peker fenomenologi på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. Videre beskrives verden slik den oppleves av informantene, ut fra en forståelse om at den virkelige virkeligheten er den menneskene oppfatter (Kvale og Brinkmann, 2012:45).

Uten å gå i dybden på disse tilnærmingene som vil kreve et langt mer omfattende studie, vil denne forskningsundersøkelsen gjennomføres med en hermeneutisk fenomenologisk forståelsesform. I tillegg til tolkning av data gjennom dokumentstudier, vil erfaringsgrunnlaget knyttet til samhandling bygge på kvalitative livsverdensintervju.

For å gi et vurderingsgrunnlag til denne studiens pålitelighet, gyldighet og relevans, vil jeg gjøre rede for forskningsprosessen fra tilnærming til tema og forskningsspørsmål, til resultatene som presenteres i denne endelige rapporten. Med en refleksiv holdning og forståelse av min egen rolle og mulighet for påvirkning av kunnskapen som utvikles, har jeg forsøkt å stille meg åpen og undrende med plass for tvil, ettertanke og uventende konklusjoner. Jeg vil gjøre rede for mine refleksjoner og valg som er tatt underveis i forskningsprosessen fortløpende i avsnittene under.

2.2 Veien mot tema og forskningsspørsmål

Tematisering viser til formulering av forskningsspørsmål og teoretisk avklaring av det undersøkte temaet. Sentrale spørsmål som må gjøre redes for, dreier seg om studiens hvorfor, hva og hvordan (Kvale og Brinkmann, 2012:121).

Studiens *hvorfor* dreier seg om formålet med denne forskningsundersøkelsen, som ble kort gjort rede for innledningsvis. Formålet er som nevnt å undersøke hvordan

samhandlingsarbeidet fungerer og tilnærme en mulig struktur som kan bidra til framdrift og støtte opp under samhandlingsreformens intensjoner. Prosessen fram mot denne problemstillingen var ingen strømlinjet reise. Refleksjoner over *hva* som kunne være mulige tema for denne studien tok til allerede innledningsvis ved oppstart på studiet samfunnsplanlegging og ledelse. Dette knyttes derfor nært sammen med mitt eget ståsted og forforståelse.

2.2.1 Personlig ståsted og tilnærming til tema

Etter et år med tilføring av ny kunnskap gjennom studiet samfunnsplanlegging og ledelse, ble mitt helsefaglige ståsted som sykepleier også farget av en samfunnsvitenskapelig forståelse av verden. I denne bygger handlinger på menneskers individuelle og kollektive tolkninger og oppfatninger av sosial virksomhet. Videre med en grunnleggende forståelse om at sosiale fenomen farges av den konteksten den er en del av, og som ikke uten videre kan løsrives fra sin opprinnelige sammenheng. En sentral oppgave for samfunnsvitenskapen er samtidig å rette et kritisk blikk på samfunnsmessige forhold, og søke å forstå hvordan disse forholdene påvirker menneskers levekår og livsbetingelser. Denne synsvinkelen ble derfor en del av mitt personlige ståsted, som sammen med min helsefaglige bakgrunn dannet grunnlaget for å tilnærme meg et tema som kunne gi nytteverdi for helse- og omsorgssektoren.

Kalleberg viser til tre ulike tilnærminger innen samfunnsforskning; Den *konstaterende* rollen som søker etter å klargjøre hvorfor samfunnsforholdene er som de er. Videre retter den *vurderende* samfunnsforskeren blikket mot handlinger og om de er som de burde være. Den tredje typologien viser til en *konstruktiv* tilnærming, hvor forskeren søker etter kunnskap med sikte på å forbedre ulike forhold i samfunnet (Kalleberg, 2012:38).

I søken etter kunnskapsbehov i en helsefaglig sammenheng, var mitt interessefelt preget av både en konstaterende, vurderende og konstruktiv tankegang. Min interesse for samhandlingsreformen som helsepolitisk ledestjerne startet som nevnt i takt med reformens oppstartsfase, og dannet derfor et tidlig grunnlag for et mulig forskningsområde og som jeg ønsket å undersøke nærmere. Samhandlingsreformens lansering med virke fra 2012 hadde så smått satt sine spor, hvor min undring bygget på

hvordan samhandlingsarbeidet fungerte, hvilke erfaringer hadde aktørene og hvilke utfordringer var samhandlingsarbeidet preget av. I forbindelse med en avsluttende oppgave våren 2014 der samhandlingsutfordringer ble belyst, hadde jeg en teoretisk forståelse basert på dokumentstudier knyttet til reform, avtaler og praksis.

Konsekvenser av samhandlingsreformen skal blant annet inngå som en sentral del av Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF. For å fremme et samhandlingsorientert klima mellom helseforetaket og kommunene ble det i 2014 organisert en arbeidsprosess mellom partene. Etter et arbeidsseminar skulle innspill knyttet til samhandlingsspørsmål danne grunnlag for det videre arbeidet i en arbeidsgruppe. Denne arbeidsgruppen fikk som målsetting å utarbeide en skisse med identifikasjon av sentrale samhandlingsområder i det langsiktige planarbeidet. Dette skulle presenteres til overordnet samhandlingsutvalg april 2014, hvor samhandlingsstrukturen var et av de identifiserte utviklingsområdene (Helse Møre og Romsdal HF, 2014a).

For å få en videre forståelse av kontekst og identifisere eventuelle andre områder som kunne være relevante å utforske, foretok jeg samtidig søk i offentlig tilgjengelige dokument knyttet til samhandlingsreform, samarbeidsavtaler og protokollførslers fra møter i regi av samhandlingsutvalgene knyttet til Helse Møre og Romsdal HF og kommunene. Videre deltok jeg på møte hos en samhandlingsgruppe våren 2014 i regi av Sunnmøre Regionråd IKS. Samhandlingsgruppen består av medlemmer fra de 19 kommunene på Sunnmøre, hvor deltakerne er engasjert i ulike administrative og faglige stilinger innen helse- og omsorgstjenestearbeid. Som flue på veggen fikk jeg dannet meg et bilde hvor det kom til syne flere samhandlingsutfordringer som støttet opp om innspill som kom i forbindelse med å utforme felles samhandlingsstrategi for Møre og Romsdal. På møtet ble det blant annet vist til utfordringer knyttet til suboptimal samhandling og behovet for å utforme en mer funksjonell og framtidsrettet samhandlingsstruktur. Til tross for tilsynelatende engasjement og vilje til å samhandle, viste utfordringsbildet også et behov for å arbeide med prosess og struktur i samhandlingen, slik at de helsepolitiske intensjonene kan overføres til aktiv handling. Videre at særinteresser og ulik målfokus ikke skaper barrierer for et godt samhandlingsklima i regionen (Sunnmøre Regionråd, møte samhandlingsgruppen, 16.mai, 2014).

Grønmo viser blant annet til mangfoldet av perspektiver som finnes i de samfunnsvitenskapelige fagene som fører til at studier kan presentere forskjellige analyser og fortolkninger av samme samfunnsforhold. Ulike studier kan vektlegge problemstillinger, anvende ulike teorier, metoder som ender opp i ulike konklusjoner. Utgangspunktet en har som forsker er derfor av sentral betydning hvor ulike sammenhenger kan forstås på ulike måter (Grønmo, 2004:8).

Med forståelse om at samhandlingsarbeidet knyttes til en kompleks virksomhet i en politisk prosess i form av regional og lokal iverksetting, var den innledende tilnærming til tema knyttet til samhandlingsprosessen. Med en samfunnsfaglig forståelse og kunnskap knyttet til planlegging som redskap for å fremme legitimitet i sosiale handlingsprosesser, lå dette til grunn for en teoretisk innfallsvinkel som jeg stilte meg åpen og refleksiv i forhold til og som jeg vurderte fortløpende i prosessen med å avgrense denne studiens forskningsspørsmål. For å undersøke videre relevans i et forskningsopplegg knyttet til samhandlingsprosessen, var jeg i dialog med blant annet samhandlingssjef og strategi- og utviklingssjef ved Helse Møre og Romsdal HF fra august 2014. Videre deltok jeg på ytterlig et møte med samhandlingsgruppen tidlig høst 2014, og jeg deltok også som observatør på flere andre møter høsten 2014. Dette dreide seg om en passiv observasjonsrolle hvor formålet var å holde meg orientert om studiens relevans og tilegne meg mer kontekstuell forståelse. Dette innebar møter som et dialogmøte, et brukerutvalgsmøte, et styremøte for Helse Møre og Romsdal HF, et administrativt samhandlingsmøte for Sunnmøre og et overordnet samhandlingsmøte for Helse Møre og Romsdal og kommunene. I forbindelse med reforhandling av samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene, fikk jeg også mulighet til å følge prosessen som observatør i tidsrommet januar – mars 2015. Noe som ga meg ytterligere verdifull innsikt og forståelse.

I prosessen med å samle inn denne forkunnskapen, inntok jeg en bevisst holdning på mulige interesseavvik blant aktørene og mulighet for påvirkning til tema, forskningsspørsmål og innfallsvinkel. Et viktig kjennetegn for samfunnsvitenskapen er at den selv er en del av det samfunnet som den studerer. Samfunnsforskere er ikke bare tilskuere, de er også deltakere i samfunnet. På denne måten kan gjennomføring av

forskning påvirke de individene eller gruppene som studeres. Dette kan føre til at de har en annerledes adferd når de studeres enn i andre sammenhenger. Kunnskapen som utvikles gir derfor ikke et nøyaktig bilde av adferd. Videre kan forskerens sosiale bakgrunn og samfunnsmessige erfaringer påvirke deres oppfatninger og forståelse av de samfunnsforholdene som studeres. Kunnskapen reflekterer derfor også forskerens referanserammer og forståelsesformer (Grønmo, 2004:8,9).

Det var derfor en bevisst handling å gå bredt ut for å identifisere fellestrekk i utfordringsbildet, samtidig som jeg reflekterte over mine egne tolkninger av informasjonen jeg fikk. Jeg ønsket å bevare en mest mulig nøytral posisjon, hvor relevans ble knyttet til et felles praktisk kunnskapsbehov.

I perioden for tematisering og avgrensing, ble det av en arbeidsgruppe lagt fram forslag om en ny samhandlingsstruktur. Endringene baserte seg på forslag om å avvikle de administrative samhandlingsutvalgene for å opprette fire nye utvalg tilknyttet hvert enkelt lokalsykehusområde (Helse Møre og Romsdal HF, 2014b). Til tross for forslag om strukturendring, viste bildet samtidig en usikkerhet knyttet til hvorvidt dette var et hensiktsmessig forslag. Jeg vurderte derfor at kunnskapsbehovet om å identifisere en mer hensiktsmessig samhandlingsstruktur fortsatt som gjeldende.

For ikke å bli farget av ulike tilnærminger, har jeg i denne forskningsprosessen stilt meg åpen i forhold til hva jeg ville finne i datamaterialet. På denne måten ønsket jeg at prosessen fram til svarene med utgangspunkt i forforståelsen som belyst, skulle bygge på erfaringsmaterialet, teoretisk innfallsvinkel som samtidig ble underlagt en bevisst og systematisk refleksjonsprosess.

Det er en kjent forventning om at vitenskapelig kunnskap skal bringe fram en ny erkjennelse som kan komme til nytte og være et bidrag i den vitenskapelige fellesbanken (Malterud, 2013:20). Samtidig som jeg var ute i feltet og dannet meg en forståelse av det praktiske kunnskapsbehovet, foretok jeg systematiske litteratursøk knyttet til forskning om samhandling høsten 2014. Til tross for et kort tidsaspekt siden samhandlingsreformens inntog, er det som nevnt innledningsvis både pågående og utførte forskningsprosjekt. Søkeord som ble brukt var *samhandling*, *nettverk*,

samhandlingsreform, samhandlingsprosess og samhandlingsstruktur. Forskning knyttet direkte til samhandlingsstruktur som støtte for helsepolitisk iverksetting, kunne jeg ikke identifisere på det tidspunktet, og jeg vurderte derfor en studie knyttet til utforming av en mer hensiktsmessig samhandlingsstruktur som et relevant kunnskapsbehov både i en praktisk og vitenskapelig sammenheng. Jeg inntok samtidig en bevisst og proaktiv holdning med fortløpende orientering om eventuelt kommende forskning i den videre forskningsprosessen.

Rapporten til Deloitte som rettet blikket mot erfaringer i et utvalg kommuner og helseforetak knyttet til samarbeidsavtalenes etterlevelse, ble publisert oktober 2014. Jeg ser i ettertid at flere av mine funn sammenfaller med funn identifisert i rapporten. På det tidspunktet som rapporten ble publisert, identifiserte jeg derimot et behov for å videre vurdere utvikling av avtalene som et egnet verktøy, et behov for å arbeide med implementering og en tilnærming mot samarbeidsrelasjoner med faglig bredde, likeverd og som har beslutningsmyndighet (Deloitte, 2014). Til tross for en del likheter i funn, fant jeg ingen tydelige svar på tiltak som omhandlet samhandlingsstrukturen og dens betydning i tilknytning til det helhetlige bildet knyttet til samhandlingsreform, avtalene og selve iverksettingen. Videre viser samfunnsvitenskapen til den kontekstuelle betydningen, hvor samfunnsfenomener må sees i lys av den sammenhengen den er en del av, og som ikke uten videre kan løsrives. Jeg fant det derfor relevant å gå videre med mine forskningsspørsmål, knytte dette til den kontekstuelle sammenhengen jeg ønsket å belyse ved hjelp av erfaringsmateriale, og søke etter sammenhenger som kunne bidra til ny forståelse.

2.3 Planleggingsfasen

Selv om planleggingsfasen kan se ut som en avgrenset del av forskningsprosessen, starter refleksjoner og tolkninger allerede innledningsvis ved tilnærming til tema. Elementene i et forskningsopplegg knyttes nært sammen og flyter over i hverandre, som for meg har dreid seg om en kontinuerlig evalueringsprosess med tanke på å hele tiden tilpasse metodene til det jeg ønsker svar på. Kalleberg viser til et forskningsopplegg som innledes med spørsmålene, hvor erfaringsmateriale og begrep sammen skal lede vei mot svarene (Kalleberg, 2012:32,33).

Det er flere momenter som avgjør forskningsoppleggets design, hvor også tidsramme og ressurser får betydning for undersøkelsen. Det er hele tiden valg og avveininger som må tas, hvor jeg har søkt etter å se delene i prosessen som del av en helhet i samspill med hverandre. Denne forståelsen kan også betegnes som en hermeneutisk tilnærming eller den hermeneutiske forståelsessirkelen. Helhet-del sirkelen dreier seg om det som skal forstås, hvor subjekt-objekt sirkelen viser til forholdet mellom den som skal forstå og det som skal forstås (Kalleberg, 2012:34,35). Selv om denne fasen bygger på avklaringer og bevisstgjøring knyttet til tema, spørsmål og ståsted, stilte jeg meg mottakelig for mulige endringer i bildet både med hensyn til problemstilling, forforståelse og teoretisk ramme. Samhandlingsarbeidet er en del av en kompleks virksomhet, med mange involverte aktører og samtidige prosesser fra det overordnede politiske nivået, til den praksisnære samhandlingen rundt den enkelte pasient. I en slik virkelighet kan det være fare for å gape over for mye, hvor jeg fikk en betydelig utfordring med å avgrense studien i forhold til hvem jeg måtte snakke med for å finne gyldig erfaringsmateriale som kunne belyse oppgavens spørsmål. Videre hvilke spørsmål jeg måtte stille, intervju situasjonen og dens mulige påvirkning på det som blir sagt, hørt og tolket.

2.3.1 Intervjuguide

Hva jeg ønsket å spørre informantene om var knyttet nært sammen med hva jeg ønsket å få svar på i denne studien. Videre den teoretiske rammen jeg støttet meg til for å tilnærme meg mulige svar. Denne studiens problemstilling er knyttet til en undersøkelse av samhandlingsstrukturen og hvordan den best kan utvikles for å fremme legitimitet i samhandlingen. En operasjonalisering viser nøkkelordene *samhandling, utvikling, samhandlingsstruktur og legitimitet*. I en helsefaglig sammenheng knyttes samhandling til lansering av samhandlingsreformen som også dannet en referanseramme. Den teoretiske innfallsvinkelen innledningsvis var knyttet til en samfunnsfaglig og sosiologisk forståelse på konstruksjon av sosial virksomhet. Med en forforståelse knyttet til legitime planprosesser som redskap for utvikling av samfunn og organisasjoner, ble det derfor et utgangspunkt å undersøke samhandlingsfenomenet i lys av en slik *vurderende* tilnærming. I arbeidet med å utforme intervjuguiden kan tilnærming til spørsmål knyttes til to hovedmoment, hvor det ene kan knyttes mot det teoretiske perspektivet som omhandler legitimitet. Videre det andre aspektet som knyttes til samhandlingsstrukturen og den sammenhengen samhandlingsstrukturen står i forhold

til. Dette viser en samtidig prosess med avgrensning av hva jeg skulle undersøke både i tid og rom. Samhandlingsreformens lansering med ikrafttredelse fant sted 1.januar i 2012, og dannet derfor et referansepunkt. Derimot var jeg også interessert i å undersøke en mulig effekt av samhandlingsreformen på erfaringer, opplevelser og tolkninger av samhandling. Tidsperspektivet ble derfor knyttet fra tiden nær samhandlingsreformens lansering og fram til i dag.

Den kontekstuelle sammenhengen som samhandlingsstrukturen omgis med er kompleks, hvor strukturen ble opprettet med hensikt på å ivareta oppfølging og gjennomføring av de lovpålagte samarbeidsavtalene. Helseforetak og kommuner som danner dette forpliktende partnerskapet, skal i iverksette de helsepolitiske målene med avtaleverket som bindeledd. Samtidig opererer aktørene som komplekse virksomheter omgitt av sin egen individuelle kontekst. Det ble derfor nødvendig å foreta avgrensning i forhold til hva jeg måtte undersøke med mål om å få rike beskrivelser som kunne gi grunnlag for å finne svar på studiens problemstilling. I grove trekk ble derfor avgrensingen rettet mot samhandlingsreformen som overordnet referansepunkt, samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene som bindeledd mellom aktørene, videre erfaringsmateriale fra samhandlingsarbeidet og samhandlingsstrukturen. Årsaken til at jeg ikke bare kunne rette spørsmålene mot det som foregikk i samhandlingsstrukturen, kommer av at det meste av samhandlingsarbeidet foregår utenfor strukturen. Den fungerer som en ramme og støtte, hvor det praktiske samhandlingsarbeidet kommer på siden.

Med dette som bakteppe ble intervjuguiden utformet med følgende temaoverskrifter; *Samhandling, Samhandlingsreform, Samarbeidsavtaler, Samhandlingsstruktur og Muligheter/barrierer.*

Den videre operasjonaliseringen for å identifisere de mest hensiktsmessige spørsmålene, ble nært knyttet opp mot den teoretiske synsvinkelen som jeg ville undersøke materialet i forhold til. I et konstruktivt forskningsopplegg retter forsker blikket mot både å vurdere sosiale fenomener for å identifisere mulige utviklingsretninger, og med ønske om å forbedre samfunnsforhold (Kalleberg, 2012:52-55). Ved hjelp av teori knytte til legitimitet, ønsket jeg å vurdere samhandling og

samhandlingsstrukturen for videre å identifisere hvordan dette best kan utvikles. Dette kan også betegnes som en deduktiv eller teoristyrte tilnærming (top-down). Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i foreliggende teorier for så å gå ovenfra og ned i datamaterialet for å finne svarene. I motsatt retning står den datastyrte tilnærmingen som betegnes som en induktiv metode (down-up), hvor kunnskap fra det enkeltstående tilfellet brukes til å si noe om et allment nivå (Malterud, 2013:175-177).

2.3.2 Utvalg og rekruttering av informanter

For å sikre rike beskrivelser som best kunne belyse studiens problemstilling, baserte jeg utvelgelsen på et strategisk utvalg. Malterud beskriver et strategisk utvalg som settes sammen med et mål om at materialet har best mulig potensial til å belyse problemstillingen. Spørsmål som må stilles i denne fasen, er hvilket materiale som best kan danne grunnlag for tolkninger og funn, og som lærer oss noe nytt (Malterud, 2013:56-58).

I min studie som knyttet til samhandling og samhandlingsstruktur, ble selve utvelgelsen foretatt i perioden høsten 2014 – januar 2015 etter fortløpende vurderinger underveis i intervjufasen.

Mitt første kriterium var knyttet til at informantene måtte ha erfaring fra både samhandling og samhandlingsstrukturen. Jeg rettet derfor blikket mot involverte i de ulike samhandlingsutvalgene, hvor de fleste ved siden av var delaktige på ulike måter i mer eller mindre grad knyttet til samhandling. Samhandlingsstrukturen favner hele regionen Møre og Romsdal, men på grunn av tidsrammen og ressurser måtte jeg ta en avgrensning på utvalget til å gjelde involverte knyttet til overordnet samhandlingsutvalg og administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre. Videre ønsket jeg et erfaringsgrunnlag som ble belyst fra flere synsvinkler, for så å se etter nyanser og mønstre i den videre analysen. En lik vektning på kommunesiden og helseforetakksiden ble derfor neste kriterium. Videre ønsket jeg et bredt utvalg fra begge sider med representanter fra både administrative, faglige og politiske ståsted. Avslutningsvis ønsket jeg en stemme inn fra brukersiden, som skal stå i sentrum for denne helsepolitiske retningen.

I forkant av fasen med å rekruttere informanter hadde jeg gjennom deltakelse på ulike møter, allerede fått hilst på noen av informantene. Videre var jeg så heldig å få presentere forskningsprosjektet mitt på et møte ved administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre. På dette møtet informerte jeg medlemmene om en mulig problemstilling knyttet til samhandlingsstrukturen, med hensikt om å gi innsikt i bakgrunn for prosjektet. Samtidig ønsket jeg å være lydhør overfor medlemmenes tanker og tilbakemeldinger. Jeg opplevde å bli svært positivt mottatt, og fikk styrket relevansspørsmålet knyttet til studiens problemstilling. Når jeg i etterkant skulle ta kontakt med informantene, hadde informantene tilknyttet det administrative samhandlingsutvalget på Sunnmøre derfor kjennskap til studiens formål og hadde på denne måten mer bakgrunnsinformasjon når de skulle vurdere sitt bidrag. Informantene ble kontaktet via telefon og mail, med tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema.

Strategisk utvalg

- Petter Bjørdal
Nestleder i styret ved Helse Møre og Romsdal HF og leder for overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal fra januar 2015.
- Helge Ristesund
Assisterende direktør ved Helse Møre og Romsdal HF og medlem i overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal.
- Britt Valderhaug Tyrholm
Samhandlingssjef ved Helse Møre og Romsdal HF og medlem i overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal.
- Janita Skogeng
Avdelingsjef ved Kvinneklinikken ved Helse Møre og Romsdal HF, medlem i overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal og leder for administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre.
- Torstein Hole
Klinikkssjef ved Klinikk for medisin ved Helse Møre og Romsdal HF og medlem i administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre.
- Liv Stette
Kommunalsjef i Ålesund kommune, styremedlem i Helse midt- Norge RHF og medlem i overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal til og med 2014.
- Kjetil Fylling
Kommunalsjef i Sula kommune og medlem i administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre.

- Ragnhild Velsvik Berge
Pleie- og omsorgsleder i Herøy kommune, medlem i overordnet samhandlingsutvalg Møre og Romsdal fra januar 2015 og medlem i administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre.
- Thorbjørn Fylling
Ordfører i Ørskog kommune og varamedlem i overordnet samhandlingsutvalg.
- Arne Gotteberg
Kommuneoverlege i Volda og Ørsta kommune og medlem i administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre.
- Stian Endresen
Fastlege i Ulstein kommune, praksiskonsulent ved Helse Møre og Romsdal HF og medlem i administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre.
- En brukerrepresentant

2.3.3 Semistrukturert livsverdensintervju

Ved innsamling av erfaringsdata, valgte jeg å gjennomføre intervjuene i form av semistrukturerte livsverdensintervjuer. I et fenomenologisk inspirert perspektiv er denne typen intervjuer velegnet for å forstå det sosiale livet ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Formålet er å søke etter åpne og nyanserte beskrivelser fra ulike sider av intervjupersonenes livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med de fenomenene som beskrives. Formen ligger nær opp til en samtale, derimot med et profesjonelt intervju som formål. Gjennom spesifisitet søkes det etter beskrivelser av spesifikke situasjoner og hendelsesforløp. Ved at intervjuet er semistrukturert, er det verken en fullstendig åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Derimot fokuseres det på forhåndsbestemte temaer, samtidig som intervjuer er åpen for nye og uventede fenomener. Forsker må være bevisst på sin egen tvetydighet i uttalelser som kan gjenspeile motsetningene i personens livsverden (Kvale og Brinkmann, 2012:47,48).

Med denne forståelsen med i fasen hvor datamaterialet skulle samles inn ved hjelp av intervjuene, fant jeg det hensiktsmessig å gjøre noen forberedelser for å validere intervju spørsmålene mine. Fikk jeg svar på det jeg ønsket å finne svar om? Samtidig skulle intervjuene tas opp på bånd, hvor jeg ønsket å se til at dette fungerte som det skulle. Jeg var så heldig å få gjøre et testintervju som ble gjennomført i tråd med kjennetegnene til et semistrukturert livsverdensintervju. Alt fungerte da etter planen.

2.3.4 Innsamling og bearbeiding av datamaterialet

Selve innsamlingen av det empiriske datamaterialet foregikk fra november 2014 til januar 2015. For å sikre egen forkunnskap om temaet jeg skulle undersøke, hadde jeg i forkant brukt mye tid på å sette meg inn dokumenter som samhandlingsreformen, samarbeidsavtalene, lov- og forskriftsverk, og dokumenter knyttet til samhandlingsstruktur. Videre hadde jeg satt meg grundig inn i intervjuguiden og reflektert over spørsmålenes relevans, og som nevnt ble disse testet ut i form av testintervju. Samtidig foretok jeg en fortløpende evaluering for hvert intervju i forhold til om jeg fikk svar på det jeg ønsket svar på. Videre som jeg stilte meg åpen og refleksiv i forhold til mulige nye perspektiver.

I forkant av intervjuene var forskningsprosjektet søkt og godkjent i Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Informantene ble tilsendt informasjonsskriv knyttet til forskningsprosjektet med et skriftlig samtykkeskjema. For å få en forståelse av hva temaene under intervjuet ville dreie seg om, sendte jeg også en oversikt med temaoverskrifter.

Informantene ble kontaktet fortløpende, hvor jeg foretok intervjuene med et vist tidsintervall i mellom. Hensikten var å kunne transkribere som innebærer å skrive ut materialet selv etter hvert intervju. Videre foreta en førstegangs fortolkning gjennom transkriberingen, og evaluere dataene jeg fikk opp mot problemstillingen.

Selv om jeg hadde testet ut det tekniske på prøveintervjuet, samt utallige ganger privat, var jeg så uheldig på første intervju at opptakerfunksjonen som jeg brukte låste seg. I all skrekk oppdaget jeg i etterkant av intervjuet, at jeg ikke fikk lyttet på opptaket og derfor ikke skrevet ut materialet. Dette ga meg en uheldig erfaring innledningsvis, hvor de neste intervjuene ble sikret med en duplisering av opptakere hvorav den ene var diktafon. Jeg er svært takknemlig for at den som ble intervjuet stilte på nok et intervju. Selv om dataguiden da var kjent for vedkommende, evaluerte jeg det slik at det ikke ville ha noen betydning med hensyn til å få åpne og ærlige beskrivelser.

Ivaretagelsen av informantene var en sentral del av intervjufasen. I forkant av hvert intervju forberedte jeg meg ved å gå gjennom intervjuguiden og teste båndopptaker og

diktafon. Intervjuene varte i snitt fra 1 – 1,5 timer. I starten av hvert intervju fikk informantene tildelt temaguide, samtykkeskjema og videre tok jeg en kort innledning vedrørende bakgrunnsinformasjon for studieprosjektet og gangen i intervjuundersøkelsen. Det ble også satt av tid til eventuelle avklaringer, hvor jeg opplevde det som viktig å oppnå rapport før samtalen tok til.

I takknemmelighet for deres villighet til å gi av sin tid og dele sine tanker og opplevelser knyttet til mitt tema, førte det til at min rolle som intervjuer var preget av både å være prisgitt og ydmyk overfor informantene. Samtidig var det viktig å være bevisst sin rolle i forskningsprosessen, hvor formålet er å hente inn erfaringskunnskap knyttet til det fenomenet som jeg skulle undersøke. I en fenomenologisk tilnærming, er hensikten å kunne gjengi beskrivelsene slik som informantene beskriver sine tolkninger. Som forsker i denne fasen er rollen å være nøytral og lytte til de beskrivelsene som kommer, samtidig lede intervjuundersøkelsen i den retningen som gir rikelige beskrivelser knyttet til temaene jeg ønsker å få belyst. Jeg vil beskrive intervjufasen som svært lærerik og givende, som tok form som en samtale i en dynamisk tilpasset form. Ikke for strukturert og ikke for åpen. Jeg ønsket å være lydhør informantens erfaringer og opplevelser gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon, samtidig ivareta samtalens behov for å fokusere på temaene jeg ønsket å få rede på.

2.3.5 Transkripsjon

I sum ble det gjennomført 12 intervju over nevnte tidsperiode. Intervjuene foregikk etter planen hvor jeg passet på å ha tid til transkripsjoner i mellom. Når jeg transkriberte omsatte jeg samtalene til tekst. Kvale og Brinkmann viser til transkripsjon som å transformere, hvor talespråk omsettes til skriftspråk. Da denne transformasjonen innebærer at stemmeleie, intonasjon og ånderett går tapt, videre at det direkte sosiale samspillet ikke kan gjengis i skriftlig form, foreligger det abstraksjoner av intervjusamtalen. I følge Kvale og Brinkmann er transkripsjoner svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler (Kvale og Brinkmann, 2012:186-187). Bevisst på en slik mulig abstraksjon, forsøkte jeg å være en slik svekkelse forut ved å ta notater underveis i intervjusamtalen. Det vil derimot ikke være mulig å gjengi intervjusamtalen i sin hele og oppriktige form, men hvor jeg gjennom transkriberingen, ved å foreta arbeidet selv, ønsket å ivareta beretningene på en så

tilnærmet lik måte som mulig. Med dette mener jeg at jeg skrev ut samtalen stort sett ordrett i alle intervjuene, foruten pauser, kremting og liknende.

Opptakerfunksjonen gikk bra og det var god lyd kvalitet på alle samtalene bortsett fra ved korte perioder i de første intervjuene. Dette kom av en mulig nettforsbindelse som førte til noe problemer med å høre enkelte ord. Derimot fikk jeg likevel sammenheng i setningene som ble fortalt. Det varte bare i korte perioder og jeg evaluerte det slik at det ikke skulle ha noen betydning for kvaliteten på datamaterialet.

Under transkriberingen gjorde jeg refleksjoner og tolkninger fortløpende for så å vurdere spørsmålene og svarenes relevans. Jeg evaluerte videre utvalget med hensyn til de som ble intervjuet og om jeg hadde behov for å endre på den sammensetningen som var foretatt. Når intervjuet var over, endte jeg opp med omtrent 160 sider med transkribert tekst.

2.4 Analyse

Analysens formål er å bygge bro mellom rådata og resultatene ved at de innsamlede dataene blir organisert, fortolket og sammenfattet. Svarene som kommer til syne bestemmes av både spørsmålene, det empiriske materialet og den teoretiske rammen (Malterud, 2013:91).

Som gjort rede for i tidligere avsnitt, har den teoretiske synsvinkelen knyttet til adferd som skaper legitimitet i det sosiale livet, vært dels førende for utforming av intervju spørsmål, strategi for datainnsamling og i selve intervjuet. Samtidig har jeg også forsøkt å innta en refleksiv holdning i form av å også gjøre plass for eventuelle endringer i forhold til "brillene", eller den teoretiske rammen som skal bistå arbeidet når jeg skulle fortolke og finne mønstre i datamaterialet. Jeg ønsket gjennom intervjuene å få en så riktig og rik beskrivelse av samhandlingsvirksomheten slik som informantene opplevde den. Videre sette til side min egen forforståelse i den grad det er mulig, for å gjengi informantenes beretninger mest mulig likt informantenes beskrivelser. Med utgangspunkt i det fenomenologiske perspektivet hvor fenomenet som beskrevet er den oppriktige virksomheten slik som informantene opplever den.

I prosessen med å gjengi og fortolke fenomenet samhandling for å søke etter svar på hva som gir legitimitet i samhandlingen, var jeg innom ulike analysestrategier i teorien for å finne en hensiktsmessig tilnærming. Malterud viser blant annet til systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgis (1985, 2009) fenomenologiske analyse og har likhetstrekk med prosedyrene fra Grounded Theory. Giorgi beskriver en trinnvis prosess på fire trinn hvor 1) er å danne seg et helhetsinntrykk, 2) identifisere meningsdannende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene, og 4) sammenfatte betydningen av dette. Dette er omsatt i Malterud og utgjør hovedstrukturen til systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013:96-113).

Jeg vurderte å ta i bruk metoden som Malterud henviser til, men fant det derimot tidkrevende å gjennomføre. Jeg endte derfor opp med å gjennomføre analysen inspirert av både Malterud og Giorgis 4-trinns analysestrategi.

På den ene siden gjennomførte jeg ett og ett intervju og transkriberte fortløpende, samtidig som jeg gjennomførte første analysetrinn ved å danne meg et helhetsinntrykk. I første omgang dreide det seg om å få en oversikt over materialet. Når de transkriberte tekstene forelå, hadde jeg allerede både gjennom intervjuene og transkriberingen blitt kjent med informasjonen og gjort meg noen refleksjoner. For å få en ytterligere oversikt over materialet, leste jeg gjennom alle de transkriberte tekstene på nytt. I dette stadiet foretok jeg ingen systematisering, men gjorde noen notater i margin der jeg fant det hensiktsmessig.

På den andre siden varierte tidsintervallene mellom enkelte intervju, slik at jeg kunne starte på det andre og tredje trinnet som gjaldt å identifisere meningsdannende enheter og abstrahere innholdet i dette. Når jeg skulle identifisere meningsdannende enheter, fant jeg det mest hensiktsmessig å organisere materialet etter temaoverskriftene i intervjuguiden. Beretningene fra informantene ble da gjengitt så nær informantenes beskrivelse som mulig, samtidig som jeg foretok abstraksjon og systematiserte materialet rundt *samhandling, samhandlingsreform, samarbeidsavtaler, samhandlingsstruktur og muligheter/barrierer*.

Når alle intervjuene var avsluttet, foretok jeg på nytt en oversiktslesning basert på det empiriske gjengitte sammendraget, vurderte innholdet i forhold til problemstillingen som skulle belyses, for så å gå videre med en teoristyrte analyse basert på Scott sine perspektiver på legitimitet.

I en systematisk og reflektiv prosess tok jeg for meg ett og ett legitimitetsperspektiv; *regulativ, normativ og kognitiv*. Hver enkelt av disse pilarene har kjennetegn som belyses i oppgaven, og som dannet grunnlag for en systematisk fortolkningsprosess. Prosessen var ikke forhåndsbestemt annet enn at jeg ønsket å identifisere handlingsmønstre som kunne knyttes til de ulike legitimitetsperspektivene. Da jeg i forkant av analysen hadde en anelse om et instrumentelt skille mellom arbeidet som foregikk i strukturen og samhandlingsarbeidet generelt, valgte jeg å utføre analyseprosessen med utgangspunkt i to hovedområder; samhandling og samhandlingsstrukturen. Jeg startet med å undersøke samhandlingsarbeidet med en grov gjennomgang knyttet til hva som støttet eller ikke støttet opp om for eksempel regulativ legitimitet. I prosessen gikk jeg systematisk gjennom dokumenter som samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene, videre erfaringsmaterialet fra det transkriberte sammendraget. I første omgang baserte min tolkning på å gjengi beretningene på en så nøytral måte som mulig. I neste fase henvendte jeg meg til Scotts tolkning av legitimitet som jeg da tolket det gjengitte materialet i lys av. Dette gjennomførte jeg for hvert legitimitetsperspektiv knyttet til samhandling. I neste runde gjennomførte jeg samme prosessen med erfaringsmaterialet og dokumenter knyttet til samhandlingsstrukturen. Selv om dette har vært en teoristyrte metode, var jeg på ingen måte forutinntatt på hva jeg ville finne. Mønstrene og nyansene kom til underveis i en kombinasjon av trinnvis prosedyre og intuisjon. Hele veien var jeg bevisst mitt ståsted hvor jeg ønsket at beretningene skulle tale, som ved hjelp av Scott dannet et bilde med indikatorer på handlinger som både hemmer og fremmer legitimitet. Både i samhandlingsarbeidet knyttet til avtaler og praksis og i samhandlingsstrukturen.

2.5 Validitet

Validering handler om å vurdere kunnskapens gyldighet. Hva forteller studien noe om, og hvor vidt er det mulig å overføre kunnskapen ut over den sammenhengen som studien har vært gjennomført i (Malterud, 2013:181-189). I vitenskapsteorien har det

vært ulike meninger om hva som gir grunnlag til å vurdere vitenskapelig kunnskap som troverdig. Naturvitenskapens objektivisme med strengt kontrollerte og etterprøvbare kriterier har vært gjenstand for diskusjon også for humanvitenskapen. På tvers av tradisjonene er det samtidig en felles oppfatning av at validitetsspørsmålet er gjeldende, hvor naturvitenskapelige kriterier har blitt modifisert og tilpasset kvalitativ forskning. Kvale og Brinkmann viser til en fortolkning av validitetsbegrepet som håndverksmessig kvalitet, hvor forskers troverdighet og integritet har betydning i tillegg til å vurdere metodene som brukes. Validitetsspørsmålet må gjennomsyre hele forskningsprosessen som derfor tilnærmes en kontinuerlig prosessvalidering (Kvale og Brinkmann, 2012:246-269).

2.5.1 Validering i syv stadier

For å vurdere denne studiens validitet vil jeg vise til Kvale og Brinkmanns modell for validering i syv stadier (Kvale og Brinkmann, 2012:253,254). I lys av denne modellen vil jeg gjøre rede for mine egne vurderinger knyttet til validitet ved å gå gjennom hvert de ulike stadiene i forskningsprosessen.

Tematisering

Prosessen med å tilnærme et tema er som beskrevet både basert på mitt faglige ståsted og forforståelse om emnet som er basert på både dokumentstudier og kontakt med feltet. Den teoretiske rammen ble grundig vurdert i tråd med avgrensning av problemstillingen, og fortløpende evaluert i samråd med veileder med hensyn til gyldighet og relevans.

Planlegging

Med utgangspunkt i undersøkelsens forskningsspørsmål og teoretisk ramme, ble valg av metode og design vurdert i forhold til om strategiene var hensiktsmessige for å tilnærme svar på studiens spørsmål. Dette gjaldt fra operasjonalisering av begrep til utforming av en intervjuguide med formål om å innhente rike beskrivelser fra det strategiske utvalget. Kriterier for utvalg både med hensyn til avgrensning og representanter, ble grundig vurdert og evaluert. Med hensyn til tidsramme og ressurser ble utvalget knyttet til Helse Møre og Romsdal HF og kommunene på Sunnmøre. Med hensyn til en samhandlingsstruktur og avtaleverk som omfavner hele distriktet, ville det ideelle vært å innhentet erfaringer fra et bredere utvalg. Med dette som refleksjon, var

jeg bevisst under utvelgelse å finne informanter med spredning vedrørende funksjon og rolle, samtidig som de var involvert og hadde kjennskap til samhandlingsarbeidet og samhandlingsstrukturen. Det varierte mellom representantene hvor lenge og i hvilken grad de har vært involvert i arbeidet, noe som kan gi innvirkning på hvor vidt beskrivelsene var rike nok og relevans. Dette ble fortløpende vurdert under intervjufasen, hvor rekruttering av informanter ikke var fullført før januar 2015.

Intervjuing

De fleste av intervjupersonene er i sentrale roller, hvor ytringer om ulike helse- og omsorgsrelaterte forhold både i eget virke og i samfunnet ikke er ukjent. Dette kom også til syne under samtalene, hvor jeg ikke har noe å si på graden av troverdighet av det som ble berettet. Mulighet for å "pynte" på virkeligheten vil alltid være til stede, derimot tolket jeg beretningene til å være ærlige og troverdige, med variasjoner i deres opplevelser som både var positive og negative. Jeg var videre bevisst min rolle og mulighet til påvirkning ved å være den som leder samtalen, hvor jeg oppriktig ønsket å lytte til informantenes opplevelser og meninger. Samtidig ivareta gyldighet i forhold til å få rike beskrivelser som grunnlag for analysen. I en intervjusituasjon kan det videre være mulighet for tvetydighet, slik at jeg passet på at spørsmål kunne stilles på nytt for å sikre at informantene tolket meg riktig, og motsatt at jeg tolket de riktig. Jeg vurderer derfor samtalene som troverdige med hensyn til å kunne svare på studiens problemstilling.

Transkribering

For å sikre et datagrunnlag som var i tråd med informantenes beskrivelser, valgte jeg å transkribere intervjuene selv. Intervjuene ble omgjort til tekst stort sett ordrett. Jeg valgte å ikke ta med pauser, kremting eller hendelser i intervjuet som ikke var relevant for studiens formål.

Analysering

Med utgangspunkt i vurderinger og refleksjoner knyttet til forskningsspørsmål og teoretisk ramme, ble analysering av datagrunnlaget foretatt i lys av et teoretisk perspektiv knyttet til legitimitet. Kilden ble vurdert både med hensyn til vitenskapelig gyldighet og relevans i forhold til denne studiens forskningsspørsmål. Spørsmål og

tolkninger til intervjueteksten ble derfor knyttet til en teoretisk synsvinkel, og som jeg vurderer til å ha bidratt med å ivareta studiens pålitelighet.

Validering

Gjennom hele forskningsprosessen har hensyn til studiens pålitelighet og relevans vært et gjennomgripende tema. Jeg har hele veien forsøkt å være min forskerrolle bevisst i forhold til ståsted og forutinntatthet, slik at dette ikke skulle få påvirke studiens formål med å produsere gyldig kunnskap. Som forsker i kvalitative studier hvor dialogen mellom meg og informantene har vært sentral for erfaringsgrunnlaget som deles, har jeg etter beste evne forsøkt å ivareta beretningene slik at det empiriske materialet best mulig gjenspeiler informantenes erfaringer og meninger. Søken etter svar på hva som kan lede samhandlingsarbeidet i riktig retning, og hvordan en mulig struktur kan utformes, har vært ledestjerne for denne studien. For å validere valgene på denne reisen mot svar, har jeg i en stegvis prosess forsøkt å gjøre valg og finne strategier som er mest mulig hensiktsmessige i forhold til å gi svar på spørsmålene. I denne studien er erfaringsgrunnlaget basert på et lite men samtidig bredt utvalg i forhold til synsvinkler inn i samhandlingsverdenen. Ulike hensyn og interesser kom til syne allerede tidlig i forskningsprosessen. Jeg har i dette vurdert mitt eget ståsted og interesse for samhandlingsfeltet, hvor jeg har vært påpasselig med å ikke bli påvirket i den ene eller andre retningen. Jeg har ønsket, basert på informantenes rike beskrivelser, å la erfaringsmateriale tale og ved hjelp av en teori om legitimitet lede meg på veien mot svarene. Jeg hadde derfor ingen hypoteser i forkant av analysen annet enn min forforståelse, og hvor jeg forsøkte å nullstille meg når erfaringsmaterialet var samlet inn. For på denne måten å sikre gyldighet til den kunnskapen som måtte komme til syne.

Rapportering

Denne rapporten har som hensikt å gi leser et helhetsbilde fra det innledende avsnittet med bakgrunnsinformasjon for fenomenet som skal studeres, den teoretiske synsvinkelen, metodene og strategiene som brukes for å finne svar på studiens forskningsspørsmål. Jeg valgte å utforme analysen med en fortløpende beskrivelse av teori, empiri og tolkning, hvor jeg ønsket å gi leser en forståelse av veien som er gått for å finne fram til nye svar. Jeg håper rapporten som helhet vil gi grunnlag for nye tanker og refleksjoner knyttet til hva som kan bidra med legitimitet og ønsket adferd. For på denne måten å være et bidrag i videre planleggings- og utviklingsarbeid.

2.5.2 Etske hensyn

I forhold til etiske hensyn har dilemmaer fortløpende blitt vurdert. Jeg har vært bevisst min rolle og mulighet på innvirkning av forskningsresultatene, hvor å framstå med tillit og troverdighet har vært en integrert del gjennom hele planleggingsfasen. Mulige etiske dilemmaer knyttet til utvelgelse og konfidensialitet har vært vurdert, hvor ivaretagelse av informantene har vært sentral under hele prosessen. Informantene har gitt sitt samtykke til å stå fram med navn og rolle etter anbefaling fra NSD. Ved intervju av personer i sentrale roller, vil det være vanskelig å ivareta krav om fullstendig anonymitet. Den ene informanten valgte å være anonym, som er ivaretatt etter gjeldende anbefalinger.

2.5.3 Reliabilitet

Formålet med denne metodedelen har vært å eksplisitere forskningsprosessen fra startpunkt til endelig rapport. De valgene, refleksjonene og redegjørelsene som er belyst har som hensikt å bidra til å bygge opp under denne studiens pålitelighet. Erfaringsgrunnlaget fra intervjuene har jeg forsøkt å ivareta og omsette til skriftspråk på en slik måte at det er troverdig i forhold til informantenes beskrivelser. At det ikke vrenses eller vris på, eller tas ut av den sammenhengen som beskrivelsene er en del av. For å validere mine tolkninger, har informantene fått mulighet til å lese over sine beretninger. På denne måten kunne jeg sikre at jeg gjenga informasjonen riktig og at jeg hadde tolket de rett. De fikk også på denne måten muligheten til å validere sine egne tolkninger, hvor det i en forsker og forskerobjekt –relasjon kan oppstå misforståelser og tvetydighet. Som en siste validitetssjekk fikk informantene tilsendt analysen i sin helhet. Dette var et bevisst valg både med hensyn på å sikre innholdets pålitelighet, og samtidig ivareta informantenes integritet. Det har vært viktig for meg at informantene opplever at de blir tolket riktig og at innholdet i denne rapporten gjengir deres beretninger på en troverdig og pålitelig måte. Parallelt har min veileder fulgt prosessen og fått tilsendt materiale som vurderingsgrunnlag knyttet til validitet. Intervjumaterialet er ellers tatt vare på i forhold til forsvarlig oppbevaring etter gjeldende personvern hensyn (NSD). Hvorvidt en annen forsker vil finne de samme svarene som denne studien viser, vil ikke være mulig å gi noen garanti om. I en kvalitativ forskningsundersøkelse hvor erfaringsmaterialet er frukter av en semistrukturert samtale, blir diskursen til i selve

hendelsesforløpet. Det vil derfor være vanskelig å garantere at beretningene som dannet dette grunnlaget, vil bli de samme i en annen intervju situasjon. Funnene som jeg viser i denne studien støtter derimot opp om noe av tidligere forskning. Dette vil jeg tro er med på å styrke påliteligheten, til tross for min tolkning som er preget av min forforståelse og teoretisk tilnærming.

3 Legitimitet i samhandling og samhandlingsstruktur

For å bidra til realisering av helsepolitiske målsettinger, skal helseforetak og kommuner gjennom samhandling identifisere en mer hensiktsmessig fordeling av ansvar og oppgaver mellom seg. Dette arbeidet skal operasjonaliseres gjennom de lovpålagte samarbeidsavtalene, med støtte av en samhandlingsstruktur som skal bidra til at det avtalefestede samhandlingsarbeidet følges opp og gjennomføres. Med en forforståelse som bærer preg av at det eksisterer et instrumentalistisk skille mellom samhandling og struktur, kom dette også til syne i prosessen med å analysere erfaringsmaterialet. Handlinger som hemmer eller fremmer legitimitet blir derfor i dette kapitlet undersøkt både i samhandlingsarbeidet og i samhandlingsstrukturen.

3.1 Teoretisk perspektiv – tre pilarer for legitimitet

Et lite tilbakeblikk

Organisatorisk legitimitet har vært et bredt omtalt fenomen i samtidsforskningen, men som snarere har blitt påberopt enn beskrevet. Spørsmål om hva legitimitet er blir ofte overlappet med spørsmål om legitimitet i forhold til hva.

Et historisk tilbakeblikk viser røtter fra blant annet den tyske sosiologen Max Weber (1971) som i sin legitimeringsteori viser til staten som kan rettferdiggjøre sine valg med effektivitet basert på en instrumentell nytte- og kost kalkulering. Dersom en ser på tidligere organisasjonsforskning, ble organisasjoner i stor grad oppfattet som rasjonelle maskiner designet med formål om effektiv transformasjon av materielle ressurser til produksjon av varer og tjenester. Organisasjonene ble samtidig sett på som lukkede systemer som var avgrenset fra omgivelsene. På 1960-tallet fikk de teoretiske perspektivene en dramatisk vending, hvor teorier om organisasjoner som åpne system viser at det ikke bare er de tekniske eller materielle forholdene som påvirker omgivelsene i organisasjonene. Derimot viser forskning at også kulturelle normer, symbol, tro og ritual har betydning (Suchman, 1995, Scott, 1998). I dette perspektivet legitimerte Weber (1978) maktbruken i nødvendigheten ved å realisere målene.

Fra denne synsvinkelen har det utviklet seg et stort teoretisk rammeverk som adresserer til både de normative og kognitive kreftene som påvirker, utvikler og styrker aktørene. Derimot viser både Suchman (1995) og Scott (1998) til en betydelig

overlapping i temaer og interesseområder. Alt etter interesseområde og ståsted for den enkelte forsker, vises i hvilke aspekt ved institusjoner som får mest oppmerksomhet. Det som teoretikere har merket seg er at siste tids forskning i større grad ser sammenhenger mellom kognitiv og kulturelle forhold. Videre knyttes legitimitet opp mot tre hovedretninger; legitimitet som er forankret i det pragmatiske synet på hva som oppleves som nyttig, legitimitet forankret i normative vurderinger av hva som oppfattes som moralsk riktig adferd, og legitimitet forankret i de kognitive definisjonene av hva som er erkjent.

De tre pilarer

Den amerikanske sosiologen Richard William Scott viser til de ulike tilnærmingene og knytter sammenhenger mellom forhold i de institusjonelle omgivelsene som påvirker organisasjoners eksistens og virke. De institusjonelle omgivelsene deles inn i tre hovedområder som hver for seg og sammen er bærende element for organisasjoners evne til å legitimere seg selv. "...institutions consist of cognitive, normative, and regulative structures and activities that provide stability and meaning to social behavior" (Scott, 1995:33 i Scott 1998:133).

I et hvilket som helst utviklet institusjonelt system er alle tre elementene til stede, som gjennom interaksjon skal fremme og opprettholde orden. Scott har skissert opp de ulike elementene med påfølgende kjennetegn i en modell. Dette er skissert under og oversatt til norsk:

Figur 1: Tre institusjonelle oppfatninger (Scott, 1998:134)

	Regulativ	Normativ	Kognitiv
Grunnlag av samsvar	Hensiktsmessighet	Sosiale forpliktelser	Tatt for gitt
Mekanismer	Tvang, regiditet	normative	Etterligning, imitering
Logikk	instrumentell	Det som er mest passende	ortodoks
Indikatorer	Regler, lover, sanksjoner	Sertifisering, akreditering	Det som er utbredt, likhet
Base for legitimitet	Legal legitimitet	Moralsk legitimitet	Kognitiv legitimitet

3.2 Legitimitet i samhandling

I et forsøk på å sette samhandling på dagsorden, kom samhandlingsreformen som en retningsgiver for norsk helse- og omsorgspolitik. Helsepolitikere ropte gjennom reformen et varsku til det norske folk om at det skulle settes i verk tiltak for å utvikle en helse- og omsorgssektor som er bærekraftig og som svarer på pasienters behov for koordinerte tjenester. Tiltakene er dels strukturelle i form av at det må skje endringer i den organisatoriske oppbygningen av tjenestene. Lovpålegg, insentiver og forpliktende samarbeidsavtaler skal gi nødvendig realiseringskraft. Samtidig er realisering av samhandlingsreformens intensjoner også avhengig av vilje og felles opplutning. Samhandlingsarbeidet kan ikke alene lovpålegges, det må videre understøttes av både normative og kognitiv-kulturelle mekanismer.

3.2.1 Regulativ legitimitet i form av lov, avtaler og økonomiske insentiver

For å forankre samhandlingsarbeidet, ble det utviklet et lovpålagt avtalesystem mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette kom som er en videreføring av den frivillige samarbeidsavtalen som tidligere var inngått mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Samarbeidsavtalene skal tydeliggjøre ansvars- og oppgave forhold og vise hvordan kommuner og helseforetak skal samarbeide om helse- og omsorgstjenester. For å motivere virksomhetene til å følge opp de helsepolitiske målene, iverksatte regjeringen et sett av økonomiske virkemidler (St.meld.nr 47, 2008-2009).

Legal legitimitet gjennom lov

I følge Scott knyttes den regulative legitimiteten til system og lover som gir deltakere legitimitet til å iverksette handlinger (Scott, 1998:133,134). Samhandlingsreformen som en retningsgiver for norsk helsepolitikk, knyttes derfor ikke direkte til den regulative legitimiteten, men støttes videre opp av lovverket og ulike virkemidler som skal motivere aktørene til å omstille seg.

Boks 1: Regulativ legitimitet

Scott viser til det regulative perspektivet hvor gjeldende lov- og regelverk gir legitimitet til å iverksette handlinger. Aktørene handler ut fra en instrumentell logikk og etterkommer regler etter det som er mest hensiktsmessig for å unngå sanksjoner eller motta belønninger.

Legitimiteten vil vise seg i den grad organisasjonen etterlever de lover og regler som er satt (Scott, 1998:133,134).

De mest sentrale lovverket er listet opp under:

- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)
- LOV 2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid (folkehelseeloven)
- LOV 1999-07-02-64 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven)
- LOV 1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
- Forskrifter til overnevnte lover

(Helse Møre og Romsdal HF, 2014c)

Lovverket som forplikter kommuner og helseforetak til å inngå samarbeidsavtaler, er Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) og Lov om Spesialisthelsetjenester (1999).

Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) § 2.1e viser til helseforetakets plikt til å legge til rette for nødvendig samarbeid både mellom ulike helseforetak i egen region, videre samarbeid med andre helseforetak, fylkeskommuner, kommuner eller andre tjenesteytere som kan omfattes av loven. Loven presiserer at det regionale helseforetaket skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler og viser til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011).

Lov om kommunale- helse og omsorgstjenester (2011) §3-4 forplikter kommunene til å legge til rette for samhandling innad kommunen og med andre tjenesteytere. Videre står det at kommunen skal samarbeide med fylkeskommune, regionalt helseforetak og stat for å utvikle en best mulig enhetlig helse- og omsorgstjeneste.

§ 6.1 tydeliggjør at pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av samarbeidsavtalene. Videre står det at pasienter og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Med dette som bakteppe får samhandlingsreformen slagkraft ved et flerfoldig lov- og forskriftsverk som rammer inn arbeidet og skal føre til utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene.

Kommunalsjef Liv Stette i Ålesund kommune, viser til ansvaret som helseforetaket og kommunene har etter det som er gitt gjennom lov. For Stette er de lovfestede pliktene partene skal følge kanskje det viktigste i samhandlingen. Videre at pasienters rettigheter ivaretas og at de opplever samhandlingen som god.

“...vi skal samarbeide slik at pasienten får den riktige behandlingen til riktig tid. At pasienten får en best mulig opplevelse av de ulike instansene som er innom samarbeidet, og at vi har et system som sikrer at det som foregår i forhold til oppgavedeling og finansiering, er rett etter lov og forskrifter” (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Skildringen viser at legitimiteten gjennom lovverket som Scott (1998) legger til grunn i den regulative legitimiteten, er sentral. Stette viser til det lovfestede som forplikter partene til å samhandle, samtidig som det legger føringer for den kommende oppgave- og ansvarsfordelingen kommuner og helseforetak står overfor. I følge Stette er det behov for at dette arbeidet ivaretas av et system, slik at samhandlingen følger vedtatte lover og forskrifter (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Lovregulert avtalesystem

Oppgave- og ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommuner skal lede an til en sterkere kommunerolle. I dette ligger det at oppfølging i helhetlig forløpsperspektiv¹

¹ Et forløp beskrives som den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at hendelsene er satt sammen på en koordinert og rasjonell måte for å møte pasientens ulike behov St.meld.nr.47. (2008-2009:15):Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted-til rett tid.

kan ivaretas på lavest effektive omsorgsnivå (BEON)². For at dette arbeidet skal lykkes forutsettes det et nært samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Da det ikke er mulig å utforme en endelig grensedracting mellom de ulike nivåenes ansvarsforhold, trekker samhandlingsreformen fram behovet for å etablere et lovpålagt avtalesystem som sikrer at helseforetakene oppfyller forpliktelsene de har overfor kommunene, som utveksling og oppbygging av kompetanse. Både for å unngå dobbeloppbygging og at noen står uten tilbud.

“...det må også etableres rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og levere tjenester som samsvarer med målene i helse- og omsorgspolitikken” (St.Meld.nr.47, 2008-2009:25).

For å motivere partene så regjeringen det derfor hensiktsmessig å realisere arbeidet gjennom følgende økonomiske insentiver;

- Innføring av kommunal medfinansiering³ av spesialisthelsetjenesten
- Overføring av det økonomiske ansvaret for pasienter som er utskrivingsklare⁴ til kommunene
- Økt grad av rammefinansiering⁵ av spesialisthelsetjenesten

² BEON-prinsippet betyr at helhetstenkning rundt forebygging, tidlig intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging i størst mulig grad ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå. St.meld.nr.47. (2008-2009:26): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

³ Kommunal medfinansiering innebærer at kommunen får et økonomisk medansvar for behandling av spesialisthelsetjenesten. Dette finansieres ved å overføre deler som tilsvarer 20 % av innskudd fra stat til helseforetak, over til kommunene St.meld.nr.47. (2008-2009:31): Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted-til rett tid. *Ordringen ble avvirket 1.januar, 2015.* Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). Forskrift om endring i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

⁴ Regjering overfører ansvar og ressurser knyttet til utskrivingsklare pasienter til kommunene, hvor kommuner får en betalingsplikt for pasienter definert utskrivingsklare. Døgnpris for opphold i sykehus for en utskrivingsklar pasient er satt til kr 4000 Helse- og omsorgsdepartementet. (2011b): Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115> Dette finansieres ved at kommunene samlet, ved innføring av ordning, får tilført midler tilsvarende kostnader for utskrivingsklare pasienter. Samtidig får helseforetaket trekk i sine rammer St.meld.nr.47. (2008-2009:32): Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted-til rett tid.

⁵ Økt grad av rammefinansiering innebærer å redusere den samlede aktivitetsbaserte finansieringen (ISF) av regionale helseforetak fra 40 til 30 prosent fra 2012. Formålet er å redusere sykehusenes insentiv i å ta pasienter unødige inn i sykehus og dermed tilrettelegge for økt grad av behandling i kommunene St.meld.nr.47. (2008-2009:33): Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted-til rett tid.

Samhandlingsreformen viser her til behovet for å sikre at samarbeidet følges opp, slik at det gir effekter for pasienter og er samfunnsøkonomisk bærekraftig. Videre at regionale helseforetak ikke unnviker sitt "sørge for" ansvar for spesialisthelsetjenesten, som innebærer ansvar for at statlige tilskudd brukes i samsvar med angitte rammer, mål og prioriteringer for helsetjenesten (St.meld.nr.47, 2008-2009). Dette kan tolkes som at øverste myndighet ser behovet for kontroll av aktørene slik at de målene reformen har satt følges opp og etterleves i praksis.

Kommuneoverlegen i Volda og Ørsta kommune, Arne Gotteberg, trekker blant annet fram at desentralisering av behandlingstilbud fra helseforetak til kommuner krever overføring av kunnskap og kompetanse. For å ivareta dette er det viktig at det etableres gode rammer og avtaler for gjensidig hjelp og støtte mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten (Gotteberg, intervju 15.januar, 2015).

Jeg tolker skildringene slik at det er helt sentralt å ha et rammeverk som støtter opp om det lovpålagte samhandlingsarbeidet. Videre at det sikrer at både kommuner og helseforetak er aktive deltakere med å realisere målene til samhandlingsreformen. Jeg stiller meg derimot undrende til om behovet for å ha et avtalesystem som sikrer samhandlingsarbeidet, er basert på kollektiv nytte for å realisere samhandlingsreformen alene, eller om det også preges av individuelle hensyn.

I følge Scott vil handlinger i det regulative perspektivet rettes mot det som er mest hensiktsmessig, og ligger nær det instrumentalistiske kost-nyttefokus som blir førende for måten aktører handler på (Scott, 1998). For kommunene står samfunnsoppdraget sentralt samtidig som de skal sørge for egen eksistens og virke. På samme måte har helseforetakene sine primære behov. For begge virksomheter har effektivitet og produktivitet vært ledestjerner etter New Public Management tankegangen som spredte om seg for noen tiår siden (Røiseland og Vabo, 2012). Dette kan være med å prege både kommuner og helseforetak i handlingsmønster og beslutninger til tross for insentiver og ressurslovnader.

Samhandlingsreformen trekker frem et behov for å forplikte partene, slik at ikke handlinger baserer seg på egen vinning. Det vises blant annet til de eksisterende

finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten, hvor de regionale helseforetakene finansieres gjennom basisbevilgning⁶ og aktivitetsbasert innskudd⁷. Helsepolitiske målsettinger initierer en omfordeling av oppgaver hvor pasienter som ikke trenger spesialistbehandling skal overføres til kommunene. Kommunene må i denne sammenhengen rustes opp både med ressurser og kompetanse for å håndtere dette. For å motivere til denne oppgaveoverføringen, tar regjering i bruk finansielle virkemidler som ligger nært opp til Scott sin beskrivelse av regulativ legitimitet, hvor aktører utfører handlinger slik at de unngår sanksjoner eller mottar belønninger (Scott, 1998:133,134). Samtidig kan dette utfordres av egen nytte og instrumentell logikk. Når ressurser omfordeles på en slik måte at midler overføres fra regionale helseforetak til kommuner, samtidig som regionale helseforetak bevilges gjennom aktivitetsbaserte tilskudd, kan dette skape en barriere for oppgaveoverføringen. For å hindre at pasienter holdes igjen for egen fortjeneste, og sikre at helseforetakene følger opp sine forpliktelser overfor kommunene, forpliktes de derfor til samarbeid gjennom lov. Videre skal avtaleverket hindre at det oppstår usikkerhet om oppgave- og ansvarsforhold, og vise planlagt fordeling av oppgaver mellom kommuner, samarbeidende kommuner og helseforetak.

Avtaletekst av betydning

I forbindelse med innføring av de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommuner og regionale helseforetak, kom det krav fra Helse- og omsorgsdepartementet til alle landets kommuner og de regionale helseforetakene, med frist for ikrafttredelse av lovbestemmelsen til 1. januar 2012. Innen januar samme år skulle punktene som vist under være på plass, mens de resterende som omfatter lovens minstekrav på 11 punkt skulle ferdigstilles et halvt år senere.

⁶ Basisbevilgning fordeles mellom de regionale helseforetakene etter befolkningstrekk som fanger opp behov og variasjon i kostnader som er forbundet med å gi likeverdig tilbud i landet St.meld.nr. 47. (2008-2009:101): Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted-til rett tid.

⁷ Aktivitetsbasert bevilgning blir også kalt innsatsstyrt finansiering (ISF) som bestemmes etter konkrete aktivitetskrav i antall DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper). Dette er et klassifiseringssystem hvor polikliniske konsultasjoner og sykehusopphold i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene St.meld.nr.47. (2008-2009:101): Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted-til rett tid.

Helsedirektoratet. (2015a):DRG-systemet

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet> lastet ned 14.02.2015.

- Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre
- Retningslinjer for innleggelse i sykehus
- Retningslinjer for samarbeid om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon
- Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinske tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a).

Departementet understreket videre at kommuner og helseforetak skulle sikre brukermedvirkning, videre at ansattes organisasjoner skulle trekkes med etter samsvar med regler i arbeidslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011a:2).

Brukerrepresentanten var ikke selv direkte involvert i prosessen, men viser til at brukerutvalget var med og det foregikk en del møtevirksomhet hvor de fikk komme med innspill (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

Gotteberg forteller at han opplevde det som et stort press å få avtalene ferdig innen fristen som departementet hadde satt. Samtidig å bevare de etiske perspektivene som den tidligere samarbeidsavtalen mellom Helse Sunnmøre og kommunene bar preg av. *"...vi jobbet mye med etikken, jevnbyrdighet og likeverd, pasienten i sentrum og felles arena. Men så måtte vi jo dekke opp de elleve spesialområdene som departementet hadde sagt"* (Gotteberg, intervju, 15. januar, 2015). Gotteberg forteller videre at fra å i stor grad ha utformet intensjonspregede avtaleverk, ble de nye avtalene sentrert rundt juridiske formuleringer. Det var sterkere krav til formaliteter og knyttet til en stor grad mer juss, noe Gotteberg opplevde som utfordrende. Mye tid har derfor gått med til å file på formuleringer for å finne de riktige ordene. Derimot er Gotteberg tydelig på at tvister av økonomisk betydning, krever avtaler som er presise og som ikke kan misforstås (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

For at handlinger skal bidra til regulativ legitimitet, viser Scott til at dette gjenspeiler seg i den grad deltakerne etterfølger gitte lover og regler (Scott, 1998:133,134). Som Stette viser til ligger lovverket sterkt og forplikter til samhandling, samtidig som det er viktig for Stette at partene har et system rundt som ivaretar at handlinger utøves etter

gjeldende regler og forskrifter. Derimot stilles det krav til avtaleutformingen, både ved å sette frist for ferdigstillelse av avtalene og punktliste over innhold i prioritert rekkefølge. Dette drar paralleller mot en form av tvang og regiditet i systemet, som Scott viser som understøttende mekanismer for å tvinge fram handlinger i det regulative perspektivet (Scott, 1998:133,134). Strengt krav til formuleringer samtidig som at dette skulle forplikte partene, opplevdes i følge Gotteberg som utfordrende.

Lovkrav kan føre til usikkerhet

Når partene i tråd med lovkrav skal fordele oppgaver og ansvar mellom seg, vil det vise seg som en venstreforskyvning av ansvarsforholdet. Dette innebærer at helse- og omsorgsoppgaver som ligger i grenselandet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i større grad der det er mulig skal håndteres av kommunene. For eksempel kan kommuner ved å fokusere på forebygging og tidlig intervensjon, hindre at sykdom oppstår som på sikt kan kreve behandling på sykehus. Når flere oppgaver skal overføres til kommunene, vil det kreve en tydeligere politikutforming i forhold til blant annet innhold, kvalitet, kompetanse og utdanning. Kommuner må omstille seg ved å enten bygge opp eksisterende oppgaver eller utvikle nye tjenestetilbud, slik at oppgaver kan flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Som vist til er ambisjonen at helhetlige pasientforløp kan ivaretas i størst mulig grad innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) St.Meld.nr. 47 (2008-2009:26).

Assisterende direktør Helge Ristesund ved Helse Møre og Romsdal HF, viser blant annet til BEON- prinsippet, derimot er Ristesund tydelig på at kvaliteten må være på plass.

"...forutsatt at kvaliteten er på plass. Det ligger til grunn for alt, både for det vi driver med internt og det kommuner driver med internt hos seg, og det vi driver på med på tvers mellom sykehus og virksomheter" (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund viser videre til at krav om kvalitet kommer som styringssignal ovenfra, men også nedenfra hvor pasienter og brukere stiller krav om kvalitet til de tjenestene de mottar.

Jeg tar med meg det Ristesund forteller og er nysgjerrig på hvordan aktørene møter kravene ovenfra som skal bidra til å nå samhandlingsreformens målsettinger, samtidig som det ropes etter effektivitet, kvalitet og god økonomi.

I følge Stette var skepsis hos kommunene knyttet til tid og penger. Kommunen var i følge Stette lite klar på hvordan det kom til å slå ut økonomisk for de, *"...organisasjonene var avventende, politikerne var litt skeptiske og engstelige"* (Stette, intervju, 18.november, 2014). I hovedsak dreide dette seg om volum og dimensjonering av nye oppgaver, hvor kommunen var opptatt av i hvilken grad dette ville medføre et sterkt press på kommunens tjenester som de ikke var dimensjonert for. Dette knyttet seg først og fremst til de utskrivingsklare pasientene, hvor kommunen skulle gå fra å ha ti dager på seg til 24 timer. Stette er helt klar på at dette gikk rett inn på dimensjoneringen til kommunen, og at de ville oppleve å ha for få tilbud til å håndtere dette. Dette fikk derfor mye oppmerksomhet og ble tatt opp i flere retninger. Det ble blant annet tatt opp med fastlegene for å få fram hva dette ville bety for deres praksis. *"...det var litt sånn i tåkelandet, vi hadde ikke noe klart bilde av hvordan effekten kom til å vise seg for oss"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Janita Skogeng som er avdelingssjef for kvinneklinikken ved Helse Møre og Romsdal HF, kan fortelle at når samhandlingsreformen kom, så ble det stilt spørsmål ved at helseforetaket skulle få færre senger og mer behandling skulle ut i kommunene. *"...det tror jeg mange har opplevd som en vanskelig tilnærming, at vi skulle bygges ned"* (Skogeng, intervju, 13.november, 2014). Samtidig viser Skogeng til at spesialisthelsetjenesten driver med en del omsorgsarbeid på pasienter som kan få behandling og ivaretas best der de bor. Skogeng trekker fram ferdigbehandlede pasienter hvor avgjørelsen om behandlingssted ikke bare er et økonomisk spørsmål, men også et faglig, prinsipielt spørsmål om hvor pasienten får det best. I egen klinikk ser Skogeng at pasienten i størst mulig grad skal få hjelpen sin ute i kommunene (Skogeng, intervju, 13.november, 2014).

Kommunalsjef i Sula kommune, Kjetil Fylling, viser til utfordringer knyttet til finansiering og behovet for å gå i takt. Tøffe effektiviseringskrav påføres sykehusene som fører med seg strukturendringer og et stort press på kommunene i forhold til oppgaveoverføring. I følge Fylling K blir ofte kommuner i denne sammenheng framstilt som uvillige til å ta på seg nye oppgaver. Fylling K presiserer at dette ikke går på manglende vilje, men manglende ressurser som både omfatter finansielle ressurser og ressurser i form av kompetanse. *"...dette tar tid å bygge opp, og det er veldig viktig at*

disse prosessene går i takt slik at en ikke fjerner noe før det er noe annet som er klart til å ta imot” (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Stian Endresen som er praksiskonsulent⁸ og fastlege i Ulstein kommune, har ansvar for samhandling mellom fastlegene på Sunnmøre, Volda sykehus og Ålesund sykehus. Endresen viser også til betydningen av ressurser. I følge Endresen er det lite ressurser øremerket samhandling, hvor praksiskonsulentene innen enkelte områder har måttet bidratt mer for å bedre samhandlingen. Endresen viser til enkelte fagområder som har en tydelig grense for hva som er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar og hva som er kommunehelsetjenesten sitt ansvar. Derimot er det for andre fagområder en mer uklar grense. Endresen viser til fagområdene for rusbehandling, barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri som skal ivareta behandling til pasienter som ligger i en gråsoner for hva som er spesialisthelsetjenesten sitt ansvar og hva som er kommunehelsetjenesten sitt ansvar. *”...den er fryktelig bred, og bredda på den (gråsonen) er forskjellig fra kommune til kommune” (Endresen, intervju, 10.desember, 2014).* Endresen tror fagområdene ønsker å bedre samhandlingen her, men at muligheten til å bedre dette, begrenses av mangel på tid og ressurser (Endresen, intervju, 10.desember, 2014).

I følge Fylling K var det en politisk overseelse vedrørende finansiering i forbindelse med lansering av samhandlingsreformen hvor kommuner skulle få flere nye oppgaver. En mistolking av den kommunale medfinansieringen førte til at mange gikk fem på, og opprettet nye kommunale tilbud som for eksempel frisklivssentraler. Fylling K viser til et utsagn fra en helsetopp i det regionale helseforetaket på en stor konferanse når samhandlingsreformen ble lansert; *”...til dette har nå kommunene fått mange nye penger”*. Det viste seg derimot når kommunene telte opp, at en ikke hadde fått noen flere ”friske” kroner. Enkelte kommuner som var litt for snar med å opprette tilbud, sliter i dag økonomisk og må fjerne tilbud fordi ressursene til å drive de ikke er til stede. I egen kommune viser Fylling K til at de var forsiktige med å opprette noe uten å være sikre på at finansiering var på plass. Pengene som kom med den kommunale

⁸ Praksiskonsulent er inngått i form av en rammeavtale mellom de regionale helseforetak og legeföreningen om praksiskonsulentordningen for leger. Formålet med ordningen er å bidra til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten Helse Møre og Romsdal HF. (2014c): Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Vedlegg 13. Samarbeid om praksiskonsulentordninger.

medfinansieringen ble bare sendt ei runde innom kommunen for så å bli betalt ut igjen til sykehusene. *"...det var ikke en finansieringsordning, men en insentivordning!"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Lover og regler kan på denne måten også møtes med skepsis blant aktørene som skal følge krav ovenfra og samtidig veies opp mot organisasjonenes frykt for å havne i en økonomisk knipe. Videre er det avgjørende at aktørene har ressurser til å sette i gang samhandlingstiltak, særlig i gråsonerområder hvor ansvarsforholdene mellom helseforetaket og kommunene er vanskelig å definere. Scott (1998) viser til deltakere i organisasjoner som handler etter en rasjonell fornuft og det som oppleves som nyttig. For de fleste er økonomi et naturlig styrende punkt, som også møtes av krav om kvalitet. Til tross for samfunnsoppdraget som forplikter partene til samarbeid, viser skildringene over at finansielle virkemidler som i utgangspunktet skal motivere til handling, i stedet kan skape utfordringer for det videre samhandlingsarbeidet.

Utskrivingsklare pasienter - virkemidler eller sprengstoff?

For å få fortgang i implementering av samhandlingsreformen, ble det vedtatt fra myndighetene et bredt sett med virkemidler. Det som viser seg å få en sentral betydning for arbeidet med avtalene, knytter seg til de finansielle virkemidlene. Forskrift knyttet til kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter er de mest framtrepende, som legger press enten i form av pisk eller gulrot for å få kommunene til å omstille seg hurtigst mulig. Videre forpliktet lovverket også partene til å opprette tilbud for kommunal øyeblikkelig hjelp⁹. Derimot ble ikke fristen for å ferdigstille dette arbeidet satt før 1.januar, 2016 (Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, 2011: §3-5) (Regjeringen, 2011).

⁹ Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp innebærer at kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere som har behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for LOV 2011-06-24-30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. §3-5.

Regjeringen. (2011): Samhandlingsreformen – informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/> lastet ned 16.02.2015

Scott viser til aktørene i et regulativ perspektiv som handler etter det som er mest hensiktsmessig, hvor de fleste i stor grad planlegger sitt virke for å unngå sanksjoner eller straff (Scott, 1998:133,134). Alle de nevnte forskriftene fikk konsekvenser for samhandlingsarbeidet og skulle forankres og forplikte partene gjennom samarbeidsavtalene.

Hvis en tar for seg forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (2011b), ville kommuner som ikke klarte å omstille seg slik at de kunne ta i mot disse pasientene, bli straffet med bøter. I følge Stette var det økonomiske og finansielle kanskje det letteste å forstå i avtalen. Derimot endringer som lå fram i tid som for eksempel arbeidet med øyeblikkelig hjelp, hadde kommunen tid til å planlegge (Stette, intervju, 18.november, 2014).

For kommuner med trang økonomi og et stadig press om å kutte kostnader, ble derfor betalingsordningen et sentralt område som de fulgte nøye med på og som det også ble jobbet mye med under avtaleutforming. Forskriften beskriver i detalj formål og virkeområde, derimot er det opp til partene å beslutte hvordan de organiserer tjenestene og lage prosedyre for pasienter som har antatt behov for kommunale tjenester. For både kommunene og helseforetaket ble det viktig å sikre en avtaletekst som kunne støtte opp under samhandlingsarbeidet, samtidig som oppmerksomheten ble rettet mot områder som kunne få prinsipielle ringvirkninger for partene.

Stette forteller blant annet at kommunen involverte seg tidlig og hadde et stort engasjement i avtaleutforming. Stette viser videre til runder med andre kommuner og helseforetaket for å beslutte hvem som skulle foreslå avtaleteksten. Det ble opprettet et felles forberedelsesutvalg for kommunene og helseforetaket i Møre og Romsdal. Selve utvalget var tverrfaglig sammensatt hvor Ålesund kommune stilte med kommuneadvokat og Volda kommune med kommuneoverlege. Fra helseforetaket stilte samhandlingssjef, og Stette tror også at helseforetaket vektla å trekke inn folk med ulike perspektiv slik at utvalget ble så bra som mulig. Utvalget var partssammensatt og jobbet i ulike faser fra utredning til mer utformingsbasert, for til slutt å ha status som en forhandlingssituasjon. Arbeidsmåten fungerte slik at gruppen jobbet med tekst og sendte dette ut til kommunene. I følge Stette ble det oppnevnt kontaktpersoner i

samtlige kommuner som mottok nye innspill. Videre hadde kommunene etablert et forum gjennom Sunnmøre regionråd IKS (SR)¹⁰ til drøfting av avtaleutformingen (Stette, intervju, 18.november, 2014).

I følge Fylling K var etablering av samhandlingsgruppa gjennom regionrådet basert på et ønske fra kommunene om å samle seg i møte med samhandlingsreformen. Fylling K forteller at på denne måten fikk representantene som ble valgt inn i de formelle rådene noen å spille på. På den andre siden var det en klar forståelse for at helseforetaket ikke kunne utforme 36 ulike samarbeidsavtaler, hvor kommunene derfor valgte å samordne seg slik at det ble mest mulig likhet i avtalene. Fylling K forteller videre at han brukte sin ledergruppe internt i kommunen for både å orientere de, men også få innspill i forhold til det de jobbet med. Det viste seg at arbeidet med utskrivingsklare pasienter ble et hett tema å få på plass. *“...det var kanskje det aller vanskeligste temaet. Det var vanskelig å få til en god politisk forankring på det”* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Fylling K viser videre til helseforetaket som opplevde det utfordrende at avtalene skulle vedtas i 36 ulike kommunestyre. Videre til den kommunale selvråderetten som grunnleggende *“...det prøvde jeg å si, og etter hvert så skjønnte de det. At det ikke gikk an å komme forbi kommunestyrene”* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). Fylling K betegner prosessen som krevende, men ser heller ikke noe alternativ da den var lovpålagt med klare punkt i loven om hva avtalene skulle inneholde. *“...en måtte bare slite seg gjennom det”* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Skildringen viser her at til tross for utfordringer, så var loven vedtatt og satt hvor partene derfor bare måtte finne en løsning. Som to svært ulike offentlige institusjoner omringet av hver sitt komplekse regelsystem, kan det være utfordrende å møtes i et

¹⁰ Sunnmøre regionråd IKS (SR) er regionråd og samarbeidsorgan for 19 kommuner på Sunnmøre og Romsdal. Det er organisert som IKS og regulert etter lov om IKS 1999. Viktige oppgaver er å skape arena for samhandling i regionen, initiere og drive utviklingsprosesser regionalt, videre arbeide for regional utvikling og regionale rammebetingelser. Medlemskommuner; Giske, Haram, Hareid, Herøy, Norddal, Sande, Sandøy, Skodje, Stordal, Stranda, Sula, Sykkylven, Ulstein, Vanylven, Vestnes, Volda, Ørskog, Ørsta og Ålesund Sunnmøre regionråd IKS. (2015): Sunnmøre regionråd IKS. Om oss. <http://www.sunnmoreregionrad.no/index.php/om-oss> lastet ned 16.02.2015

samarbeid og slutte opp om en felles samarbeidsavtale. Kommunestyrene er suverene hentes det, hvor selvråderetten krever at saker skal vedtas i hvert enkelt kommunestyre. Av demokratisk hensyn er det lovpålagt å legge saker ut for høring, samtidig kan det tenkes at det også foreligger en egeninteresse hos kommunene. Jeg tenker her på saker av økonomisk karakter som utskrivingsklare pasienter, som ser ut til å skape hodebry når det skal gjennom et kommunestyre.

Finansielle virkemidler virker

Samtlige av informantene fra både kommuner og helseforetak viste til den nye betalingsordningen for utskrivingsklare pasienter, og mange legger ikke skjul på at de ikke var like ivrige på å ta pasientene raskt tilbake til kommunene før beløpet steg kraftig og skulle gjelde fra første dag i 2012.

"...vi ble bare nødt til å prioritere det høyere. Det er en prioritering og der virker finansieringsordningen helt klart" (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm ved Helse Møre og Romsdal HF, viser blant annet til andel utskrivingsklare pasienter som ble halvert over natten (Tyrholm, intervju, 1.desember, 2014), og både pleie- og omsorgsleder Ragnhild Velsvik Berge i Herøy kommune, og Endresen, viser til datoen før og etter avtalens ikrafttredelse. Enkelte kommuner klarte å ta i mot pasientene fra første dag. *"...vi har tatt de med en gang tidligere også, så det ble ikke noen stor forskjell for oss"* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Endresen forteller ivrig at han undersøkte gjennomsnittstallene på inneliggende utskrivingsklare pasienter ved Volda sykehus. Det lå til en hver tid syv utskrivingsklare pasienter som i snitt ble liggende i ni døgn før kommunene kunne ta imot de *...så kom reformen og plutselig 01.01.2012 går tallet ned til 0. De tar imot alle, på dagen!"* (Endresen, intervju, 10.desember, 2014). Endresen er klar på at dette handler om økonomi, og at dette påvirker kommunene inn i en ny tankegang. *"...en måtte ta imot de, og en får det til. En måtte legge forholdene til rette for de!"* (Endresen, intervju, 10.desember, 2014).

Fylling K viser blant annet til midlene de fikk i forbindelse med ordningen for utskrivingsklare pasienter, som kommunen benyttet til å bemanne opp sitt tildelingskontor. På denne måten kunne kommunen ta i mot de utskrivingsklare pasientene, og Fylling K forteller at de fram til i dag nesten ikke har betalt "helsebot" (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Ordfører Thorbjørn Fylling i Ørskog kommune kan også fortelle med en anelse stolthet i stemmen at de har klart å ta imot nærmest alle utskrivingsklare pasienter. *"...vi klarte kanskje å tilpasse det bedre enn det en kunne forvente av en liten kommune"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). Fylling T tror årsaken ligger i kommunens måte å organisere de lokale tjenestene på og ressurspersonene som jobber der. For å ta unna ferdigbehandlede pasienter, definerte de om sykehjemsplasser og opprettet korttidsplasser med en betjening som stod til oppgavene (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015).

Gotteberg viser videre til samarbeidsordningen for å møte kravene vedrørende kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp. Da samhandlingsmidlene kom, var det en betydelig interesse i å investere i de enkelte sykehjemmene som i lang tid hadde vært sulteforet på investeringer, både økonomisk men også som behandlingsinstitusjoner. De syv kommunene som også blir kalt Sjustjerna¹¹, valgte derfor å bygge ut korttidsplasser i de enkelte sykehjemmene, som ble øremerket til å ta imot ferdigbehandlede pasienter. Ved å legge øyeblikkelig hjelp senger til disse fleksible korttidsplassene, fikk de også på denne måten fulgt opp kravet ovenfra om et tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Scott hevder at den regulative legitimiteten gjenspeiles i den grad lover og regler følges opp (Scott, 1998:133,134). Skildringene over viser at kommunene tar dette innover seg og i prosessen mobiliserer krefter for at resultatet av avtalene skulle bli best mulig. Videre viser viljen til omstillingsarbeidet hvor flere kommuner stod klar til å ta imot

¹¹ Sjustjerna er et nettverk mellom kommunene Herøy, Hareid, Ulstein, Volda, Ørsta, Sande og Vanylven. Sjustjerne helse- og omsorg. (Berge, intervju, 27.november, 2014).

ferdigbehandlede pasienter fra første dag, kan ha fått drahjelp både gjennom midler, men også i frykt for å bli bøtelagt.

I en undersøkelse basert på tall fra Sykehuset Østfold vedrørende endring i pasientstrøm inn og ut av sykehuset fordelt på tilhørende kommuner, viste også funnene en betydelig endring knyttet til "overliggedager". Det vises til effekten av de økonomiske virkemidlene for å styre pasientstrømmen som formidabel i Østfold fylke. I løpet av første driftsår viser tall en reduksjon på overliggedager på hele 97 prosent. Effekten var rask og massiv og opptrådte umiddelbart etter reformen ble operativ. Det vises videre til at denne effekten trolig vil karakteriseres av helseforetakene som en stor gevinst i forhold til effektivitet og sykehusøkonomi (Birkestrand og Otterstad i Sykepleien, 6. februar, 2014).

På helseforetakssiden trekkes det samtidig fram av Skogeng en usikkerhet som oppstod i helseforetaket vedrørende oppgaver og ressurser som skulle overføres fra helseforetak til kommuner. Hvor dette kunne oppfattes som en form for nedbygging. Dette støttes også av Ristesund. *"...kunne vi risikere for å spare penger at kommunene ikke sendte inn de pasientene som hadde behov for spesialisthelsetjenestetilbud?"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Jeg spør Ristesund om helseforetaket var redd for å miste pasienter, noe Ristesund forsiktig bekrefter. Samtidig er Ristesund tydelig på at helseforetaket har nok av pasienter å ta av, hvor dette da kunne tjene pasientene som stod på venteliste. Ristesund viser videre til ordningen med utskrivingsklare pasienter som nærmest ble et mål for om samhandlingsreformen har lykket eller ikke. *"...alle var opptatt av å måle dette på en ting, det var de utskrivingsklare pasientene"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Nestleder i styret ved Helse Møre og Romsdal HF, Petter Bjørdal, forteller at de allerede ser effekter av samhandlingsreformen, og viser til de ferdigbehandlede pasientene som ikke fyller opp sykehusene lenger. Videre har det vært en kompetanseoverføring fra helseforetak til kommuner som har ført til at pasienter i større grad kan behandles i kommunene. Bjørdal viser til pasienter som tidligere ble fraktet med ambulanse til sykehus for å få intravenøs antibiotikabehandling, som nå kan få denne behandlingen på det lokale sykehjemmet. Dette tror Bjørdal i de aller fleste tilfeller er det beste for

pasientene. Derimot viser Bjørdal til at samhandling er en prosess som går over tid. *"...du skal forandre tenkemåten til folk"* (Bjørdal, intervju, 22. desember, 2014).

Skildringene viser her variasjoner i forhold til hvordan helseforetak og kommuner møtte de ulike kravene ovenfra, hvor noen så dette som en mulighet mens andre ble usikre. Utskrivingsklare pasienter kunne i større grad tas hånd om av kommunene som viser at tiltakene har hatt effekt. Derimot blir det også trukket fram som et mål for selve samhandlingen. Jeg undrer meg da om dette får så mye oppmerksomhet at aktørene glemmer det sentrale her som er pasientene. I følge brukerrepresentanten burde det store fokuset på utskrivelsesklare pasienter heller vært rettet mot å skape en helhetlig linje for bruker (Brukerrepresentant, intervju, 2014). I følge samhandlingsreformen er den overordnede målsettingen en helhetstenkning rundt forebygging, tidlig innsats, best mulig behandlingstilbud og ettervern, til det beste for pasienter og brukere. Samtidig skal aktørene tilfredsstille kravene ovenfra om kvalitet og god økonomistyring. Kan det forekomme at pasienter blir skrevet for tidlig ut fra helseforetaket? Kan det forekomme at kommunene prioriterer så hardt for å ta imot ferdigbehandlede pasienter, at de tar imot over evne? Ender pasientene opp som kasteballer i systemet?

Helsedirektør Bjørn Guldvog sier til NRK Ytring at han bekymrer seg for utskrivingspraksisen som har endret seg i tråd med samhandlingsreformen. Guldvog viser til ferske tall fra Helsedirektoratets sider over samhandlingsstatistikk¹² som viser at flere enn før må tilbake til sykehus etter at de ble skrevet ut. Tallene viser blant annet til at i 2014 var det 5000 flere pasienter som ble reinnlagt enn året før. Guldvog bekymrer seg over dette som viser at kommunene må ta imot pasienter som de ikke kan følge opp på en god og tilstrekkelig måte. Konsekvensene er det pasientene som må bære i form av komplikasjoner og ekstra sykdomsbelastninger (Bjørn Guldvog i NRK Ytring, 31. januar, 2015).

¹² Formålet med samhandlingsstatistikk er å utvikle en samlet og oversiktlig statistikk på kostnader, tjenester og pasientgrupper. Dette er med på å gi helsesektoren nødvendig styringsinformasjon i det videre reformarbeidet, og bidra til at offentlige helsemyndigheter og befolkningen får et innblikk i reformens effekt Helsedirektoratet. (2015b): Samhandlingsstatistikk. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk> lastet ned 01.04.2015

Fylling T viser blant annet til døgnmulten knyttet til de utskrivingsklare pasientene, som tvang kommunene til å skjerpe seg. Derimot hevder Fylling T at dette etterfølges av noen negative konsekvenser i form av at pasienter blir sendt ut før de er utskrivingsklare. Det ender opp med at pasientene blir sendt tilbake til sykehuset og fører til en "kasteball" mentalitet. Samtidig har det i følge Fylling T vært et skritt i riktig retning. *"...totalt sett så var det et skritt videre i forhold til hva kommunene skulle gjøre, og hva deres oppgaver var. Så må en kjempe for de nødvendige rammer slik at en er i stand til å håndtere det"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015).

I følge Berge har pasientflyten forandret seg som følge av samhandlingsreformen, hvor pasienter kommer raskere tilbake når de er ferdigbehandlet. Det er flere korttidsopphold og sirkulasjonen der er også kortere, videre bor det flere hjemme med mer helsesvikt. *"...sykepleierne vår har blitt veldig flinke til å takle alle mulige situasjoner"* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Ristesund forteller at både helseforetak og kommuner har vært opptatt av om pasienter blir skrevet ut for tidlig. Derimot viser Ristesund til at de overvåker antall reinnleggelser, og det har hittil vært få klagesaker. *"...jeg har heller ikke sett noen endring der som tyder på at vi skriver ut pasientene for tidlig"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Fylling K viser derimot til en uheldig konsekvens for de eldre og kronikere i kommunene som kan bli skadelidende. For å ta i mot de utskrivingsklare pasientene ble kommunen tvunget til å prioritere sykehuspasienter høyere på bekostning av hjemmeboende eldre med behov for rehabilitering og avlastningsopphold (Fylling, K intervju, 25. november, 2014).

Dette ser også ut til å finne støtte i et studie knyttet til virkninger for kommunene i forbindelse med forskrift om kommunal medfinansiering. Resultatene viser at flere pasienter skrives ut tidligere enn før og det har blitt flere. Videre har mange kommuner prioritert utskrivingsklare pasienter ved å øke kapasiteten eller ved å gjøre om institusjonsplasser. Dette har ført til at det har blitt vanskeligere for andre i kommunen å få sykehjemsplass eller korttidsopphold (Grimsmo, 2013).

Skildringer og forskning viser at det er ulike oppfatninger om ordningen med utskrivingsklare pasienter får negative konsekvenser. I forhold til reinnleggelser viser samtidig Ristesund at dette er noe helseforetaket følger nøye med på. Effekten av de finansielle virkemidlene er derimot tydelig som bidrar til handlinger og dermed styrker den regulative legitimiteten. Et tankekors er det likevel dersom dette fører til negative konsekvenser for pasienter og brukere, som etter overordnede målsettinger skal oppleve at endringer i oppgaver og ansvar mellom kommuner og helseforetak fører til et helse- og omsorgstjenestetilbud som blir bedre.

Regulativ legitimitet preget av instrumentelt nyttefokus

Med legitimitet fra lov og forskrifter som rammer inn og legger føringer for samhandlingsarbeidet, viser utspillene over at kommunene så å si gjorde alt de kunne for å unngå "helsebot". Aktørene tok lov og forskrifter innover seg og satte i gang med avtaletekst som de klarte å ferdigstille innen fristen. Scott viser til særtrekk i det regulative perspektivet hvor aktører handler for å unngå sanksjoner (Scott, 1998:133,134). Risikoen for at kommunene skulle belastes økonomisk for å ikke være handlekraftige i forhold til utskrivingsklare pasienter, ble for de fleste en krevende ekstrabelastning med samhandlingsreformens inntog. For kommunene ble det nok derfor svært hensiktsmessig å delta aktiv og involvere seg i avtaleutformingen enten direkte eller indirekte for å ivareta sine interesser så godt de kunne. Nytteverdien i å følge opp forskriftsbestemmelser av økonomisk karakter viser seg derfor i samhandlingsarbeidet som framtreddende. I følge Scott vises den regulative legitimiteten i den grad aktørene etterlever de lover og regler som er satt (Scott, 1998:133,134), og med bakgrunn i skildringene over hvor informantene kunne fortelle at dette måtte de bare få til, viser det en betydelig vilje når det er snakk om fare for økonomiske byrder. Flere kommuner har omorganisert tilbudet sitt og blant annet gjort om sykehjemsplasser til korttidsplasser for å ta unna utskrivingsklare pasienter. Videre har flere kommuner etablert kommunale øyeblikkelig hjelp senger hvor noen er under etablering, som dermed tilfredsstillt krav ovenfra som skal bringe samhandlingsarbeidet videre. Derimot er det deler av regelsystemet som får mer betydning hos partene etter det som oppleves som hensiktsmessig. Økonomi har en sentral betydning og ser ut til å ligge i førersetet. Mange kommuner var klar til å ta i mot

pasienter som var ”friskmeldt” på kommunesiden, mens andre fortsatt sliter. Jeg er nysgjerrig på om den regulative legitimiteten alene fører til endringsarbeid hos partene, eller om den får drahjelp fra normative eller kognitive mekanismer.

3.2.2 Samhandling må understøttes av normative mekanismer

Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted og personlig økonomi er den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen. Dette skal ligge til grunn i arbeidet med å sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste, som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og de samfunnsøkonomiske utfordringene (St.meld.nr.47, 2009-2009:14).

Utfordringer som truer samfunnets bæreevne vises blant annet i bruk av offentlige helsekroner som ikke fører til tilsvarende god helse. Videre blir det flere eldre og mennesker med sammensatte lidelser og flere kan behandles av ny teknologi som er med på å øke helsekøene inn mot spesialisthelsetjenesten. For å snu dette skal det rettes større innsats mot forebyggende arbeid framfor reparasjon. Videre skal kommunene styrkes slik at flere kan ivaretas lokalt og i mindre grad har behov for spesialisthelsetjenester (St.meld.nr.47, 2008-2009:Forord).

Scott viser til normative mekanismer som viser seg ved at deltakere handler som en følge av sosiale forpliktelser i henhold til gjeldende normer og verdier. Dersom dette kommer til syne i handlinger, kan det gi støttende vilkår for legitimiteten (Scott, 1998:134).

Boks 2: Normativ legitimitet

Scott viser til det normative perspektivet hvor deltakere internaliseres¹³ inn i et handlingsmønster etter institusjonens moralske rammeverk. Aktørene handler etter sosiale forpliktelser som støttes av eksisterende normer og verdier. Logikken styres etter det som er passende eller akseptabel adferd, gjennom autoritetssystem, sertifisering, fullmakter, plikt og

¹³ Internalisering kan beskrives som en psykologisk prosess hvor ytre normer, ideer og andre personers innstillinger og egenskaper, som opprinnelig ikke er en del av personens verdisett, opptas og etterleves som en del av personenes selvbylde. Internalisering av kulturens skrevne og uskrevne normer og regler blir ansett som viktig for sosialisering og utvikling av moral. Store norske leksikon. (2015): Internalisering <https://snl.no/internalisering> lastet ned 23.02.2015

sosialisering. Legitimiteten viser seg i den grad aktørenes handlinger er i tråd med gjeldende moral (Scott, 1998:134).

Er pasientene grunnleggende for samhandling?

Bakenforliggende analyser peker på at det i for liten grad har vært rettet tiltak mot systemer eller strukturer slik at pasienters behov for helhet ivaretas. Et sentralt område for samhandlingsreformen har derfor vært rettet mot å finne fram til riktige systemtiltak slik at pasientrollen løftes fram i helse- og omsorgssektoren. Intensjonen er at både medvirkning og pasientmakten skal styrkes og bli mer reell (St.meld.nr.47, 2008-2009:47).

Når jeg spør brukerrepresentanten om brukermedvirkning, er dette noe som hovedsakelig har vært tilrettelagt på helseforetakets arena. Etter at brukermedvirkning ble pålagt gjennom lov, førte det til en arena hvor brukere og fagfolk møter hverandre for å utvikle tjenestene videre. I følge brukerrepresentanten sitter pasienter og brukere med viktig informasjon om hva de trenger for å kunne motta den mest optimale tjenesten. Brukerrepresentanten viser til Per Fugelli som er lege og professor i sosial medisin, og refererer "*...vi er like men vi har ulike profesjoner*" (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

I forbindelse med sine egen kreftsykdom har Fugelli gitt ut boken *Døden, skal vi danse*. I søken etter brukerrepresentantens referering, fant jeg et avsnitt jeg merket meg. "*...I klinisk arbeid møtes to eksperter: Den profesjonelle eksperten og den personlige eksperten. Legene må erkjenne at det finnes bare en ekspert på pasientens sykdomsopplevelse, frykt, håp, kroppslige fornemmelser og sosiale sykdomsfølger: Pasienten selv. Jeg traff en gang en pasient som sa: "Det er jeg selv som vet best om meg selv". For å sikre klok diagnostikk og behandling, kreves det at begge ekspertene møtes, utveksler kunnskap og deler makt – på felles grunn*" (Per Fugelli, 2010:113).

Skildringen til Fugelli finner også støtte i samhandlingsreformen hvor et vesentlig element i integritetskravet er individets rett til medbestemmelse og medvirkning. Respekten for enkeltmennesket er å legge hensynet til grunn som innebærer at det er

den enkelte tjenemottakers behov for hjelp som skal settes i sentrum (St.meld.nr.47, 2008-2009:51).

Stette viser blant annet til brukerperspektivet når hun skal gjøre rede for begrepet samhandling. I følge Stette innebærer dette å samarbeide om løsninger innen de ulike oppgavene og tjenestene slik at innbyggeren får en opplevelse av et system som henger sammen. *"...Vi skal samarbeide slik at pasienten får den riktige behandlingen til riktig tid. At pasienten får en best mulig opplevelse av de ulike instansene som er innom i samarbeidet"* (Stette, intervju, 18 november, 2014). Stette viser videre til den åpenbare verdien for pasienten som får riktig behandling, til riktig tid og av riktig kompetanse (Stette, intervju, 18 november, 2014).

For brukerrepresentanten forutsetter verdien derimot at det ikke er noen svikt¹⁴ i kjeden som skal gi hjelp fra dør til dør. Brukerrepresentanten viser videre til at det viktigste er å få hjelp når det er behov for det og at den er god. *"...Jeg tror ikke den enkelte mann og kvinne går rundt og tenker på samhandling. De tenker at den dagen jeg trenger hjelp, så skal jeg ha hjelp. Aller helst vil jeg ha hjelpen fort, og den skal være god"* (Brukerrepresentant, intervju, 2014). Brukerrepresentanten presiserer videre at det er de som sitter med denne kunnskapen som helsevesenet må være lydhør til. *"...jeg tror at med våre innspill og ved å lytte til hverandre og ta hverandre på alvor så kan vi gjøre ting bedre for hverandre"* (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

I følge Scott vil handlinger som følger og lever etter det som er verdier og gjeldende moral, bidra til å legitimere handlingene (Scott, 1998:134). Fugelli og brukerrepresentanten er tydelig i sitt budskap om å bli lyttet til og tatt på alvor når tjenester skal ytes og ansvar- og oppgaver skal fordeles. Stette viser til brukerperspektivet som det grunnleggende for samhandling, som indikerer på at

¹⁴ Svikt i tjenesteytingen vil framstå som et brudd i forløpet. Dette innebærer at ytelsene fra de ulike tjenestedelene ikke møter pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte. Dette kan framstå som brudd i tidsaksen og føre til venting, brudd i informasjonsflyten som igjen fører til svikt i grunnlaget for kliniske beslutninger. Videre brudd i ressurstilførselen til pasientforløpet som fører til mangelfull behandling. St.meld.nr.47. (2008-2009:48): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

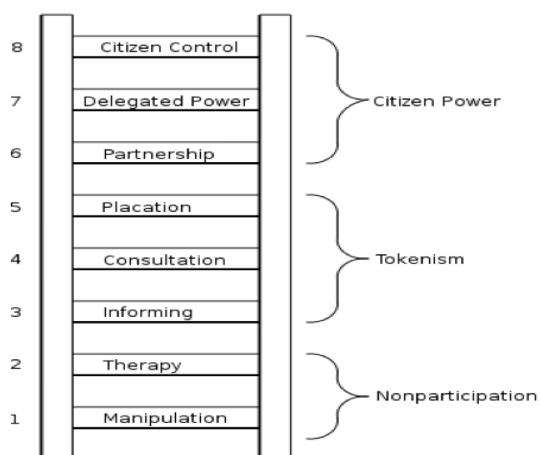
normative mekanismer er til stede. Oversettes dette i praktisk handling vil det styrke den normative legitimiteten i samhandlingsarbeidet.

Medvirkning i avtaleutforming

Samhandlingsreformen er tydelig på at alle som arbeider i helsetjenesten har en plikt til å legge pasientperspektivet til grunn for tjenesteytingen. Dette medfører også plikt til å se utover sine egne faglige rammer og se pasientens helhetlige situasjon. Manglende samhandling skyldes ofte at dette perspektivet har fått for liten oppmerksomhet, som brukermedvirkning kan bidra til å fremme (St.meld.nr.47, 2008-2009:51). I utforming av de lovpålagte samarbeidsavtalene er det gjennom lovverk vedtatt at pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunlaget. Videre at de skal medvirke i forbindelse med dette arbeidet (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011:§6-1).

I artikkelen "*A Ladder of Citizen Participation*" undersøker den amerikanske forskeren Sherry R. Arnstein begrepene medvirkning og deltakelse. Et sentralt spørsmål ved evaluering av medvirkningsprosesser er i hvilken grad medvirkningen fører til handling, eller om det inviteres til deltakelse av en mer symbolsk verdi. Arnstein illustrerer dette i en stige hvor medvirkning klassifiseres i åtte ulike trinn; *Manipulering, terapi, informering, konsultasjon, plassering, partnerskap, delegert makt og borgerkontroll*. Jo lenger opp på stigen, jo mer reell er medvirkningen som gir desto mer makt til de som medvirker (Arnstein, 1969).

Figur 2: Medvirkningsstigen "Eight rungs on the ladder of citizen participation" (Arnstein, 1969:2)



Når jeg spør brukerrepresentanten om hvordan brukermedvirkning opplevdes i prosessen med å utforme avtalene, viser brukerrepresentanten til brukerutvalget som var representert i dette arbeidet. Brukerrepresentanten var ikke selv direkte involvert, men gjennom representant fra brukerutvalget fikk de jevnlig tilbakemeldinger om arbeidet med avtalene. Brukerrepresentanten oppsummerer prosessen med en opplevelse av at brukerutvalget ble lyttet til og at de fikk komme med sine innspill *"...vi fikk være med, vi fikk komme med innspill"* (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

Dette viser at krav om brukerrepresentasjonen etter lov ble fulgt opp i prosessen som bidrar til legal legitimitet. Den normative legitimiteten innebærer derimot at deltakere handler i tråd med et felles verdigrunnlag som viser seg som en sosial plikt til å handle etter det som anses som passende (Scott, 1998:134). I dette perspektivet må det legges til rette for medvirkning som er reell, hvor brukere får mulighet til å påvirke utviklingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet. Brukerrepresentanten forteller at de opplevde å få komme med sine innspill og at de ble lyttet til. Jeg tolker det slik at brukerutvalget opplevde seg ivaretatt som en part i dette samarbeidet, som indikerer på at normativ legitimitet var til stede i utforming av samarbeidsavtalene. Videre som plasserer seg på området partnerskap til medvirkningsstigen som Arnstein viser til. Samtidig legger samhandlingsreformen opp til en retning hvor brukermedvirkning skal være reell og med økt grad av makt, hvor de ikke bare skal få fremme sine synspunkter men også kunne påvirke. I hvilken grad brukerutvalget fikk påvirke med direkte konsekvens på det vedtatte helse- og omsorgstjenestetilbudet vites ikke ut i fra skildringene. Som Arnstein viser til er det forskjell på deltakelse eller medvirkning som en symbolsk verdi på at regler følges, og reell medvirkning hvor deltakerne har innflytelse.

Pasientperspektiv i avtaletekst

"...samarbeidsavtalen har til formål å konkretisere oppgave- og ansvarsfordeling mellom kommunen og helseforetaket, og skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Innledning).

"...samhandling innebærer at ulike helsearbeidere arbeider på tvers av sektorer og spesialiteter for å skape sammenhengende tjenester. Pasienten/brukerens beste skal alltid

være i fokus. Pasienten/brukeren står i sentrum og er på felles helsearena enten pasienten er i helseforetaket eller i kommunen” (Helse Møre og Romsdal HFc, 2014:Verdigrunnlag og målsetting).

Samarbeidsavtalene er klar på sitt formål som viser at helseforetak og kommuner legger pasientperspektivet til grunn for samhandlingsarbeidet i avtaleteksten. Dette indikerer på at hensynet til pasienter og brukere er et integrert verdisyn som helseforetaket og kommunene ønsker å presisere i avtaleteksten.

Tidligere skildring fra Gotteberg viser at avtaleutformingene gikk utover de lovpålagte formuleringene for å ivareta de etiske aspektene, hvor pasienten som det grunnleggende kommer fram. Dette viser at utvalget fulgte opp de moralske prinsippene som samhandlingsreformen viser til, og som derfor støtter opp under den normative legitimiteten i avtalene. Samtidig kan de etiske aspektene ha blitt utfordret av føringer vedrørende de elleve områdene som skulle ferdigstilles innen en gitt frist. Scott argumenterer for at legitimitet fremmes av normative mekanismer hvor handlinger støtter opp under felles verdsett og det som er moralsk akseptabel adferd (Scott, 1998:134). Beretningen indikerer på at viljen til å ivareta verdiene er til stede til tross for tidsfrister og føringer om innhold.

Jeg merket meg derimot et aspekt i avtaleteksten hvor handlinger baseres på det som er rasjonelt. *”...dette skal sikre at pasientene/brukerne blir behandlet på rett nivå, sted og innen rett tid for å maksimere nytten av tilgjengelige ressurser på en best mulig måte”* (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Innledning). Dette trekker i retning mot det instrumentelle nytte-kost hensynet framfor hensynet til moral. Legitimiteten vil derfor vise seg etter hva som får overveiende betydning. Ressurshensyn etter hva som er økonomisk mest tjenlig, eller ressurshensyn for en best mulig samhandling til det beste for pasientene?

Likeverd i avtaletekst

I samarbeidsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene presiseres det; *”...Samarbeidet bygger på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter som er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi et helhetlig tilbud”* (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Verdigrunnlag og målsetting)

Dette støtter under samhandlingsreformens budskap hvor kommuner og helseforetak må se seg som likeverdige samarbeidspartnere i arbeidet med å fordele oppgaver og ansvar. Videre at de er gjensidig avhengig av hverandre for å få dette til på en best mulig måte. Som samhandlingsreformen viser til kan ikke kommuner eller helseforetak klare å oppfylle helsepolitiske målsettinger alene. Helseutfordringene er for store og krever sammensatte løsninger (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Avtaleteksten presiserer prinsipp om likeverd mellom aktørene, som indikerer på at både kommuner og helseforetak støtter opp under dette felles verdigrunnlaget. Handlinger som skjer etter sosiale forpliktelser og som sosialiseres inn i et handlingsmønster hos deltakere, kan styrke den normative legitimiteten ved at flere handler i tråd med gjeldende normer og verdier (Scott, 1998:134). Dersom kommuner og helseforetak handler i tråd med det moralske rammeverket som avtalene bygges på og viser til, samtidig som de klarer å bre dette ut i egne organisasjoner, kan dette skape et handlingsmønster som legger pasientene til grunn og som opptrer som likeverdige parter som er gjensidig avhengig av hverandre. Dette kan bidra til å styrke den normative legitimiteten i samhandlingsarbeidet. For å undersøke om avtaleprosessen handlet i tråd med dette ba jeg informantene fortelle meg hvordan de opplevde likeverd i arbeidet med utforming av avtalene.

Kommunene mobiliserer til likevekt i avtaleutforming

I følge Stette var ikke dette noe problem da det for det første forelå en lovtekst og videre var det noen regioner som hadde vært piloter som utvalget kunne "skjele" til. Det var også gjort en evaluering forut, slik at utvalget kunne arbeide videre på det som hadde eksistert i en forprosjektfase. Stette viser til kompetansen til representantene som representerte kommunesiden, og at når det gjelder lovtekst og forvaltning så er kommunene godt skodd. *"...så det opplevdes ikke som noen ulikhet i styrkeforholdet i det å få utformet selve avtaleteksten"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Fylling K forteller at de opplevde at helseforetaket framstod som en stor og sterk part og at kommunene hver for seg var ganske små. *"..vi ble nødt til å samle oss for å bli en likeverdig part på kommunesiden"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Skildringene fra kommunerepresentantene viser at de opplevde at de framstod som likeverdige i arbeidet med å utforme samarbeidsavtalene. Det vises derimot også til kommunenes behov for å samle seg slik at de stilte med likevekt i forhold til helseforetaket.

Et av tiltakene til samhandlingsreformen er å styrke kommunerollen slik at partene framstår som mer likeverdige i samhandlingsarbeidet. Når oppgaver og ansvar skal flyttes fra helseforetak til kommuner, kan dette sees som en nedbygging av spesialisthelsetjenesten, selv om samhandlingsreformen presiserer at dette ikke er tilfelle (St.meld.nr.47, 2008-2009:26).

Skogeng forteller blant annet at det ble stilt spørsmål fra helseforetaket når oppgaver skulle overføres til kommunene. *"...før tenkte spesialisthelsetjenesten at vi var ganske avgjørende og viktig, og når samhandlingsreformen kom, stilte man spørsmål ved at en skulle få færre senger og mer behandling skulle ut i kommunene. Folk skulle tas vare på der de bor"* (Skogeng, intervju, 13.november, 2014).

Scott hevder at normativ legitimitet gjenspeiles i den grad deltakerne handler i tråd med verdier og moral (Scott, 1998:134). Helseforetak og kommuner har sammen utformet de lovpålagte samarbeidsavtalene hvor likeverd er et av hovedkriteriene. Beretningene over viser at helseforetaket tradisjonelt har framstått som sterke og som Skogeng skildrer, har sett seg som avgjørende og viktige. Dette kan nok ha preget kommunene som så behovet for å samle seg. Selv om kommunene opplevde seg likeverdige i avtaleutforming, indikerer det likevel på at dette har en undertone. Dersom legitimiteten skal fremmes i avtaleutforming må alle opptre og se seg som likeverdige, hvor det ikke skulle være behov for å samle seg.

I prosessen med utforming av samarbeidsavtalene er ikke alle kommunene representert i selve forhandlingsutvalget. Jeg spurte derfor om det var mulig å ivareta alle de 36 kommunene i dette arbeidet. Berge viser til samhandlingsgruppa som ble opprettet gjennom Sunnmøre regionråd (SRR), hvor de ble enige om hvem som skulle representere kommunene i forhandlingsutvalget. Kommunene mottok innspill på mail,

men det var også møter om hva en ønsket å formidle og var opptatt av. *"...kommunene har hatt muligheten, jeg ser at ikke alle kommunene har vært like aktive, men har hatt muligheten gjennom dette systemet. Jeg opplevde at vi ble hørt"* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Gotteberg viser til forhandlingsutvalget som bestod av brukerrepresentant, KS, representanter fra kommunene i Møre og Romsdal og helseforetaket. I følge Gotteberg var representantene nokså likeverdig fordelt. I forhold til maktlikevekt, opplever Gotteberg at dette har blitt ganske bra og at det har endret seg veldig fra de første avtalene som eksisterte før samhandlingsreformen kom, til de avtalene og prosessene som har vært og pågår i etterkant av reformen (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Dette indikerer på at opplegget med samhandlingsgruppe og utvalg i avtaleutforming med hensikt om å ivareta alle partene, har fungert etter intensjonen. Videre at de opplever at likeverd har endret seg til det bedre. Dette indikerer en positiv utvikling i forhold til verdigrunnet som både samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene legger til grunn.

Derimot forteller Fylling T at det kan være noe mer utfordrende for de mindre kommunene å bli hørt i dette arbeidet. I forhold til beslutningsmyndighet opplever Fylling det som nærmest nytteløst å ta tak i noe. *"...for det har vært tunge prosesser som har pågått og mye arbeid som ligger bak. Du skal ha tunge, gode begrunnelser hvis en som enkeltkommune skal ta tak i noe og føle at en blir tatt hensyn til"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). Fylling T forteller videre at de føler seg noe passert forbi når det kommer til politisk behandling i det enkelte kommunestyret. Jeg spør Fylling T om presset blir så stort at de føler de må vedta det, noe Fylling T bekrefter. *"...ja, jeg tror nok det at en har hatt flere instanser og mange som har jobbet med tilrådingen som får det servert slik. Det skal veldig mye og åpenbare ting til før en som enkeltkommune tar tak i det. Da savner en litt den arenaen som er en fellesarena og kunne håndtert det der. Samtidig så ligger det et betydelig arbeid bak gjennom regionrådet sin arbeidsgruppe, og som har gjennomført gode og grundige prosesser for kommunene"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015).

Fylling T viser her til den mobiliseringen som har vært i forkant av avtalevedtak, hvor kommunene på vegne av hverandre gjennom regionrådet har kommet til enighet om et forslag til vedtak. Fylling T beskriver dette som gode og grundige prosesser. På den andre siden kan det oppleves for mindre kommuner som ikke er representert i forhandlingsutvalget, å komme til kort når det endelige forslaget blir servert. Skildringen viser at det skal mye til for at en enkeltkommune skal ta tak i noe, videre om den i det hele tatt vil bli hørt. Dette kan tyde på at selv om kommunene samler seg for å fremstå som likeverdige mot helseforetaket, så kan enkeltkommuner i denne mobiliseringen føle seg noe forbigått.

Felles verdigrunnlag danner plattform for ønskede handlinger, som styrker legitimiteten etter hvert som handlinger er i tråd med verdigrunnlaget (Scott, 1998:134). Det ser ut som prinsipp om likeverd blir noe utfordret da kommunene opplevde at de måtte samle seg for å være likeverdige i forhold til helseforetaket. Samtidig som forhandling på vegne av hverandre, for noen oppleves som vanskelige å konfrontere. Dersom handlingene ikke viser reell maktlikevekt, kan det skape barriere for styrking av den normative legitimiteten.

Helseforetaket frustreres over kommunenes selvråderett

Ristesund forteller at han ikke var direkte involvert i avtaleutformingen, men han synes at avtaleverket bærer preg av at alle skal få sine ønsker inn. *"...det er stort og smått, fra store overordnede målsettinger til praktiske detaljer"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Dersom det skal gjøres større endringer, må det til politisk behandling i kommunene. Det er i følge Ristesund derfor helt nødvendig for helseforetaket at avtalene er like for alle kommunene. *"...det er bare en måte å gjøre det på. La alle kommunene få med alt de ønsker å ha med"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund viser til at dette bærer avtalene preg av, men vil ikke si at det er ufornuftig det som er med, men at omfanget blir for stort. Dette støttes også av Skogeng. Hun vil nødig kritisere, men oppfatter arbeidet med samarbeidsavtalene som et resultat av hastverk for å få avtalene i orden. Videre kompleksiteten med de 36 kommunene og å få vedtatt avtalen som en lik avtale. *"...det skulle være spiselig nok"* (Skogeng, intervju, 13. november, 2014).

Klinikkssjef Torstein Hole ved klinikk for medisin trekker også fram kompleksiteten ved at Helse Møre og Romsdal HF forholder seg til 36 juridiske objekter som kommunene representerer. *"...alle skal vedta alt, og ingen kan vedta på vegne av andre"* (Hole, intervju, 22.desember, 2014). Hole viser til kommunene som forsøker å opprette arbeidsgrupper, men som får problemer med representasjon og myndighet. Samarbeid i interkommunale selskap blir trukket fram, hvor Hole stiller spørsmål til hvilke myndighet de har og hvilke utfordringene dette gir. *"En kan komme til god enighet i en arbeidsgruppe, men når det er gjort, skal det ut i 36 kommuner for å vedtas. Det er utfordrende for helseforetaket!"* (Hole, intervju, 22.desember, 2014).

Ristesund føler på en måte at kommunene er de som sitter med makten *"...i forhold til maktlikevekt i møter, føler jeg at kommunene framstår med mer makt i møtene enn helseforetaket. Det er min opplevelse"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund viser videre til sekretariatfunksjonen som helseforetaket har stått for. Selv om helseforetaket er en stor aktør og det kanskje burde være en selvfølge at de tok det, så skurrer det i forhold til likeverd i samhandlingen. *"...det er ikke kroner og ører som er det viktige. Det er symbolikken i det"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Både Ristesund, Skogeng og Hole viser til utfordringer med de mange kommunene hvor avtalene skal til politisk behandling før vedtak. I følge skildringene måtte avtalene være spiselige nok og bærer preg av at alle får sine ønsker oppfylt.

I et studie utført av Deloitte, blir det blant annet trukket fram utfordringer knyttet til samarbeidsavtalene som er bindende for partene. Områder som medfører økonomiske konsekvenser blir vist til som spesielt viktig å bruke konkrete formuleringer og forpliktende ordbruk. Derimot ved kommunegrupperinger hvor det ikke er fullstendig enighet, kan forpliktende ordlyd som *må* og *skal*, føre til at enkelte kommuner nekter å signere (Deloitte, 2014:23).

Gotteberg viser blant annet til det pågående reforhandlingsarbeidet hvor både kommuner og helseforetak har sine prosesser i forkant av forhandlingsmøtene, hvor saker vurderes og justeres. Når dette legges fram for forhandlingsgruppen, må de i følge Gotteberg forsøke å komme fram til en ordlyd som er passe faglig og diplomatisk. *"...da*

blir det å vurdere innspillene, hva skal inn og ikke inn. Hvordan en skal ha det. Finne de rette ordene og vendingene som er passe diplomatiske og passe faglige” (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Samhandlingsreformen ønsker at kommunene skal styrkes og gjøres mer robuste for å bli en likeverdig part i forhold til helseforetaket. Derimot viser de krefter både gjennom mobilisering, men også i form av sin selvråderett som kan føre til utfordringer når forpliktende avtaler skal signeres. I følge skildringene ser det ut som kommunene har hatt et sterkt ord med i laget under avtaleutforming, og det virker på denne måten som likeverd utfordres i avtalarbeidet med en noe tyngre vektning på kommunesiden. Derimot som beskrevet, kan representasjon på vegne av hverandre utfordre likevekten hvor enkelte føler de må gi etter for det mobiliserte presset. Det stilles videre spørsmål vedrørende ressursfordeling i forhold til sekretariat, hvor helseforetaket har stått for dette. I følge Ristesund er det ikke kroner og ører som betyr noe, men symbolikken.

I følge Scott krever normativ legitimitet handlinger som er i tråd med felles moral (Scott, 1998:134). Moralen er likeverd og beretningene som vist illustrerer at kommunene og helseforetaket ønsker å se seg som likeverdige, derimot opplever kommunene at de må samle seg som får konsekvenser i forhold til representasjon. Helseforetakssiden frustreres over kommunenes selvråderett hvor det hevdes at dette bærer avtalene preg av. Dette indikerer på at likeverd ikke reelt er oppfylt, som dermed jobber i mot den normative legitimiteten.

Likeverd utfordres i praksis - pasienten er ikke bare en diagnose!

I samtale om likeverd viser Fylling T til episoder hvor kommunen kan oppleve å føle seg overkjørt. Spørsmål om de stiller seg likeverdige mot helseforetaket står fortsatt, hvor det kan oppstå situasjoner der samhandlingsarbeid rundt det praktiske for brukere, ikke alltid fungerer optimalt. Fylling T vet ikke om dette er noe dominerende, men trekker fram utskrivelsesklare pasienter som et eksempel. Der kommunen og dens fagfolk skal overta og gi et tilbud videre. *”...der har vi vel opplevd noen eksempler på at fagfolkene i helseforetaket overstyrer kommunen sine vurderinger”* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). Dette kan oppleves litt trasig da helseforetaket går inn i ansvarsområder som fagpersonene i kommunen har. Samtidig tror Fylling T at det også har blitt et voldsomt

press på sykehuset i å få folk ut igjen. Det er kortere behandlingstider og trykk for å få de ut. Fylling T tror at det må oppleves problematisk å skrive ut folk, forberede den som en skal samhandle med og forberede de på å ta imot denne personen. Her skjer det avvik som blant annet medisiner som ikke er tilgjengelige når pasienten kommer ut. Videre har ofte eldre mennesker mer sammensatte helseutfordringer, noe som kanskje ikke er hovedfokuset til ansatte på sykehuset. *"...de personene er opptatt av den ene diagnosen og ikke hele personen"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). Dette medfører i følge Fylling T utfordringer for kommunene ved mottak av pasienter. På kort tid kan en innlagt innbygger få uttalte forandringer knyttet til innbyggers generelle funksjonsnivå under et sykehusopphold. Fylling T forklarer dette med å vise til tøffe hverdager i sykehusene hvor diagnoser settes i fokus. I hjemmet eller i omsorgsbolig var personen kanskje fysisk aktiv og hadde et visst funksjonsnivå, for så å få dette revet ned på sykehuset på grunn av for eksempel en hjertelidelse. *"...de opplever at det må ta imot en langt skralere person når de kommer ut igjen, enn når de dro inn"* (Fylling, T. intervju, 14.januar, 2015). Selv om årsaken til innbyggers innleggelse fikk en løsning, oppleves det at resten av mennesket glemmes. *"...resten av personen er liksom ikke blitt tatt med på lasset"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). Fylling T oppsummerer dette videre. *"...en er sammensatt og en har ulike problemstillinger, utfordringer og diagnoser. Så skal det gjøres rasjonelt, det skal gjøres mest effektivt. Så glemmer en det som en ikke har førstehåndsfokus på"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015).

Skildringen viser at til tross for nedfelte verdier i forpliktende samarbeidsavtaler om pasienthensyn og likeverd, så oppleves det at de sentrale aspektene blir fortrent i forhold til effektivitetshensyn. Det ene aspektet viser til likeverd som blir utfordret ved at helseforetaket overstyrer kommunens vurderinger i en utskrivings situasjon. Videre pasienthensynet som skal være det grunnleggende hvor det hele mennesket skal få oppmerksomhet, som både reform og avtaler er tydelig på. I dette tilfellet får kommunen tilbake et langt skralere menneske, hvor en i et forebyggingsperspektiv skal se helheten under sykehusoppholdet og ta vare på det som er friskt og forebygge at sykdom eller komplikasjoner får utvikle seg. Denne beretningen ser ut til å komme til kort på samtlige punkt. Dersom dette er gjeldende praksis, utfordrer det de helsepolitiske målsettingene. Scott argumenterer for at den normative legitimiteten bygges ved at handlingene følger opp det moralske rammeverket som danner byggesteiner for akseptabel praksis (Scott,

1998:134). I denne skildringen ser det ut som det instrumentelle effektivitetshensynet råder, som skaper barriere for styrking av den normative legitimiteten.

Er samhandling i tråd med felles verdigrunnlag?

Samhandlingsreformens målsetting er å utvikle en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste som sikrer likeverd og ivaretar pasienters behov for helhetlige tjenester (St.meld.nr.47, 2008-2009). Før å tilnærme seg disse målsettingene har helseforetaket og kommunene i fellesskap videreført verdiene i de forpliktende samarbeidsavtalene. I arbeidet med å konkretisere oppgaver og ansvar mellom seg til pasientens beste, skal samarbeidet preges av tillit og åpenhet mellom parter som er likeverdige og gjensidig avhengig av hverandre. Både helseforetak og kommuner har ansvar for å forankre samarbeidet og gjøre avtalen kjent i ledelsen, som skal legge til rette for og se til at den praktiseres i det daglige arbeidet. Både på politisk, administrativt, faglig nivå og i den daglige driften av tjenestene (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Verdigrunnlag og målsetting).

Den normative legitimiteten kommer til syne når deltakere handler etter det som oppfattes som gjeldende verdier i omgivelsene. Ulike mekanismer kan bygge opp under det moralske handlingsmønsteret, hvor autoriteter kan sette standard og guide de ansatte inn i et ønsket handlingsmønster. Dersom deltakere lever opp til den moralske forpliktelsen som er satt, vil det bygge under den normative legitimiteten (Scott, 1998:134). Med utgangspunkt i samarbeidsavtalene vil den normative legitimiteten vise seg i den grad aktørene praktiserer i henhold til samarbeidsavtalene, og bidrar til å konkretisere oppgaver og ansvar mellom seg til det beste for pasienter og brukere.

Avtalene – et økonomisk bindeledd

For å undersøke hvilken betydning samarbeidsavtalene har for samhandlingsarbeidet, får jeg raskt en anelse av at dette dreier seg om juridiske og økonomiske forhold. Samtlige av informantene viser til vedleggene om inn- og utskriving av pasienter som har fått mest oppmerksomhet. I følge Stette er dette også et område i avtalen som det har vært behov for å gjøre mest etterarbeid. Stette forteller at det har vært mye kontakt mellom kommuner og helseforetak for å stadig videreutvikle prosedyrer og rutineene "...i den grad man har vært uenig i ting i tilknytning til samarbeidsavtalen, så er det nettopp innenfor disse områdene her, der det er direkte omtalt at økonomi mellom partene er

involvert” (Stette, intervju, 18.november, 2014). Stette trekker frem vedlegg 5b¹⁵ hvor de har hatt en lang prosess gående med helseforetaket knyttet til utskrivelsesklare pasienter. *”...de mener vi overtolker avtalen og påberoper oss sterkere rettigheter enn de etter deres mening, juridisk sett kan ha”* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Fylling K kan blant annet fortelle om flere fakturaer som kommunen mottok som de mente ikke var i tråd med avtalen. *”...avtalen var ikke fulgt. Vi pekte på det og sendte fakturaen i retur og fikk medhold”* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). I følge Fylling K er det flere kommuner som har opplevd det samme, men at det etter hvert har gått seg til. På den andre siden tror nok Fylling K at helseforetaket fra sin side hadde utfordringer med at kommunene organiserte seg ulikt. *”...det var ulike kontaktpunkt og det var ulike organiseringer. Så vær så god å bli gal!”* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Ristesund viser til avtalene som inneholder en del juridisk sprengstoff. *”...jeg undrer meg om dette er et praktisk anvendbart verktøy? Hva gir dette av merverdi?”* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund sier det er stor sjanse for at noen trækker feil og ikke klarer å handle helt i tråd med avtalen, og synes dette i seg selv er interessant. Ristesund har registrert at kommunene er mer opptatt av avtalene enn sykehuset, og tar sykehuset for avtalebrudd. Derimot tror Ristesund at sykehuset har et mye mer pragmatisk forhold til avtalen og ikke er så opptatt av den. Ristesund viser til de pågående reforhandlingene hvor også rusfeltet som skal integreres i avtalen, videre de omforente beredskapsplanene. *”...vi får alle beredskapsplanene til kommunene for gjennomsyn. Det viktigste blir å huske hvor du har lagt avtalene og ikke følge det. Det er så voldsomt!”* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund synes det er fryktelig komplisert. *”...å tro at alle våre 6000 tilsette skal gå rundt å ha et forhold til dette. Det er bare å glemme!”* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Jeg spør Ristesund om ledelsen har gjort noen tiltak. Ristesund svarer bekræftende og forteller at de har formidlet avtalene ut, det har vært tema i møter og ledelsen har lagt til rette for avvikssystem og ei

¹⁵ Vedlegg 5b gjelder samarbeid om utskrivning av pasienter med behov for tjenester innenfor psykisk helsevern Helse Møre og Romsdal HF. (2014c):Vedlegg 5b. Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF.

samhandlingsside på nett. Ristesund viser til at for enkelte sengeavdelinger er dette mer interessant, men gjentar at dette er krevende (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

I følge Berge er det en utfordring å bruke avtalen ute på "grasrota". *"...det er kun for den øverste ledelsen at hele avtalen har vært interessant"* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Kompleksiteten i avtalen gjør det vanskelig for alle i en kommune å få en helhetsforståelse på. Berge forteller videre at for å forankre samarbeidsavtalen i egen organisasjon, benyttet hun seg av de interne nettverksmøtene hvor de hun har lederansvar for møtes og diskuterer saker. Når avtalene kom, forteller Berge at hun delte ut permer til alle for så å gå gjennom avtalen punkt for punkt. Videre har lederne fagdager med sine som de går gjennom avtalen med. *"...så det ligger et eksemplar på hver avdeling som personalet skal ha. Så de har i hvert fall forutsetningene til å vite om den"* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Berge viser derimot videre til vedleggene om inn- og utskrivingsklare pasienter som er absolutt de mest leste vedleggene (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Skildringene over viser tydelig at de normative mekanismene som skal rette oppmerksomheten mot de moralske rammene, blir utfordret av økonomiske og juridiske formuleringer i enkelte vedlegg i samarbeidsavtalene. Den lange prosessen som Stette viser til i forhold til utskriving av psykisk syke pasienter, kan indikere på at det er vanskelig å komme til enighet. Om dette begrunnes med et pasienthensyn eller om det er økonomisk betinget, er vanskelig å tolke. Samhandlingsreformen viser blant annet til psykisk syke pasienter som har et særskilt behov for å ivaretas i et helhetlig perspektiv (St.meld.nr.47, 2008-2009:48). Samtidig er dette en pasientgruppe som det kan være vanskelig å trekke klare skiller i forhold til hvem som skal ha ansvaret i overgangene. Vedlegg 5b i samarbeidsavtalene presiserer at *"...samarbeidsområdet skal sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig tilbud i overgangene mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Samarbeidsområdet skal regulere ansvarsfordeling, oppgaver og plikter ved utskriving av pasienter med behov for psykiske helsetjenester"* (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:vedlegg 5b).

Som Stette tidligere har vist til går dette på volum og dimensjonering av tjenester, hvor kommunen kunne oppleve å ha for få tilbud til å håndtere dette. Fylling K viser til flere

fakturaer som ble sendt til helseforetaket på grunn av uenigheter vedrørende ferdigbehandlede pasienter, og har forståelse for helseforetaket som sikkert opplever at det er frustrerende å forholde seg til 36 ulike parter. Ristesund på sin side trekker fram samarbeidsavtalene som han betegner som en kilde med mye juridisk sprengstoff, videre kompleksiteten med å forholde seg til så mange kommuner. Selv om Ristesund viser til ulike grep i helseforetaket på ledersiden, har han ingen tro på at de 6000 ansatte skal ha et forhold til avtalene. Det blir i følge Ristesund for komplisert.

Scott viser til autoriteters rolle i å påvirke til adferd som kan bygge under ønskede handlinger. Handlingene som følger normer og verdier, kan igjen mobilisere og gi støtte til den normative legitimiteten (Scott, 1998:134). Kompleksiteten i avtalene og de økonomiske forholdene som knyttes til de utskrivingsklare pasientene ser ut til å fortrenge verdigrunnlaget i avtalene. Som Ristesund også viser til, stiller han seg undrende til om dette er et praktisk verktøy og hvilken merverdi avtalene har. I følge Berge er det den øvrige ledelsen som har mest interesse av samarbeidsavtalene, kanskje nettopp fordi det er forpliktende og juridisk bindende med muligheter for økonomiske konsekvenser dersom en trækker feil. Berge forteller derimot at hun har informert sine ansatte gjennom permene hun delte ut og fagdage som har blitt brukt til å gå videre igjennom de. Dette viser en form for sosialisering, eller som Scott beskriver som å guide deltakere inn i et ønsket handlingsmønster (Scott, 1998:134). Dersom dette lykkes og arter seg i et kollektiv handlingsmønster i tråd med gjeldende moral, kan det støtte under normativ legitimitet. Dette innebærer at ansatte i både helseforetak og kommuner må sosialiseres inn i et handlingsmønster som er i tråd med samarbeidsavtalene, derimot som skildringene viser, blir fokuset hos de som skal yte tjenester også sentrert rundt inn- og utskriving av pasienter.

Samhandlingsreformen har forandret tenkemåten til folk

Selv om de fleste er enige i intensjonene om samhandling som samfunnsgrep, viser beretningene at det er utfordringer knyttet til finansiering og et behov for å gå i takt. I følge Bjørdal beskyldes ofte helseforetaket for å gå for fort fram i endringsprosesser. Samtidig er en av hovedoppgavene til styret å se til at utviklingen går framover. Bjørdal innrømmer likevel at det kan være utfordrende for samhandlingsarbeidet i skjæringspunktet mellom helseforetaket og kommunene. *"...på den ene siden skal en*

være venn og samhandler, og på den andre siden presse på for å få til en så rask utvikling som mulig” (Bjørndal, intervju, 22. desember, 2014).

Jeg undrer meg over hvordan dette krysspresset påvirker samhandlingsarbeidet mellom helseforetak og kommunene. Klarer de normative mekanismene å skjære gjennom slik at handlingene følger de moralske føringene som samhandlingsreformen og samarbeidsavtalene viser til?

I samarbeidsavtalene presiseres det blant annet; *”...større endringer som planlegges av en av partene skal gjennomføres med en god og gjensidig prosess”* (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c: Plikt til gjennomføring og forankring). Det står videre at partene skal informere og involvere hverandre i planprosesser og arbeid som har betydning for utforming av helsetjenester, som organisering og endring av rutiner.

Fylling K viser blant annet til endringsprosesser hvor det har hendt at helseforetaket skriver ut pasientene tidligere uten å informere kommunene tidlig nok og i tilstrekkelig grad. *”...det er klart dette er krevende for et samarbeid”* (Fylling, K intervju, 25. november, 2014). Fylling presiserer at det ikke er slik at de er uenige i at endringer må til, derimot må det skje i henhold til avtaler og samarbeid som de har blitt enige om (Fylling, K intervju, 25. november, 2014).

Scott trekker fram de normative mekanismene hvor deltakere i form av plikt overfor hverandre følger og handler i samsvar med et felles verdsett (Scott, 1998:134). Plikt til å involvere hverandre er ikke lovfestet, derimot vedtatt av aktørene selv i de forpliktende samarbeidsavtalene. For at kommuner og helseforetak skal følge opp denne bestemmelsen, må normative mekanismer i form av moralsk plikt til å handle i tråd med denne bestemmelsen, ligge til grunn både hos kommunene og helseforetaket.

Skogeng kan blant annet fortelle om planlegging og iverksetting av behandlingstilbud som kommunene ikke har vært delaktige i, og som har hatt ringvirkninger for kommunene. I egen klinikk opplevde Skogeng at de fikk økonomiske krav om å redusere liggetid som ble planlagt og iverksatt uten å involvere kommunene i tilstrekkelig grad. Skogeng er tydelig på at dette baserte seg på økonomi, og at dersom dette skulle vært

gjennomført i dag, må det helt andre prosesser til med tanke på å planlegge og samarbeide om pasientforløpet ut fra de samarbeidsavtalene som foreligger. Skogeng viser derimot til at de samtidig utarbeidet pasientforløp hvor de involverte kommunene og støttet seg på faglige anbefalinger om fornuftig liggetid. *“...I dag er vi veldig tilfreds for at vi føler vi ivaretar det individuelle behovet”* (Skogeng, intervju, 13.november, 2014).

Fylling K og Skogeng illustrerer her betydningen av å involvere hverandre ved endringsarbeid. Kommunen på sin side har behov for å planlegge og omstille seg slik at de kan ta i mot de utskrivingsklare pasientene, og helseforetaket må svare på effektivitetskrav i form av reduserte liggetider. Illustrasjonen viser til tross for særinteresser som peker i retning instrumentelt fokus hvor økonomi har avgjørende betydning, at aktørene ser hverandres behov for å bli involvert i prosesser som får betydning for tjenestetilbudet. Som Skogeng er tydelig på, ville endringsarbeidet i dag krevd en helt annen prosess med hensyn til involvering av kommunene etter bestemmelsene som er nedfestet i de forpliktende samarbeidsavtalene. Dette viser at det har skjedd en utvikling, som støtter opp under styrking av den normative legitimiteten.

Normativ legitimitet – under utvikling!

Da selve samhandlingsarbeidet ikke kan lovreguleres, er det avhengig av støtte fra normative mekanismer som i følge Scott kan vise seg gjennom en sosial plikt overfor hverandre til å handle i tråd med et felles verdsett (Scott, 1998:134). De grunnleggende verdiene for norsk helsevesen baserer seg på menneskeverd, integritet og likeverd. Dette skal prege samhandlingsarbeidet i prosessen med å nå målene om forebygging og en styrket kommunerolle, hvor oppgaver og ansvar skal koordineres og ytes slik at pasienter og brukere får helhetlige tjenestetilbud.

For å finne spor av normativ legitimitet i samhandlingsarbeidet mellom helseforetaket og kommunene på Sunnmøre, har jeg ved hjelp av Scott (1998:134) tatt en reise innom avtaletekster og prosess hvor jeg har undersøkt hvordan det arter seg i praksis. Det helhetlige bildet gir indikasjoner på at verdiene med menneskeverd og likhet er et integrert og betydningsfullt rammeverk for både helseforetak og kommuner, derimot som møter utfordringer når tekster skal utformes, i møter og det daglige liv.

Det første området jeg ønsket å undersøke var samhandlingens vektlegging på det grunnleggende pasienthensynet. Brukerperspektivet vises til i skildringene som blant annet Stette ser som betydningsfullt og som må være i sentrum for å skape sammenhengende tjenester. I avtaleutforming opplevde brukerrepresentanten at de fikk komme med innspill og ble lyttet til, som indikerer på at normative mekanismer var til stede. Hvorvidt medvirkningen var reell vil ikke tolkes i denne oppgaven, men verdt å merke seg at det i følge Arnstein er vesentlig forskjell på å invitere til medvirkning som et symbol på vilje, enn medvirkning som faktisk påvirker (Arnstein, 1969).

I avtaleteksten legges det derimot stor vekt på pasienten som skal medvirke og at de skal være i sentrum enten de befinner seg på kommunenes arena eller helseforetakets arena. Gotteberg viser blant annet til at de var opptatt av de etiske aspektene, hvor pasienten skal legges til grunn i et samspill hvor partene er likeverdige og gjensidig avhengig av hverandre. Normativ mekanisme viser seg i viljen til å ivareta dette i avtalene som bygger under den normative legitimiteten. Dersom handlingene er i tråd med disse verdiene, kan den normative legitimiteten styrkes ytterligere.

Ved spørsmål om likeverd, oppleves dette noe ulikt mellom partene. Kommunene opplevde seg likeverdige, men hadde behov for å samles. Dette ser derimot ut til å utfordre likeverd mellom kommunene, hvor skildringen fra Fylling T viser at forslag som er basert på mobilisering, ble vanskelig for de som enkeltkommune å konfrontere. På helseforetakssiden opplevdes det utfordrende å forhandle med 36 selvstendige parter, som igjen fikk konsekvenser når de skulle enes om innhold. Samarbeidsavtalene blir betegnet som altfor omfangsrike med mye juridisk sprengstoff som kan gjøre samarbeidet utfordrende. Det blir vanskelig å forholde seg til, som i stor grad blir et dokument som har mest interesse for ledere og beslutningstakere. I forhold til likevekt oppleves det fra helseforetakets side at det er kommunene som sitter med den endelige makten. Derimot viser en skildring fra praksis at kommunene kan oppleve seg overkjørt i utskrivings situasjoner. Med full forståelse for helseforetakets effektivitetshensyn illustrerer Fylling T hvordan pasienten kan bli den tapende part som er langt skralere når de kommer tilbake til kommunen. Det helhetlige og forebyggende perspektivet ser ut til å trues av effektivitetskrav, som dermed forringer den normative legitimiteten.

Avslutningsvis forteller Bjørdal hvordan det kan være utfordrende å være venn og samhandler samtidig som de skal være pådrivere for utvikling. Dette gjelder særlig endringsarbeid hvor kommunene opplever et behov for å gå i takt. Fylling K og Skogeng skildrer hvordan en prosess med endring av utskrivingspraksis der kommunene ikke ble involvert innledningsvis, førte til ressursmessige konsekvenser for kommunene. Som Skogeng viser til ville dette artet seg på en helt annen måte i dag i henhold til involvering og det å ha forståelse for hverandres roller og behov. Dette illustrerer en utvikling, hvor tankesett har endret seg i tråd med både reform og avtalenes rammeverk. Fortsetter dette kan det gi frukter for den normative legitimiteten.

3.2.3 Helsepolitiske målsettinger kan støttes av samhandlingskultur

I tillegg til lovregulering, finansielle virkemidler og normative mekanismer, er det i følge samhandlingsreformen avgjørende at det utvikles en faglig og organisatorisk kultur på tvers av nivåer og virksomheter for å fremme samhandling. Aktørene må evne å se sine tjenester i en større sammenheng og utvikle felles forståelse for forløpstenkning. Bevissthet rundt samhandlingskultur og sterk ledelsesforankring som tilrettelegger for praktisk samhandling, kan gi støttende forhold for oppfølging og iverksetting av samarbeidsavtalene, langsiktig planarbeid og etablering av gjensidig kulturforståelse (St.meld.nr.47, 2008-2009).

I følge Scott vil legitimiteten styrkes av aktører som gjennom samspill utvikler et felles rammeverk og en forståelse som støtter opp under kollektive handlinger (Scott, 1998:134,135). For å søke etter kulturelle spor som bidrar til å fremme samhandlingsarbeidet, vil jeg søke etter utbredt forståelse som vises i felles praksis og se om de er i tråd med de helsepolitiske målene. Det interessante blir å se om jeg finner kognitive element som skaper byggesteiner for samhandling, eller om handlingene fastholder på tradisjonelle mønstre som skal fremme det rasjonelle i helse- og omsorgstjenestearbeid.

Boks 3: Kognitiv legitimitet

I det kognitive perspektivet styres legitimiteten av det som er kulturelt støttet. Indikatorer viser seg i det som er utbredt eller handlinger som er like og er understøttet av en form for ortodoksi, som innebærer adferd som er i samsvar med fastsatt tro eller lære. I form av etterligning eller kopiering vil deltakere institusjonaliseres inn i dette handlingsmønsteret og ta

for gitt at dette skal ligge til grunn for adferd (Scott, 1998:134,135).

På felles eller ulik banehalvdel?

Tradisjonelle handlingsmønstre for kommuner og helseforetak viser til ansvar og oppgaver som har vært fordelt over to forvaltningsnivå. Kommunene forvalter primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene, og helseforetakene som eies av staten, forvalter spesialisthelsetjenesten. Videre er det mange organisatoriske oppsplittinger i både kommuner og helseforetak, og til tross for ulike bestemmelser som regulerer handlingsrommet til de ulike forvaltningsnivåene, har det i liten grad vært systemer som ivaretar pasientens samtlige behov (St.meld.nr.47, 2008-2009:21,22).

Som brukerrepresentanten har vist til, betyr det ikke så mye hvem som yter tjenestene så lenge hjelpen er der og at den er god (Brukerrepresentant, intervju, 2014). Dette poengteres også av Endresen *"...Pasientene ønsker behandling, og for de er det av mindre betydning om de får behandling hos en allmennlege, på et lokalsykehus, et stort universitetssykehus, eller om det er en avtalespesialist som yter det. Det viktigste er kvalitet og tilgang på behandlingen. I denne sammenheng handler samarbeidet om at vi i fellesskap skal gi disse pasientene god behandling, og at vi samsnakker med hverandre"* (Endresen, intervju, 10.desember, 2014).

Når jeg spør informantene om betydningen av samhandling er svarene tydelige. *"...I forhold til verdien er det helt avgjørende. Hvis du mislykkes, blir det kaos som erstatter det* (Berge, intervju, 27.november, 2014). *"...politisk sett fra mitt utgangspunkt, så tenker jeg at samhandling er avgjørende viktig for å kunne oppnå resultat* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). *"...Det er mer spesialisert, og det må ofte flere til for å skape en løsning"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). *"...vi skal samarbeide slik at pasienten får den riktige behandlingen til riktig tid"* (Stette, intervju, 20.november, 2014).

I følge skildringene over ser det ut til at informantene har utviklet en felles forståelse om betydningen av samhandling, som er avgjørende for å både møte samfunnsutfordringer og bidra til at pasienter får gode tjenester. Som Scott viser til kan utvikling av et felles rammeverk understøtte handlinger og bidra til å skape stabilitet og orden i det sosiale

livet (Scott, 1998). På denne måten ser det ut til at informantenes holdninger og forståelse om verdien av samhandling kan skape gode vekstvilkår for utvikling av en felles samhandlingskultur.

For brukerrepresentanten forutsettes derimot verdien av samhandlingen av at det ikke er noen svikt i kjeden som skal gi helsehjelpen. *”...Det skal ikke være noen svikt i kjeden som skal gi meg hjelp fra dør til dør”* (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

Samhandlingsreformen viser til manglende eller for dårlig samhandling som kan føre til at tjenestene oppleves uoversiktlige og fragmenterte, med overganger som kan skape usikkerhet for pasientene (St.meld.nr.47, 2008-2009:47). Dette viser også Skogeng til når hun skal redegjøre for betydningen av samhandling. Skogeng trekker fram overgangsvinduene mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten, hvor utfordringer knyttet til informasjon mellom instansene kan føre til risiko for pasienten. I følge Skogeng er det viktig at samhandlingsarbeidet bidrar til å ivareta innbyggerne både på innfart og utfart. *” Det handler om å ivareta innbyggeren, hvor helsetjenester løses mest mulig sømløst rundt den enkelte ”* (Skogeng, intervju, 13.november, 2014). I følge Gotteberg kan alle bidra til dette, både kommuner og helseforetak. *”...vi har pasienten på en felles banehalvdel. Han er på vår felles bane, enten pasienten er inne på sykehus eller ute i kommunen. Så det er ikke to forskjellige liv”* (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Derimot sliter de noe internt i helseforetaket i forhold til hvem som har ansvaret for samhandling. Ristesund er helt tydelig på at ingen kan fraskrive seg ansvaret. *”...Ingen kan si at dette ikke er mitt ansvar!”* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund trekker paralleller mot pasientforløp som blir utvidet til å gjelde på tvers av nivå, både horisontalt og vertikalt. Samhandling blir mye omtalt mellom de to nivåene spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, men i følge Ristesund gjelder samhandling generelt på alle nivå, både horisontalt og vertikalt (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Samhandlingsreformen presiserer at det må det være et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som klarer å samordne seg uansett hvem som har ansvaret for de enkelte deltjenestene (St.meld.nr.47, 2008-2009:48). Derimot kan

Tyrholm fortelle at selv om tanken er at oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak skal være avklart, så er vi ikke der enda. Samtidig er dette i følge Tyrholm en del av prosessen som hele Norge er i. Et av målene er å forplikte partene, men siden dette ikke kan lovreguleres, må det skje gjennom å utvikle samhandlingen til å forplikte. *"...det er da begrepet samhandling skaper forventninger om et mer forpliktende samarbeid, slik at jeg vet hva som er forventet av meg og du vet hva som er forventet av deg. Ikke minst skal pasienten ha en tydeligere rolle, en stemme inn i samhandlingen. Som en av partene"* (Tyrholm, intervju, 1.desember, 2014). Hole trekker videre fram at kommuner og spesialisthelsetjenester må samhandle på en slik måte at strukturer, kjennskap og kunnskap om hverandre bygges. Videre avklaring av roller og arbeidsdeling. Det andre planet innebærer utforming av systemer som fører til at individ kan utøve en bedre praksis slik at det blir enklere å samhandle rundt den enkelte pasient. *"...samhandling skal være et middel for å gi bedre tjenester"* (Hole, intervju, 22. desember, 2014). I følge Bjørdal må både kommunenes og helseforetakets tjeneste- og ansvarsområde sees som en totalkjede, hvor samhandling er sentralt for et sømløst tjenestetilbud til pasientens beste (Bjørdal, intervju, 22.desember, 2014).

Beretningene viser at til tross for en felles forståelse om samhandling som betydningsfullt for å utvikle koordinerte helse- og omsorgstjenester, så ser det ut til at de kognitive mekanismene utfordres når samhandling skal integreres til et felles ansvar som vises i handlinger. Det er fortsatt behov for å utvikle strukturer som tar vare på samhandling både på systemnivå mellom aktørene og på individnivå som gjelder samhandling rundt den enkelte pasient. Som Hole viser til må kjennskap og kunnskap om hverandre utvikles, som jeg tolker dit hen at helseforetak og kommuner fortsatt må arbeide for å utvikle gjensidig kulturforståelse overfor hverandre. Som Tyrholm viser til, er ikke samhandling lovpålagt, men derimot krever samhandling støtte både av normative og kognitive mekanismer. Som vist tidligere kan de normative mekanismene bidra til å sosialisere aktørene inn i et ønsket handlingsmønster i form av pliktfølelse for hverandre og av plikt for de felles verdiene (Scott, 1998:134). Dersom dette får utvikle seg og etter hvert skaper et kollektivt tankesett som grunnlag for handlinger, som blir selvfølgelig og ikke basert på lov eller sosial plikt, kan kognitiv legitimitet skapes. Scott argumenterer derimot for at handlingene må styres mot det som er kulturelt støttet for å bygge opp under legitimiteten (Scott, 1998:134,135). På denne måten må den felles

forståelsen som helseforetak og kommuner viser gjennom skildringene, hvor de ser samhandling som betydningsfullt og avgjørende, ligge førende for handlingene som ytes når ansvar og oppgaver skal konkretiseres og tilnærme seg helhetlige tjenester.

Kulturforståelse og likeverd

I prosessen med å sikre helhetlige tjenester, lanserer samhandlingsreformen en kollektiv innsats for å styrke kommunene. Større kommunale enheter med sterk faglig og organisatorisk tyngde, kan bidra til å sikre økt grad av gjensidighet og respekt mellom kommuner og helseforetak i samhandling. Videre vil gjensidig kulturforståelse og en sterkere forpliktning til å utvikle felles langsiktige planer, være med å fremme grad av likeverd mellom partene (St.meld.nr.47, 2008-2009:77).

Som vist i tidligere kapittel, viser skildringer at både kommuner og helseforetak ser seg noe ulikt i forhold til maktfordeling mellom de. Kommunenes ønske om å samle seg for å ivareta sine interesser og fremme innflytelse, har ført til at helseforetaket opplever at det er kommunene som sitter med makten og er premissleverandør. Samtidig viser tidligere beretninger fra praksis at kommuner opplever seg overkjørt ved for eksempel utskriving av pasienter, som indikerer på at synet om likeverd er noe splittet.

I følge samhandlingsreformen kan gjensidig kulturforståelse mellom aktørene fremme likeverd. Jeg stiller spørsmål ved det ulike synet på likeverd og om det bygger på en form for misforstått tolkning av hverandre, men også kanskje av seg selv? På den måten at kommunenes mobilisering var et grep for å bygge styrke mot en tradisjonell maktbase som helseforetaket, men hvor helseforetaket ble utfordret av de mange kommunenes selvråderett. Videre om kommunene har vært klar over hvilket "trumfkort" de egentlig sitter med? Kan det også være kulturelle årsaker som bygger under kommunenes behov for maktbygging?

Når jeg vender meg til Scott, finner jeg at institusjonaliserte regler og mønstre sørger for et rammeverk som både skaper og utvikler organisasjoner. Det moderne samfunnet inneholder et sett av sosialkonstruerte virkeligheter skapt av profesjonelle grupper, staten og befolkningens generelle oppfatning av samfunnsspørsmål (Scott, 1998:134,135). Som to svært ulike institusjoner med ulikt formål, undrer jeg meg over

hvilket kognitiv bilde de interne institusjonaliserte normene skaper i forhold til hvordan aktørene ser seg selv, men også hvordan de ser hverandre. Videre om dette er med på å skape barriere mellom de i arbeidet med å utvikle en felles samhandlingskultur?

Helseforetakets spesialister og kommunalomsorgens generalister

I følge samhandlingsreformen har både helseforetak og kommuner i for stor grad rettet oppmerksomheten mot sitt eget virkeområde framfor å legge til rette for gode vekslinger mellom seg. For spesialisthelsetjenesten konsentreres virkeområde til å yte spesialisttjenester for innbyggere i tilhørende helseregion, både i og utenfor institusjon. Kommunene er på sin side tilegnet forpliktelser hvor de skal ivareta tjenestetilbud til alle med behov for omsorgstjenester, uavhengig av alder eller diagnose (St.meld.nr, 2008-2009:56,111). Som et ledd av en politikk som har sentrert seg om å utvikle effektive deltjenester, har det bidratt til at det meste måles og belønnes innenfor egen søyle og ikke det som gjøres på tvers (St.meld.nr.47, 2008-2009:21,22).

For helseforetaket tror Ristesund at mange forbinder hovedfokuset med økonomi. I følge Ristesund har nok dette stemt i årene før samhandlingsreformen, da helseforetaket slet med korridorpasienter, ventetider og økonomisk utføre, hvor det meste dreide seg om effektiv pasientsirkulasjon. Derimot har kvalitet fått mye oppmerksomhet de siste årene, som kommer både gjennom styringssignal ovenfra og som forventninger fra pasientene nedenfra. Ristesund viser til oppdragsdokumentet¹⁶ som Helse Midt RHF mottar fra Helse- og omsorgsdepartementet, videre kvalitetsindikatorer som er utvalgt som styringsparameter med blant annet krav om kvalitet. Samtidig har det frie sykehusvalget for pasienter ført til at pasientene i mye større grad stiller krav til behandlingssted og ønsker behandling hos det sykehuset som kan dokumentere best kvalitet. *"...som gjør at vi må fokusere på det. Det er et trykk både ovenfra og nedenfra"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet gir ut oppdragsdokument til de regionale helseforetakene normalt en gang per år. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene Regjeringen. (2015): Oppdragsdokument. <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> lastet ned 06.03.2015

På kommunesiden vises det også til det kvalitative perspektivet, derimot i en sammenheng som knyttes opp mot samhandling. I følge Stette bygger den kvalitative siden opp under læringspotensialet. *„vi lærer av hverandre og bruker kompetansen på de riktige stedene på riktig tidspunkt. Overføre beste praksis og gode erfaringer slik at vi hele tiden utvikler oss ”* (Stette, intervju, 18 november, 2014). Stette forteller videre at mange av fagpersonene ser følgene av samhandlingsreformen som en vitalisering av eget fagområde, hvor de nå får mulighet til å nå lenger i forhold til faglige, komplekse oppgaver. I følge Stette ble kommunene tidligere sett på som enheter som bare kunne håndtere pleie eller mer ”lavtstående” oppgaver, som har ført til rekrutteringsutfordringer for kommunehelsetjenesten (Stette, intervju, 18 november, 2014). Dette støttes også av Gotteberg hvor samhandlingsreformen lanserer en betydelig heving av kravene til behandling innad kommunene, som gjelder pleie men også å våge å behandle mer medisinsk enn før. I følge Gotteberg har blant annet det tradisjonelle sykehjemmet i årevis vært sulteforet på investeringer, og i alt for lang utstrekning ble de betraktet som et bofellesskap for pleie og omsorg, med kun den medisinske behandlingen som var ytterst nødvendig (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Tyrholm tror ulikheter mellom kommuner og helseforetak kan forbindes med foretaksorganiseringen¹⁷ som gjorde helsetjenesten mer spesialisert. Intensjonen var å flytte oppgaver fra fylke til stat slik at det ble færre lokalsykehus, hvor de sykehusene som var igjen skulle gjøre spesialistoppgaver. Tyrholm beretter videre at dette førte til en økning av antall leger i sykehus, noe som resulterte i at det på flere områder ble en stagnasjon i primærhelsetjenesten. *„...en måtte på sykehus for oppgaver som kanskje ble utført i kommunene på 80-90 tallet”* (Tyrholm, intervju, 1.desember, 2014).

Berge viser blant annet til et legemøte i Herøy kommune som hun deltok i for å informere om samhandlingsreformen, hvor de ansatte på legekantoret begynte å snakke om gamle dager. *”Ja men dette er jo slik vi gjorde det i gamle dager”,* og i følge det Berge ble fortalt, var det ikke måte på alt som ble gjort på legekantoret før i tiden. Mye kan nok

¹⁷ Ansvar for spesialisthelsetjenesten ble i 2002 overført fra fylkeskommunene til staten St.meld.nr.47. (2008-2009:111): Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted- til rett tid.

skyldes kommunens geografiske forhold som gjorde at reisevei til sykehus var lang og befolkningen måtte ta ferge. *"...dermed var vi ganske selvhjulpne, og i alle år har vi drevet med intravenøs for eksempel. Det tror jeg vi har profitert på. At vi har vært vant til å greie oss selv"* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Berge illustrerer dette videre ved å vise til pendelen hvor en tidligere behandlet det meste på legekantoret, til at det meste skulle på sykehus, til nå å være på vei tilbake igjen. Berge presiserer videre at dette er en riktig utvikling *"...jeg tror det er sunt og veldig bra at pasienter får hjelpen sin der de bor"* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Det som derimot bekymrer Berge, er at det på enkelte områder virker som om pendelen går vel mye tilbake. Berge viser til skjermingstiltak for rus, psykiatri og psykisk utviklingshemmede med blandingsdiagnose. *"...er det riktig at vi skal bygge ned sentrale spesialistfunksjoner og bygge de opp igjen etter en desentralisert modell? Er det realistisk å tro at vi skal ha nok spisskompetanse til å takle dette i mindre fagmiljø. Er det god samfunnsøkonomi?"* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Skildringene viser at til tross for vekt på de kvalitative forventningene til helse- og omsorgstjenester, så kommer det til syne et noe ulikt kognitivt bilde i forhold til hvordan kommuner og helseforetak tradisjonelt har framstått. For helseforetaket med sine spesialistfunksjoner har mye dreid seg om høyteknologisk behandlingspraksis, med krav om kvalitet og effektiv behandling. For kommunene har virkeområdet vært rettet mest mot pleie og omsorg, hvor medisinsk behandling bare har vært gitt i den grad det har vært nødvendig. Tyrholm forklarer dette med å vise til foretaksorganiseringen som flyttet oppgaver fra fylke til stat med ytterligere spissing av spesialisthelsetjenesten. Dette kan kanskje forklare de mangelfulle kommunale investeringene, utfordringer med rekruttering og stagnasjon i utvikling. Til tross for at oppgaver nå skal tilbake til kommunene igjen som kan oppleves som en prisgitt støtte i forhold til det kvalitative aspektet, vises det også til en bekymring i forhold til at pendelen innen enkelte fagområder går vel mye tilbake.

Scott viser til de kognitive mekanismene som kan framstå som allmenn symbolske system og får betydning for både hvordan deltakere innen systemene ser seg selv og hvordan andre opplever de (Scott, 1998:134,135). Jeg undrer meg hvordan den tradisjonelle oppfatningen av helseforetakene med sin spesialistkompetanse og

kommunene som ytere av pleie og omsorg, har påvirket samspillet mellom dem og progresjonen med å skape samhandlingskultur? I følge Scott styres legitimiteten av det som er kulturelt støttende (Scott, 1998:134,135), hvor jeg tolker dette på den måten at helseforetakets og kommunenes kulturelle oppfatning og praksis overfor hverandre vil påvirke legitimiteten etter den grad kulturen er støttende eller hemmende for samhandlingsarbeidet.

Tillit har betydning for samhandlingskultur

Som et av virkemidlene for å realisere samhandlingsreformens målsettinger, skulle lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetaket og kommunene forplikte til samarbeid. Som verdigrunnlag for samhandlingsarbeidet viser Helse Møre og Romsdal HF og kommunene blant annet til tillit og åpenhet som grunnleggende. *“...samarbeidet bygges på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter”* (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Verdigrunnlag og målsetting).

På kommunesiden kan Stette fortelle at selv om de ikke opplevde noen ulikhet i styrkeforholdet i avtaleteksten, var det rekkevidden av avtalene som skapte bekymring i forhold til ulikevekt. I følge Stette var kommunene usikre på hvilken praktisk betydning samhandlingsreformen skulle få i samspillet med helseforetaket, som knyttet seg hovedsakelig til økonomi, ressurser og finansielle virkemidler (Stette, intervju, 18.november, 2014) Fylling K har blant annet tidligere vist til episoder hvor helseforetaket har gjort endringer i utskrivingspraksis som har skapt utfordringer for kommunene. *“...man går forbi hverandre, og de ser ikke kommunens behov for informasjon og hvordan dette vil påvirke arbeidet. Videre hvilke konsekvenser dette påfører pasientene* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). Fylling T viser videre til den store endringen med oppgaveoverflytting fra helseforetak til kommunen. *“...før var en innlagt for behandling, opptrening eller observasjon, og dermed ble værende der en stund. Det har forandret seg enormt. Det gir store utslag i de kommunale tjenestene”* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015).

Ved helseforetaket kan Ristesund fortelle at det var skepsis i forhold til hvordan kommunene ville bidra. Videre innrømmer Ristesund at mye av praksis for helseforetaket har vært basert i den tro om at ikke fastleger og kommuner kan håndtere

det *"...vi har sett lenge at mye av det vi holder på med gjør vi fordi vi ikke tror fastlegene og andre i kommunene kan håndtere det"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Dette støttes også av Tyrholm som trekker fram at spesialisthelsetjenesten kan ha ulike holdninger overfor kommunehelsetjenesten som ikke bare er positive. Dette kan skille seg mellom fagmiljøene, der enkelte hevder at syke pasienter skal behandles på sykehus. En tenker kanskje at kommunene ikke er dimensjonert nok og har den nødvendige kompetansen (Tyrholm, intervju, 1.desember, 2014). Ristesund viser derimot til at han selv gjennom tidligere jobberfaring har sett hva kommunene er i stand til å håndtere. I følge Ristesund ble blant annet tunge, krevende respiratorpasienter som sykehuset slet med, overflyttet til kommunene som klarte å håndtere det (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund tror skepsis til fastlegene og det kommunale apparatet har med kultur å gjøre. *"...en har kanskje ikke satt sine bein utenfor sykehus etter en ble utdannet. En vet ikke hva som er på den andre siden, og hva vet kommunene om det som skjer på sykehuset?"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). I følge Ristesund blir en ofte informert om det som ikke fungerer, og viser til eksempler der pasienter som legges inn og ikke har blitt fulgt opp i kommunen, ofte danner grobunn for mistillit. *"...det sprer seg som ild i tørt gress inne på den aktuelle avdelingen. Så forsvinner tiltroen"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Ristesund er tydelig på at det viktige er å få ut de utskrivingsklare pasientene slik at det frigjør kapasitet hos helseforetaket, og de kan prioritere de som trenger det mest og har ventet lenge. Det er fortsatt en vei å gå for å få til dette både mellom helseforetaket og kommunene, men også mellom sykehusene. Ristesund trekker fram St. Olavs hospital som del av den vertikale samhandlingen mellom sykehusene. Pasienter fra Sunnmøre som må reise ens ærend til Trondheim for et kvarters konsultasjon, framfor å snakke med pasienten på telefon. *"...de stoler ikke på oss igjen, og vi stoler ikke på kommunene. Så vi har det på alle nivå"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

I følge Endresen burde derimot flere sett nytteverdien av fastlegene. *"...Det er jo vi som skal henvise, det er vi som skal bruke de"* (Endresen, intervju, 10.desember, 2014).

Endresen fortsetter tydelig engasjert; *"...det er de som bestemmer hvor mye de skal ha å gjøre på de ulike sykehusene. Skal de ha "arbeid", må de ha henvisninger fra fastlegene. De*

må selge seg inn selv" (Endresen, intervju, 10. desember, 2014). Endresen viser videre til at dette er spesielt tydelig for de sykehusavdelingene som er truet av endringer. Dette har en sett i nabofylket i sør, og fastlegene skaffer seg oppfatning av hva de ulike sykehusene er flinke til. I følge Endresen henviser fastlegene like gjerne til Haukeland som til St. Olavs. *"Fastlegene følger ikke det regionale helseforetaket sine grenser"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014).

I følge Endresen er det videre et klart forbedringspotensial med tanke på utnyttelse av ressurser og illustrerer dette med å vise til blodprøvetaking. *"...dersom sykehuset ikke har tilgang til blodprøver som fastlegene tar, så tar sykehuset prøvene på nytt igjen. Det samme gjelder avtalespesialister. Uten tilgang til prøvesvar, så gjøres rekvisisjonene på nytt og prøver tas på nytt"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014). Endresen trekker fram de lukka datasystemene på sykehusene hvor de fire sykehusene tilhørende Helse Møre og Romsdal HF har hver sin dataserver og hver sin database med separate journaler. Endresen viser til et eksempel, en ung mann med lett psykisk utviklingshemming eller psykiske plager; *"...han har en barnejournal, en BUP¹⁸ journal. Han har kanskje vært i Ålesund på sengepost, så er det to forskjellige BUP journaler og en barnehabiliteringsjournal som er låst. Så blir han 18 år og skal ha en voksenhabiliteringsjournal, en psykiatrijournal i Volda, en psykiatrijournal i Ålesund, en somatikkjournal i Volda og en somatikkjournal i Ålesund. Da blir denne samhandlingen utfordrende!"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014).

Skildringene over viser at både kommuner og helseforetak er noe skeptiske og avventende overfor hverandre. For kommunene viser beretningene en anelse av bekymring i forhold til hvilke konsekvenser samhandlingstiltakene vil påføre kommunene. Tidligere erfaring med endringsprosesser initiert av helseforetaket uten å bli involvert, ferdigbehandlede pasienter som må håndteres umiddelbart for ikke å bli bøtelagt, samtidig som partene skal forplikte seg til omstillingsarbeid ser ut til å skape en viss skepsis på kommunesiden. Scott viser til de kognitiv-kulturelle prosessene som foregår i det sosiale livet, hvor samspill mellom enkelt individ og grupper er med på å

¹⁸ BUP er en forkortelse for barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk [http://no.wikipedia.org/wiki/Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk](http://no.wikipedia.org/wiki/Barne- og ungdomspsykiatrisk_poliklinikk) lastet ned 10.03.2015

utvikle et felles rammeverk og forståelse som gir støttende forhold til kollektive handlinger (Scott, 1998:134,135). Erfaringene fra kommunene i samspillet med helseforetaket sammen med sitt eget kognitive bilde hvor kommunene i stor grad den siste tiden har blitt sett på som omsorgsytere med lite ressurser, kan bygge under et tankesett hvor en blir avventende og usikre. På helseforetakssiden viser bekymringen mot kommunene om de ville klare å håndtere de ekstra oppgavene, hvor det stilles spørsmål fra de ansatte om kommunene er dimensjonert nok og har nødvendig kompetanse. Ristesund trekker fram kultur og den sosialiseringen som foregår innad sykehusene, hvor de ansatte kanskje ikke vet hva som foregår utenfor sykehuset. Videre stiller Ristesund spørsmål om hva kommunene vet om det som foregår i helseforetaket. Det vises til en informasjonsflyt som er preget av det som ikke fungerer på kommunesiden, og som raskt får publisitet inne på den aktuelle avdelingen i sykehuset. Noe som kan bygge videre under mistillit mellom dem. Det vises til at dette ikke bare gjelder overfor kommunene og fastlegene, men også mellom sykehusene hvor de ikke stoler på hverandre og derfor gjør dobbelt arbeid som både er ressurskrevende og kan føre til belastninger for pasientene. De separate journalsystemene kan nok ha sin årsak i tidligere tradisjonell kultur for byråkratisering, som blant annet den tyske sosiologen Max Webers legitimeringsteori viser til, hvor detaljstyring og kontroll skal sikre beslutningsmyndighet og legitimere handlinger (Ott, Shafritz, Jang, 2011:77-82). I følge Endresen fører derimot dette regide systemet til utfordringer for samhandlingen. Videre er han tydelig på at flere burde sett verdien av å bruke fastlegene og viser til fastlegenes nøkkelposisjoner som skal henvise til sykehuset, men også som ressurspersoner i samhandlingsarbeidet.

Fastlegen er viktig!

Endresen viser til sykehuset som har to brukergrupper. Fastlegene og pasientene. I følge Endresen burde det da kanskje vært like mange praksiskonsulenter som representanter for fastlegene som det er brukerrepresentanter i samarbeidsorganer og styrever. Endresen viser til den nye fastlegeavtalen¹⁹ hvor fastlegen skal være koordinator og talerør for pasienten. Endresen mener flere burde sett nytteverdien av å få inn flere

¹⁹ Fastlegeavtalen er forankret i Forskrift om fastlegeordning i kommunene med hjemmel i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) § 3-2 tredje ledd og Lov om helsepersonell. (1999) §14. §19; Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Helse- og omsorgsdepartementet. (2012): Forskrift om fastlegeordning i kommunene.

fastleger, videre undrer han seg over at kommunene ikke i stor nok grad ser nytteverdien av å bruke fastlegen mer i arbeid opp mot sykehusene. Endresen illustrerer dette ved å regne på frigjørelse av tid til samhandlingsansvarlig av kommunale oppgaver mot sykehuset. *"...hvis en hadde frigjort timer for kommuneleger fra for eksempel sykehjemslegene. En kommune kunne nyttet to timer i uken til oppgaver i forhold til samhandling opp mot sykehuset, og jobbet med innskriving og utskriving av pasienter. Så tenker jeg at det hadde vært spart inn igjen. Det undrer meg at en ikke ser større nytteverdi av dette"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014). Endresen viser til sykehuset i Rogaland som bruker både leger og sykepleiere avdelingsvis til praksiskonsulenter for å sikre overganger mellom sykehus og kommunene. *"...det er noe med å ha en dialog mellom likeverdige parter. Ikke bare klinikerer mot administrasjonen i kommunen. Jeg mener det er noe å hente på det. Det koster ikke mer, men er ressurs sparende for de kan gjøre ting på en annen og ofte bedre måte"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014).

Fylling K kan fortelle om kommunens bruk av statistikk som kunne belyse bruk av diagnosegrupper i forhold til snittet, og hvordan de involverte fastlegene i dette i forhold til henvisningspraksis. Fylling K viser til diabetes som et eksempel; *"...bruker vi mindre diabetes poliklinikken fordi vi har så godt tilbud selv, eller bruker vi mindre fordi vi ikke vet om tilbudet som diabetespoliklinikken har?"* (Fylling, K intervju, 25. november, 2014). Fylling fortsetter med å vise hvordan de brukte statistikken overfor fastlegene; *"...det var interessant å gå i dialog med legene og si at vi i Sula henviser mer til poliklinikken i de og de diagnosene, og hvorfor. De syntes det var interessant selv. Så klarte de å justere praksisen sin. Dette var kvalitetsarbeid og veldig viktig"* (Fylling, K intervju, 25. november, 2014).

Samhandlingsreformen etterlyser gjensidig kulturell forståelse på tvers av organisasjoner og virksomheter, som skal danne byggesteiner og bidra til å skape samfunnsøkonomiske og helhetlige tjenester. Som Scott viser til, styres legitimiteten av adferd som er understøttet av gjeldende kultur (Scott, 1998:134,135). Gjeldende kultur hos helseforetak og kommuner ser ut til å være preget av noe skepsis hvor aktørene ikke stoler fullt og helt på hverandre, noe som ser ut til også å gjelde innad organisasjonene. Videre kan en tradisjonell kultur preget av byråkratiske prinsipp med oppsplitting og

søyletenkning, forsterke utfordringen med å få kjennskap og utvikle gjensidig kulturforståelse overfor hverandre. I følge Scott legger kulturen føringer for legitimiteten, hvor den samhandlingen som er skildret ser ut til å gi understøttende forhold for skepsis og mistillit.

Beretningen fra Endresen viser en undring over at ikke flere ser nytteverdien av å bruke fastlegene mer opp mot sykehuset, videre at det burde vært flere praksiskonsulenter avdelingsvis på sykehusene for å sikre overgangene, som Endresen også hevder vil være ressurs sparende. Skildringen kan indikere på at økonomiske hensyn blir førende både hos kommuner og helseforetak i forhold til prioriteringer, som dermed gir bildet et instrumentalistisk preg. I kulturskapende prosesser hvor kollektive handlinger skal bygge på felles forståelse mot et felles mål, kan instrumentelle særinteresser skape barriere for legitimiteten. Derimot viser illustrasjonene fra Fylling K en forståelse av å jobbe sammen med fastlegene for å bedre samhandlingsarbeidet både internt i kommunen i forhold til bruk av ressurser, men også opp mot sykehuset. Som samhandlingsreformen viser til, ønskes det å vri om ressursbruken slik at flere kan behandles innad kommunene hvor helseforetakene i større grad skal yte spesialisthjelp. En felles forståelse ser ut til å være under utvikling mellom kommunen og fastlegene, som kan virke understøttende på den kognitive legitimiteten.

Samhandlingskultur under utvikling

I følge Endresen er hans opplevelse at klinikkene som tar initiativ til samhandling og ønsker det, har en stor vilje og et ønske om å samhandle. Endresen trekker fram medisinsk klinikk som et eksempel på en strukturert klinikk som har en kultur for å samhandle både innad og utad. *"...Det er en stor vilje til å legge forholdene til rette for det. Når en ønsker å få noen som kan snakke med sykehjemslegene, så stiller de opp. Det går helt på klinikksjefnivå, og det gjelder begge sykehusene"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014).

Jeg tar med meg dette videre i møtet med Hole, og er spent og nysgjerrig på hvordan avdelingen har klart å skape dette gode klimaet for samhandling. Hole viser direkte til at å være gode på samhandling er et satsingsområde. *"...en blir ikke god på noe uten å bruke tid på det"* (Hole, intervju, 22. desember, 2014). Hole viser til flere års gode erfaringer

hvor delegert ansvar til avdelingssjefer er noen av virkemidlene. Avdelingssjefene skal for eksempel i løpet av to år besøke alle kommuner i sitt nedslagsfelt. Hole forteller at det er etablert legemøter mellom sykehusleger og kommuneleger på Sunnmøre, som skal utvides til Nordmøre og Romsdal i 2015. Videre viser Hole til møter som skal reetableres med hjemmebasert omsorg, noe som er startet i Ålesund kommune. Hole trekker også fram kreftavdelingen som har et godt samarbeid ute, og til rehabilitering²⁰ som har kontakter ute i kommunene som viktige samarbeidspartnere, og beskrives som en klinikk som er gode på samhandling. Vilje til samhandling kom fra flere hold, noe Hole trekker fram som en av suksesskriteriene. *"...så vi hadde ekstra giv i klinikken fra mange forskjellige synspunkter"*. Videre at samhandling er del av en strategisk satsing. *"Det er en strategisk satsing fra klinikken å bli gode på samhandling"* (Hole, intervju, 22. desember, 2014).

Oppfølging av hjemmeboende som trenger pustehjelp

For å illustrere et eksempel som viser effekter av klinikkens praksis, fant jeg en artikkel i Sunnmørsposten vedrørende pasienter som tilbys oksygenhjelp i hjemmene sine. Som et ledd av et KOLS/02-prosjekt²¹ gir en sykepleier ved medisinsk avdeling Ålesund oppfølging til hjemmeboende pasienter som trenger langtids oksygenbehandling. Formålet er å gjøre pasientene som trenger pustehjelp trygge og at hjelpen de får er riktig. Brukeren som intervjues forteller at det er mye å huske på og er takknemlig overfor sykepleieren som gir han den nødvendige innføringen. Medisinsk avdeling og Ålesund kommune har utviklet et tett samarbeid, hvor opplæring tilbys egne oksygenkontakter i hjemmesykepleien som bistår med påkobling og vasking av

²⁰ Rehabilitering var en del av klinikk for medisin, men ble organisert i egen klinikk høsten 2012 Helse Møre og Romsdal HF. (2015b): Om oss. Klinikk for rehabilitering. <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/Organisering/Klinikkar/Klinikk-for-rehabilitering/120508/> Lastet ned 09.01.2015.

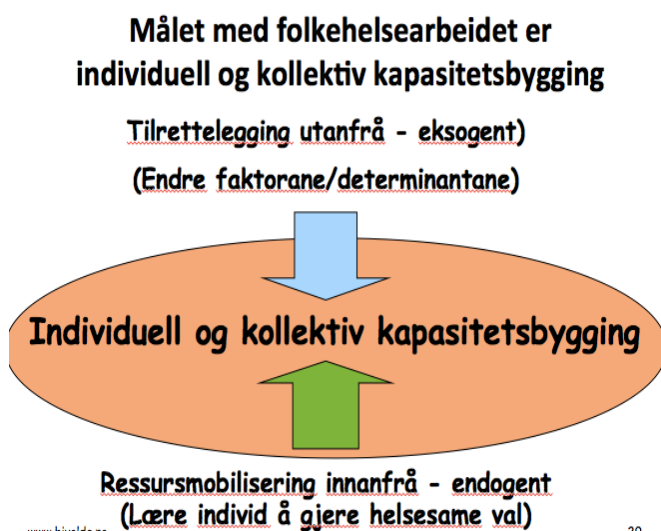
²¹ KOLS/02 – prosjektet ble opprettet som et samhandlingsprosjekt for KOLS- pasienter og andre med behov for oksygenbehandling. Bakgrunn vises til lokale behov, Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 og via en forløpsgruppe for KOLS i mai 2009. I forbindelse med prosjektet ble det opprettet en 20 % stilling for oksygen sykepleier på lungepoliklinikken fra høsten 2011 Helse midt-Norge RHF. (2015): Ekstranett. KOLS/02. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kPGGntK1ZYEJ:https://ekstranett.helse-midt.no/1011/adm-samhandl-s/Presentasjoner/Sak%25202013-06%2520-%2520Presentasjon%2520av%2520oksygenprosjekt.ppt+&cd=1&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=safari> lastet ned 23.04.2015

apparatene. "...pasientene føler seg mye tryggere nå som de vet hvem de skal spørre om det avanserte utstyret" (Sunnmørsposten, 4.mars, 2015:2,3).

Skildringen viser hvordan medisinsk klinikk i dette samhandlingsprosjektet er med på å realisere samhandlingsreformens målsettinger. I samarbeid med flere kommuner, deriblant Ålesund kommune, tilrettelegges det for at pasienter kan bo hjemme selv om de trenger oksygenhjelp. For å sikre at dette blir et trygt og godt tilbud til brukerne, bidrar medisinsk avdeling gjennom hjemmebesøk, opplæring og oppfølging. Kommunen på sin side kan svare på samhandlingsreformens intensjoner, hvor oppgaver i større grad skal overføres kommunene og bidrar til å gi bedre samfunnsøkonomi, samtidig som brukere ivaretas på best mulig måte der de bor. Kompetanseoverføringen kan også føre til en styrking av kommunene, hvor ansatte kan oppleve dette som en vitalisering i form av faglig påfyll. Videre som Stette har vist til, blir kommunene på denne måten mer attraktive og konkurransedyktige i arbeidsmarkedet.

I boken *Planning in Health Promotion Work* viser Amdam hvordan folkehelsearbeid kan styrkes ved å trekke koblinger mellom maktstyrking, planlegging og partnerskap for å øke samfunnets muligheter til å løse ulike utfordringer. I denne nye konteksten må den enkelte og samfunnet som helhet ta mer ansvar for sin egen helse og velstand (Amdam, 2011b:13-16).

Figur 3: Kapasitetsbygging (Empowerment) (Amdam, forelesning, 11.april, 2014)



Gotteberg viser blant annet til verdien av hverdagsrehabilitering og det å ha et friskt fokus selv om folk begynner å få sviktende helse. Veldig lenge har det norske velferdssamfunnet ført til en kultur blant det norske folk at når en ble gammel og syk, da måtte en få plass på institusjon. Gotteberg tror det ligger i det norske folk tungt enda. Derimot handler det i følge Gotteberg om å møte disse menneskene på en annen måte, med en dialog og en samtale som er kartleggende og motiverende. *"...der en snakker med folk om hvordan de har det, og hvilke tanker de har gjort seg om veien videre...prøve å holde de friske og vitale, og et liv med god verdi. Et friskt fokus, ikke et sykefokus. Det har jeg som lege jobbet med i veldig mange år"* (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Eksempelet over viser på mange måter en slik maktstyrking eller *empowerment*, som gir støttende forhold slik at mennesker kan ha et verdifullt liv til tross for helsesvikt. Gjennom samarbeidet mellom medisinsk klinikk og kommunene, fordeles ansvar og roller samtidig som kompetansebehovet ivaretas på en slik måte at det bidrar til å styrke både kommunene og den enkelte bruker. I et forebyggingsperspektiv kan dette være med på å forhindre at sykdom utvikler seg, unngå sykehusopphold, samtidig som dette gir kommunene mulighet til å ivareta forebyggingsperspektivet i henhold til de overordnede målsettingene.

I følge Scott vil adferd som støttes av et kollektivt tankesett, bidra til å skape kultur for handlinger (Scott, 1998:134,135). Slik eksempelet viser, bygger samhandlingsprosjektet på samhandlingsreformens moralske rammeverk og målsettinger som vises i adferd. Dersom dette utvikles videre, kan denne samhandlingskulturen skape gode vilkår for styrking av den kognitive legitimiteten.

Sjustjerna

Hole viser også til Sjustjerna som er fordelaktig for Volda sykehus. Dette forenkler arbeidet ved at sykehuset ikke trenger å forholde seg til syv enkeltkommuner, men til et nettverk og et felleskap med felles tanker. *"...en møter på en måte en part som en kan diskutere med samlet"* (Hole, intervju, 22.desember, 2014). Hole gir kommunene ære for

at de ser dette samarbeidet som nyttig, og til Volda sykehus og avdelingssjefen som ønsker å prioritere tid og ressurser på samhandling med kommunene.

”Det skal kommunene virkelig ha ære for at de har sett at det er nyttig. Så skal sykehuset i Volda og avdelingssjefen ha all ære for at de har brukt ressurser på, og sagt at dette er viktig for oss, å samhandle med kommunene” (Hole, intervju, 22.desember, 2014).

Hole beskriver møtepunktene mellom sykehuset og kommunene der de vekselvis bytter på å besøke hverandre. Sykehuslegene besøker kommunene, og kommuner inviteres inn på sykehuset.

Scott viser til ulike mekanismer som skaper understøttende forhold for eksistens og orden i det sosiale livet. Autoriteter som forankrer verdsett og sosialiserer deltakere inn i dette handlingsmønsteret, kan skape praksis for adferd som får en selvforsterkende effekt på de gitte normene og verdiene. Fører dette til en utbredt praksis hvor deltakere tar det for gitt at det skal handles på en slik måte, trer de kognitive mekanismene inn og bygger kultur som gir understøttende forhold og blir styrende for legitimiteten (1998:134,135). Slik skildringene viser ser det ut til at medisinsk klinikk skaper gode vekstforhold i arbeidet med å bygge en samhandlingskultur.

Hole trekker videre fram sjustjernenettverket som består av kommunene på søre Sunnmøre, hvor de se ut til å ha et prisgitt samarbeid som oppleves som nyttig og er med på å styrke samhandlingsarbeidet. I følge Berge har Sjustjerna lang tradisjon innen samhandling, hvor historien bak viser til styrersamlinger som ble startet opp da sykehjemmene ble organisert under fylkeskommunen. Båndet ble brutt når sykehjemmene ble kommunale, men da styrerne var vant med å møtes og samarbeide, fortsatte de med denne møtevirksomheten. Det ble etterhvert behov for å utvide nettverket til å inkludere kommuneoverlegene, slik at nettverket i dag består av de øverste fagansvarlige innen helse- og omsorg, inkludert kommuneoverleger (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Gotteberg forteller at mange viktige spørsmål har gått gjennom dette nettverket, hvor de utvikler system som de kan bruke fra kommune til kommune. Gotteberg viser blant annet til legevaktsordning, beredskap, smittevern og kompetanseplan.

"...så sjustjernenettverket har fått et godt rykte, for vi har vært flinke i de syv kommunene til å hjelpe hverandre i svært godt samarbeid med et velfungerende lokalsykehus"

(Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

I følge brukerrepresentanten er relasjonene mellom de syv kommunene et eksempel på et godt samarbeid. Videre at dette er avhengig av personene som er med og deres interesse og vilje til å skape noe i fellesskap. *"...har du personer som er genuint interessert i å få til noe, så får du det til. Jeg tror det er så enkelt som det"* (Brukerrepresentanten, intervju, 2014).

Som Scott viser til kan deltakere i samspill med hverandre utvikle en felles forståelse og rammeverk som gir støtte til kollektive handlinger (Scott, 1998:134,135). Et felles kognitivt bilde ser ut til å prege sjustjernenettverket som gjennom lang tradisjon har utviklet kontakt, kjennskap og forståelse om hverandre. Det vises til at nettverket framstår som en helhet med et felles tankesett. Dette drar i retning mot de kognitive mekanismene som Scott forbinder med etterligning og imitering (Scott, 1998:134,135). Skildringene gir indikasjoner på et fellesskap som ser seg selv som like, og som støtter hverandre samtidig som det ser ut til å gi støttende forhold til samhandlingsarbeidet med helseforetaket. Scott viser til den kognitive legitimiteten som får støtte av gjeldende kultur (Scott, 1998:134,135), hvor samspillet i Sjustjerna og mellom Sjustjerna og helseforetaket ser ut til å ha utviklet seg til en felles samhandlingskultur. Dette indikerer derfor på at kognitiv legitimitet er til stede.

Kognitiv legitimitet vises i felles tankesett som utvikles til felles handlinger

I søken etter kognitive element som kan skape grobunn for utvikling av en felles samhandlingskultur, har jeg ved hjelp av Scotts kognitive legitimitetsperspektiv stilt meg åpent undrende til om jeg ville finne kulturelle spor som gir støtte til samhandlingsarbeidet.

Skildringene viser at både helseforetak og kommuner har en felles forståelse om at samhandling er betydningsfullt. For å oppnå resultat vises det til samhandling som helt avgjørende, særlig i overgangene mellom tjenestestedene hvor utfordringer knyttet til informasjonsflyt kan skape usikkerhet for pasientene. Det vises til behovet for å ansvarlig gjøre arbeidet for å sikre helhetlige tjenester. De ser ut til å ha noen utfordringer med dette internt i helseforetaket, men som Ristesund er tydelig på, så har alle et ansvar. I følge skildringene ser det ut til at samhandlingsarbeidet fortsatt har utviklingspotensial i forhold til å følge opp forventningene om å samhandle og vise dette i praksis. Dette gjelder avklaring av roller og ansvar på systemnivå, og en bedre tilrettelegging for samhandlingspraksis rundt den enkelte pasient.

Samhandlingsreformen trekker fram at kulturforståelse kan fremme likeverd, derimot viser skildringene til uenigheter vedrørende maktfordeling, som dermed bidrar til å true legitimiteten. Kommunene ønsker å mobilisere krefter for å bli likeverdige mot helseforetaket, som på sin side opplever at kommunene er den som er premissleverandør. Dette kan ha sin bakgrunn av tradisjonell søyletenkning hvor helseforetak og kommuner på hver sin side har rettet virksomhet og samfunnsoppdrag i henhold til overordnet kontroll, krav og forventninger. Hovedbeskjeftigelsen på kommunesiden har i stor grad vært rettet mot pleie og omsorg, hvor helseforetak har rollen som spesialister og skal sikre effektive behandlingstilbud for innbyggerne i sitt nedslagsområde. Både helseforetak og kommuner viser for eksempel til kvalitet, derimot ser de ut til å ha ulike perspektiv på dette. Helseforetaket viser til krav både ovenfra og nedenfra, mens kommunene ser følgene av kvalitet som et ledd av reformens innsats på å styrke kommunene. Dette oppleves på kommunesiden som en faglig vitalisering, som støttende i forhold til rekrutteringsbehov og gjør kommunene mer robuste i forhold til å løse de nye oppgavene.

Gjensidig kulturforståelse i samhandlingsarbeidet ser ut til å være preget av noe skepsis, hvor kommunene ikke stoler helt på helseforetaket og helseforetaket er usikre på om kommunene og fastlegene klarer å håndtere de nye oppgavene. Et bilde som også kommer til syne internt i helseforetaket, er at praksis ser ut til å preges av en del dobbeltarbeid og byråkrati. Dette vises til som både ressurskrevende og utfordrende for samhandlingsarbeidet. Skildringene viser til behovet for å utvikle kjennskap til

hverandre, derimot ser det ut til at sosialiseringen som foregår internt i helseforetaket bidrar til å skape barriere for samhandlingsarbeidet.

I følge Scott vil utbredt praksis i en kulturell kontekst skape en selvforsterkende dynamikk som driver handlinger videre i tråd med det som er utbredt (Scott, 1998:134,135). På denne måten kan praksis preget av at aktørene ikke stoler på hverandre få en smitteeffekt i omgivelsene og forringe samhandlingsarbeidet.

Derimot viser skildringene til et eksempel der medisinsk klinikk i samarbeid med kommunene bidrar til at brukere kan bo hjemme selv om de har helsesvikt. I fellesskap har aktørene fordelt ansvar og oppgaver mellom seg, ivaretatt behovet for kompetanseoverføring og er med på å styrke eller skape *empowerment* både for den enkelte bruker, kommunene og samfunnet. Videre viser samarbeidet med Sjustjerna en praksis som ser ut til å være understøttet av kognitive mekanismer. Med et ønske om å samarbeide kom styrerne fra de kommunale sykehjemmene sammen, som har utviklet seg til i dag å bli beskrevet som *et fellesskap med felles tanker*. Normer og verdier som institusjonaliseres inn som et felles tankesett, er i følge Scott viktige element i kulturskapende prosesser (Scott, 1998:134,135). Dette ser også ut til å ha fått fotfeste hos medisinsk klinikk. I møtene mellom disse partene, med støtte fra intern samhandlingskultur, ser det ut til å ha skapt et betydningsfullt fundament for det gode samhandlingsklimaet mellom medisinsk klinikk og Sjustjerna. Kognitiv legitimitet ser ut til å være til stede i dette samarbeidet, og dersom det får utvikle seg videre kan det gi støttende forhold for sine omgivelser i det framtidige samhandlingsarbeidet.

3.3 Legitimitet i samhandlingsstruktur

De lovpålagte samarbeidsavtalene blir betegnet som et viktig verktøy i arbeidet med å realisere samhandlingsreformens målsettinger. Samhandlingsreformen presiserer at det er de avtalebaserte samarbeidene som lovhjemles, derimot hvordan aktørene velger å innrette dette arbeidet, blir opp til partene selv å bestemme (St.meld.nr.47, 2008-2009:77). For å gi støtte til beslutningen, ga Helse- og omsorgsdepartementet ut en nasjonal veileder hvor de pekte på noen prinsipp, som blant annet å etablere samarbeidsorgan og samarbeidsformer som er formålstjenlige for utarbeidelse,

gjennomføring, oppfølging og videreutvikling av samarbeidsavtalene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011c:14).

Helse Møre og Romsdal HF og kommunene valgte å opprette en samhandlingsstruktur som er forankret i avtaleverket. Samhandlingsstrukturen består av et overordnet samhandlingsutvalg²² og to administrative samhandlingsutvalg²³ fordelt på Sunnmøre og Nordmøre og Romsdal. I tillegg er det opprettet møtefora som dialogmøte²⁴, samhandlingskonferanse²⁵ og kliniske samhandlingsutvalg²⁶. Hovedformålet med

²² Overordnet samhandlingsutvalg er partssammensatt og et overordnet strategisk og utviklingsorientert utvalg fra helseforetak og kommuner, herav politisk og administrativ ledelse og brukerutvalg. Partene fremmer og forbereder saker til utvalget. Det skal være minst fire årlige møter og leder og nestlederfunksjon alternerer annet hvert år mellom helseforetaket og kommunen. Sekretariat holdes av Helse Møre og Romsdal HF. Helse Møre og Romsdal HF. (2014c):Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Vedlegg 12. Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF.

²³ Administrativt samhandlingsutvalg består av administrativt samhandlingsutvalg Sunnmøre og administrativt samhandlingsutvalg Nordmøre og Romsdal. Utvalgene er bredt sammensatt av representanter fra både kommuner og helseforetak inkludert praksiskonsulent, tillitsvalgte og brukerutvalg. Partene fremmer og forbereder saker til utvalget, det skal være minst fire årlige møter. Sekretariat holdes av Helse Møre og Romsdal HF. Helse Møre og Romsdal HF. (2014c):Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Vedlegg 12. Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF.

²⁴ Dialogmøte er et forum hvor representanter fra politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommuner møtes for å utveksle informasjon og drøfte prinsipielle saker. Møtet skal holdes årlig, hvor administrerende direktør kaller inn til møtet og setter opp saksliste i samarbeid med overordnet samhandlingsutvalg. Ledere for møtet og møtested går på omgang. Helse Møre og Romsdal HF. (2014c):Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Vedlegg 12. Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF.

²⁵ Samhandlingskonferanse arrangeres av overordna samhandlingsutvalg for ledere og relevant fagpersonell i kommunen og helseforetaket. Sentrale områder er lokale og nasjonale samhandlingserfaringer. Helse Møre og Romsdal HF. (2014c):Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Vedlegg 12. Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF.

²⁶ Kliniske samhandlingsutvalg kan opprettes fast eller midlertidig for å drøfte faglige og/eller administrative utfordringer mellom kommunene og helseforetaket. Utvalgene oppnevnes av overordna samhandlingsutvalg etter forslag fra de administrative samhandlingsutvalgene. Helse Møre og Romsdal HF. (2014c):Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Vedlegg 12. Samhandlingsstruktur i Møre og Romsdal mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF.

samhandlingsstrukturen er å være det organet som sikrer at de lovpålagte samarbeidsavtalene gjennomføres (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c: Vedlegg 12: Innledning).

Jeg tolker dette slik at hovedoppgaven på denne måten blir å sørge for at avtalenes formål etterleves, som skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom partene og bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig helse- og omsorgstjenestetilbud.

3.3.1 Regulativ legitimitet utfordres av beslutningsmyndighet

I følge Scott kommer hovedkilden til de regulative reglene og mekanismene som håndhever samfunnet fra nasjonalstaten. Derimot eksisterer det både formelle og uformelle regulerende strukturer i sektorer og samfunn hvor deltakere handler etter det som er nyttig (Scott, 1998:133,134). Som samhandlingsreformen viser til er ikke dette lovhjemlet, men en innretning som kommuner og helseforetak helt og holdent skulle beslutte selv. I dette perspektivet vil samhandlingsstrukturen ikke knyttes direkte til legitimitet gjennom lov som forplikter partene til samhandling, derimot som en følge av det forpliktete avtaleverket fordi partene så dette som hensiktsmessig.

Utfordringer med representativitet og kommunenes selvråderett

Stette synes arbeidet har vært preget av å prøve å finne et handlingsrom for å kunne ta beslutninger. *"... når en hadde saker hvor en trodde en kunne fatte beslutninger, så har det vist seg at det er vanskelig i forhold til at det er mange interessenter....du forvalter et avtaleverk der du egentlig ikke kan bestemme noe forpliktende for kommuneparten fordi når det kommer til stykke, så er det hver enkelt kommune som bestemmer det som skal ha konsekvenser i egen kommune"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Dette støttes også av Fylling K og Berge. *"...partene kan ikke ta felles bindende beslutninger for hverandre, men vi kan gi råd"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014) *"...samhandlingsutvalget kan vedta, men kommunene har selvråderett"* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Brukerrepresentanten viser til beslutningsmyndighet i samhandlingsorganene som vesentlig for å skape noe. Ellers blir det i følge brukerrepresentanten løsthengende.

"...man kan sitte å vedta ting, men man greier aldri å beslutte noe uten myndighet. Vi representerer brukerutvalg, kommuner og helseforetak, men beslutningstakerne er ikke der. Pengesekken er ikke der" (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

Skildringene viser til utfordringer knyttet til myndighet og representasjon.

Kommunenes selvråderett trekkes fram som et sentralt ankepunkt, hvor forslag om vedtak må ut til de 36 kommunene for å få sin velsignelse. Amdam og Veggeland viser blant annet til kommunene som ligger nederst i den norske flernivåstyringen, som ved stortingsvedtak blir pålagt stadig flere velferdsoppgaver. Selv om de har selvråderett, blir de strengt regulert både gjennom lovpålegg og budsjettildeling (Amdam og Veggeland, 2011:53). I samhandlingsspørsmål kan det derfor tenkes at kommunens frykt for ta på seg ansvar som innebærer ekstra økonomiske byrder, gjør at selvråderetten brukes for det den er verdt. Fylling K har tidligere vist til spørsmål vedrørende finansiering av de nye oppgavene som skulle tildeles kommunene i forbindelse med samhandlingsreformen. De finansielle midlene tilsvarte ikke behovet, som i følge Fylling K har ført til at de i egen kommune er forsiktige med å opprette noe uten å være sikker på at finansiering er på plass (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Fylling T tror at det må være en grad av frustrasjon for helseforetaket når beslutningsprosesser kan virke tungvinte. *"...når en nærmest til enhver tid må ut til et stort antall kommuner, hva da om en får ulike tilbakemeldinger? Da blir det litt håpløst å få framdrift"* (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). En noe oppgitt Ristesund bekrefter dette ved å vise til avtaleverket. *"...vi kan ikke endre et komma i avtalen i utvalget, formelt sett, uten at det skal ut til alle de trettiseks kommunene"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Gotteberg forteller at for å forsøke å forenkle arbeidet, har samhandlingsspørsmål landet på regionrådene, som har opprettet egne samhandlingsgrupper. Men selv om regionrådene har fått en del viktige samhandlingsoppgaver, kan de ikke forplikte den enkelte kommune. *"... når det kommer til kroner og ører og prinsipielle spørsmål, da ligger det klart opp mot kommunepolitikeren å ta stilling til dette. Det er slik i demokratiet og slik må nå det være"* (Gotteberg, intervju, 15.januar, 2015).

Røiseland og Vabo viser til utfordringer med å plassere ansvar når beslutninger skal fattes utenfor det representative demokratiske systemet. For at demokratiet skal fungere, er systemet avhengig av at Storting, regjering, forvaltning og folket følger opp. Det vil for kommunene innebære at som iverksettere av politiske vedtak, er regulering og produksjon av offentlige tjenester koblet til velgerne innad de respektive kommuneområdene. Alle vedtak som får betydning for kommunens virkeområde og samfunnsoppdrag, skal derfor behandles i tråd med demokratiske prinsipp via det norske folk, i hvert enkelt kommunestyre (Røiseland og Vabo, 2012).

I følge Stette har utfordringer knyttet til beslutningsmyndighet ført til at det overordnede samhandlingsutvalget må ta den rådgivende rollen, som derfor formulerer og fatter vedtak som anbefalinger fra det høyeste samhandlingsorganet og ut til de ulike aktørene. I følge Stette har dette vært krevende. *"...det er krevende å føle at det er vanskelig å gjøre noe der som gir merverdi i samhandlingen"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Skildringene viser at kommuner og helseforetak har brukt tid på å forsøke å finne et handlingsrom i strukturen som kan bidra til å bringe samhandlingsarbeidet videre. Derimot utfordres dette i forhold til mange interessenter og kommunenes selvråderett. Helseforetaket ser ut til å frustreres noe på grunn kommunenes rett til selvbestemmelse som kan føre til tungvinte beslutningsprosesser og utfordringer i forhold til framdrift. Derimot hevder Røiseland og Vabo at for å ivareta de demokratiske rettighetene, krever dette at alle vedtak som kan få betydning for kommunenes samfunnsoppdrag og virkeområde, skal behandles i det enkelte respektive kommunestyre (Røiseland og Vabo, 2012). Videre kan den strenge reguleringen av kommunens handlingsrom i forhold til lovpålegg og budsjettildeling (Amdam og Veggeland, 2011), bidra til at de gjennomfører nøye gjennomtenkte beslutningsprosesser i saker som kan få økonomiske ringvirkninger for de.

I følge Scott handler aktørene i det regulative perspektivet etter en instrumentell logikk etter det som er mest nyttig. Videre vil handlinger i tråd med gjeldende lov og regelverk gi legitimitet til å iverksette handlinger (Scott, 1998:133,134). Nytteperspektivet vises i

kommunenes behov for å ivareta sin selvråderett, hvor saker av økonomisk karakter må vedtas av det enkelte kommunestyret. utfordringer knyttet til myndighet ser derfor ut til å skape en form for handlingslammelse hvor det ikke foreligger en delegert myndighet i samhandlingsstrukturen til å iverksette handlinger. Dette ser ut til å utfordre den regulative legitimiteten.

Et merkelig grenseland

Stette viser videre til utfordringen med å ikke kunne beslutte og partsforholdet som et merkelig grenseland mellom beslutningsorgan og forhandlingsinstitutt. *"...samhandling og partsforhold blir et slags merkelig grenseland mellom beslutningsorgan og forhandlingsinstitutt da man forvalter et avtaleverk som egentlig har sine egne bestemmelser om hvordan en skal opptre når en er uenig"* (Stette, intervju, 18.november, 2014). For å forklare dette viser Stette til de lovpålagte samarbeidsavtalene som ble inngått mellom helseforetaket og kommunene, hvor det foreligger et eget avvikssystem²⁷ som skal håndtere eventuelle tvister mellom partene. Stette stiller spørsmål til uenighet mellom parter om saker som bringes inn i overordnet samhandlingsutvalg, og at det finnes et eget opplegg for dette. *"...hva skal du da gjøre i det organet? Du kan ikke sitte i overordnet samhandlingsutvalg og krangle om forståelsen av avtaleverket. Så hva vil det si at du sitter der og forvalter det?"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Fylling K illustrerer et eksempel hvor kommunene for en tid tilbake mottok et brev inni sommeren med informasjon om ny praksis i helseforetaket knyttet til ortopedipasienter. Dette førte til at pasienter etter utskrivning skulle ta kontakt med den enkelte kommunale fysioterapitjenesten og bestille hjelpemidler selv. For kommunene som verken hadde fått tid til å diskutere dette internt eller forberede seg, ble dette problematisk som Fylling K ga tilbakemelding på. Når Fylling K skulle drøfte dette i administrativt samhandlingsutvalg for Sunnmøre i etterkant, til tross for at mange var

²⁷ I forbindelse med samarbeidsavtalene ble kommuner og helseforetak forpliktet til å etablere system for melding av avvik innenfor alle samarbeidsområder som omfattes av avtalen. Ved uenighet skal partenes håndtere avvik i følgende rekkefølge; 1-Dialog og forhandling, 2- lokalt eller nasjonalt tvisteorgan, 3- ordinær domstolsbehandling Helse Møre og Romsdal HF (2014c): Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. Punkt 7 og 8. Helse Møre og Romsdal HF. (2014d): Prosedyre for melding og håndtering av avvik mellom kommunene og helseforetaket <http://www.helse-mr.no/no/Fagfolk/Samhandling/Prosedyre-for-melding-og-handtering-av-avvik-mellom-kommunenene-og-helseforetaket/124360/> lastet ned 19.02.2015

enig i problematikken, så var det vanskelig for helseforetaket å bringe dette videre til egen organisasjon. *”...så det ble en diskusjon om dette var en sak for administrativt samhandlingsutvalg eller ei. Jeg mente det var det. Hva skal vi med utvalget hvis vi ikke kan diskutere prinsipielle saker?* (Fylling, K. intervju, 25.november, 2014).

I følge Skogeng skal utvalget prinsipielt håndtere avvik, men Skogeng stiller spørsmål til hva utvalget skal gjøre med det. Avviksmeldingen måtte sendes videre til overordnet samhandlingsutvalg, men de kunne ikke gjøre noe praktisk med dette. Skogeng viser til at leder ikke har noen fullmakt, og utvalget har ingen beslutningsmyndighet annet enn å oppfordre partene til å følge avtalene (Skogeng, intervju, 13.november, 2014).

Scott viser til lovverket som legitimerer iverksetting av handlinger, som også innebærer de formelle reglene som aktørene selv er med å sette (Scott, 1998:133,134). Når avtaleverket har vedtatt et eget system for uenigheter, kan det derfor føre til usikkerhet som Fylling viste til i forhold til hva som skal diskuteres i strukturen. Videre støtter det opp om Skogens skildring ved at organet ikke har noen fullmakt til å gjøre noe konkret med avviket, som i følge avtaleverket skal håndteres i det separate avvikssystemet.

Hensikten med samhandlingsarbeidet er å utvikle og styre helsepolitikken videre i det handlingsrommet myndighetene har gitt partene gjennom lov – og forskriftsverk. En slik samstyring²⁸ kan i følge Røiseland og Vabo også innebære et paradoks, hvor aktører fra ulike styringsstrukturer skal samarbeide som likeverdige og gjensidig avhengig av hverandre. utfordringer kan oppstå ved uenigheter hvor makt og innflytelse står på spill, videre i situasjoner hvor aktørene ikke opplever den samme nytten av å styre sammen (Røiseland og Vabo. 2012:37). Scott viser til økonomiske hensyn som kan få betydning for hva aktørene mener er nyttige handlinger (Scott, 1998). Som vist til er både helseforetak og kommuner påvirket av strenge krav ovenfra til å produsere effektivt, ha god økonomi, samtidig som kvaliteten skal være på det ypperste. For saker i utvalget som kan få økonomiske konsekvenser for partene, vil det nok nærmest være

²⁸ Samstyring er en ikke-hierarkisk og målrettet aktivitet. Deltakerne er gjensidig avhengig av hverandre og avgjørelser er basert på konsensus etter forutgående diskusjon og eventuelle forhandlinger Røiseland og Vabo. (2012:37): Styring og samstyring – governance på norsk. Bergen. Bokforlaget

umulig å beslutte noe uten å gå ut til de respektive styrene i både kommuner og helseforetak.

Samhandlingsstrukturen ser ut til å komme til kort

For å vurdere den regulative legitimiteten i samhandlingsstrukturen, gjenspeiles den i den grad kommuner og helseforetak følger vedtatte lover og regler. Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (2011) forplikter partene til å inngå samarbeidsavtaler. Dette representerer den legale legitimiteten. Avtaleverket er en videre konkretisering av forpliktelsen hvor kommunene og helseforetaket utformet avtalene på bakgrunn av lov og forskrifter som la føringer for avtalenes innhold. Hvordan aktørene innrettet arbeidet, forelå de ingen forpliktelse til. Dette skulle partene komme til enighet om selv.

Scott viser til mekanismer som underbygger den regulative legitimiteten, som kan være tvang, trusler om sanksjoner eller mulighet for å motta belønninger (Scott, 1998:133,134). Samhandlingsstrukturen er ikke påtvunget aktørene, det forelå ingen trusler og heller ingen belønninger. Derimot ønsket partene denne strukturen for å sikre at samarbeidsavtalene ble gjennomført. Ved uenigheter er det derimot avtaleverket som definerer hvordan tvister skal løses, og som skildringer viser til holdes dette derfor utenfor samhandlingsstrukturen.

For saker som kan ha prinsipielle eller økonomiske betydninger for partene, krever kommunens selvråderett, videre de demokratiske rettighetene at saker behandles og vedtas av det enkelte kommunestyret. Her kommer også samhandlingsstrukturen til kort da partene ikke kan ta beslutninger på vegne av hverandre.

Samhandlingsstrukturen støttes ikke av legal legitimitet gjennom lovverk, men forpliktet til involvering gjennom vedlegg 12 i samarbeidsavtalene. Selv om utvalgene har hatt møter og folk har stilt opp, har det vært få saker og diskusjonene fører ikke til nødvendige beslutninger som kan føre samhandlingsarbeidet videre. Slik det er skildret, er det ikke samhandlingsstrukturen som bidrar til at lovverk og regler følges opp, den ser heller ut til å skape utfordringer for samhandlingsarbeidet mellom partene. Med bakgrunn i dette tolker jeg den regulative legitimiteten i samhandlingsstrukturen som svak.

3.3.2 Normativ legitimitet støttes av å være med – men det må handles!

I det normative perspektivet handler aktørene etter sosiale forpliktelser som støttes av eksisterende normer og verdier i samfunnet. I den grad handlingene er i tråd med felles moral vil gjenspeiles i legitimiteten som skapes (Scott, 1998:134).

For å bidra til å realisere samhandlingsreformens verdigrunnlag, har helseforetak og kommuner i fellesskap kommet fram til noen grunnleggende verdier.

“...samarbeidet bygger på tillit og åpenhet mellom likeverdige parter som er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gi et godt og helhetlig tilbud” (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Verdigrunnlag og målsetting). Videre viser samarbeidsavtalene til det grunnleggende pasienthensynet hvor *“...pasientens/brukerens beste skal alltid være fokus. Pasienten/brukeren skal stå i sentrum og er på felles helearena enten pasienten er i helseforetaket eller i kommunen”* (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Verdigrunnlag og målsetting).

Dersom samhandlingsstrukturen skal bidra til å følge opp dette verdisettet, må aktørene sosialiseres inn i et handlingsmønster som er i tråd med avtaleverkets verdigrunnlag. I den grad handlingene følger gjeldende moral, vil vises i den normative legitimiteten.

Er pasientene grunnleggende i samhandlingsstrukturen?

For å løfte pasientrollen fram når ansvar og oppgaver skal fordeles, har et sentralt område for samhandlingsreformen vært å identifisere riktige systemtiltak i helse- og omsorgssektoren. Hensikten er å styrke pasientmakten og bidra til en medvirkning som er reell (St.meld.nr.47, 2008-2009:47).

Samhandlingsstrukturen legger til rette for brukermedvirkning i de ulike utvalgene, hvor blant annet overordnet og administrative samhandlingsutvalg er sammensatt med en representant i tillegg til vara i hvert av utvalgene. Brukerutvalget blir også invitert til dialogmøtet som skal holdes en gang årlig (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Vedlegg 12).

I følge brukerrepresentanten stilles det derimot spørsmål til i hvilken grad brukernes medvirkning er reell. *“...spørsmålet er om brukerne blir tatt med bare for å være med,*

eller lytter de reelt til de?" (Brukerrepresentant, intervju, 2014). Dette poengterer også Sherry R Arnstein i sin artikkel om medvirkning, hvor et sentralt spørsmål er om medvirkning fører til handling eller om det inviteres til deltakelse av en mer symbolsk verdi (Arnstein, 1969:2).

Brukerrepresentanten viser videre til opplevelsen av å bli sett og hørt som er viktig. Videre at kompetansen som brukerne sitter inne med har betydning for å utvikle samhandlingsarbeidet til det beste for pasienten. *"...jeg håper vi kan være en stemme inn i dette. Det er klart du må våge å stille spørsmål, du må våge å si fra. Du kan ikke bare sitte der å lytte hele tiden"* (Brukerrepresentant, intervju, 2014).

Skildringene viser at selv om samhandlingsstrukturen legger til rette for brukermedvirkning, så stilles det spørsmål vedrørende om medvirkningen er reell. For brukerne er det viktig at de blir lyttet til hvor de ønsker å være en stemme inn i samhandlingsarbeidet. I følge brukerrepresentanten sitter de med betydningsfull kompetanse som kan være et viktig bidrag for å utvikle samhandling til det beste for pasientene og brukerne.

I følge Scott skapes legitimiteten av handlinger som lever opp til gjeldende moral (Scott, 1998:134). På denne måten må samhandlingsstrukturen legge til rette for medvirkning som er reell, hvor brukerne har innflytelse og får mulighet til å påvirke samhandlingsarbeidet. Ut i fra skildringene er det vanskelig å tolke hvorvidt dette leveres opp til, derimot siden spørsmålet om medvirkningen er reell stilles, kan det indikere på at dette ikke fullstendig er tilstede.

Fremmes likeverd i samhandlingsstrukturen?

Samarbeidsavtalene viser til prinsipper om likeverd som skal prege samarbeidet mellom helseforetak og kommuner. Hensikten er å svare på samhandlingsreformens målsettinger hvor et av tiltakene er å utvikle kjennskap til hverandre med faste møteplasser og regelmessig dialog (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Verdigrunnlag og målsetting).

I følge Scott vil den normative legitimiteten skapes i den grad handlingene følger opp de gjeldende verdiene (Scott, 1998:134). For at samhandlingsstrukturen skal bidra til å skape legitimitet, tolker jeg det slik at handlingene i strukturen må støtte opp under prinsipp om likeverd som videre kan gi støttende forhold i samhandlingsarbeidet.

I forhold til makt og likeverd opplever ikke Stette noen ubalanse i det overordnede samhandlingsutvalget. *"...kommunene har i all beskjedenhet taleføre folk. Det er lik representasjon og det er ikke slik at den som snakker høyest får rett, men det handler om å være godt forberedt og ivareta interessene som du representerer"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Derimot har Fylling T en liten følelse, hvor han undrer seg over om den representerer andre sine følelser også, at en kan føle seg litt forbigjørt. Fylling T tror det kan ha med organet i seg selv og måten saker blir drøftet og diskutert på. Fylling T sier han er veldig forsiktig med å si noe da han bare har vært på noen få møter, men viser igjen til en opplevelse av maktesløshet i forhold til hva som kommer ut av disse møtene (Fylling, T. intervju, 14.januar, 2015).

I følge Endresen, opplever han selve møteforumet som likeverdig. Derimot må møtene føre til at det skjer noe. Det må handles. Endresen tror det er viktig å la veien bli til mens man går, mens andre kanskje er mer opptatt av at det må være godt forankret. I følge Endresen knyttes dette til at de som ønsker forankring ofte har et økonomisk ansvar, noe han som fastlege og praksiskonsulent har fått forståelse for og utviklet en mer bevisst holdning til gjennom de møtene han har deltatt i. *"...de er også opptatt av at klinikerne gjerne må komme fram til hva som er beste praksis, mens administrasjonen er de som bestemmer. Det er de som har de økonomiske rammene og må få det siste ordet"* (Endresen, intervju, 10.desember, 2014).

Ristesund har tidligere vist til kommunene som er juridiske enheter med selvstyre, og føler på en måte at det er kommunene som sitter med makten i møtene med helseforetaket (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Avslutningsvis viser Fylling K til de kommunene som har representanter i utvalgene som kanskje får fordeler av dette. I følge Fylling K knyttes samhandlingsstrukturens verdi sammen med opplevelsen av å være litt mer privilegert med hensyn til informasjon. *"...man sitter tettere på prosessene og beslutningene"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). Fylling K forteller videre at han passer på å dele ut denne informasjonen til sin ledergruppe. *"...så diskuterer vi saker i ledermøter og så sender jeg kopi til hovedtillitsvalgte for fagorganisasjonene slik at de også er orientert om hva som rører seg i de organene"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). Fylling K forteller videre at de har forsøkt bevisst å ta de med helt fra starten av da de også trenger informasjon (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Skildringene viser noe uenighet knyttet til likeverd i samhandlingsstrukturen, hvor noen opplever seg likeverdige og andre noe forbigått. Videre blir det på nytt vist til kommunenes selvråderett som bidrar til at de kanskje får det siste ordet når beslutninger skal tas. Endresen trekker blant annet fram de økonomiske aspektene som blir førende til tross for faglige råd, som viser i retning av det instrumentelle synet hvor handlinger heller baseres på nytte framfor moral. I følge Scott vil normativ legitimitet fremmes av handlinger som følger gjeldende verdsett (Scott, 1998:134). Dersom handlinger i samhandlingsstrukturen heller viser seg å heller være preget av det instrumentelle, kan det skape barriere for den normative legitimiteten.

I følge Fylling K vises det derimot til verdien av å sitte tettere på prosessene og informasjonen som gis. Beretningen om hvordan han passer på å formidle denne informasjonen videre til sin ledergruppe, kan illustrere en form for sosialisering som er en av mekanismene i det normative perspektivet. Scott viser til deltakere som guides inn i et ønsket handlingsmønster i tråd med normer og verdier. Hvor dette kan skape et legitimt handlingsmønster (Scott, 1998:134). Dersom informasjonsdelingen som Fylling K viser til, bidrar til et handlingsmønster internt i kommunen som støtter opp under samhandlingsarbeidets verdsett, kan det være med å støtte under den normative legitimiteten.

Skaper samhandlingsstrukturen et moralsk handlingsmønster?

Samhandlingsstrukturens formål er å skape støttende forhold til samhandlingsarbeidet og bidra til at avtalene følges opp (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c: Vedlegg 12). I søken etter normative mekanismer som kan bidra til dette, tar jeg et blikk på den praksis som har foregått.

Stette forteller at arbeidet har vært preget av at det har vært en ny struktur. Til tross for tradisjon for samhandling på Sunnmøre, hadde det ikke tidligere vært et overordnet samhandlingsutvalg som skulle forvalte et avtaleverk (Stette, intervju, 18. november, 2014) Dette støttes også av Fylling K som viser til at det har derfor vært utfordrende. *"...det har vel vært et slags prateforum slik at det ikke har kommet så mange beslutninger, eller klare råd som har resultert i videre beslutninger i de administrative samhandlingsutvalgene"* (Fylling, K intervju, 25. november, 2014). I følge Tyrholm kan deltakerne snakke sammen både vel og lenge om ulike saker knyttet til samhandling. *"...men det er ikke saker som tar verden videre. Det er i veldig beskjeden grad det"* (Tyrholm, intervju, 1. desember, 2014).

Berge viser videre til at det har vært uklart hvordan det administrative samhandlingsutvalget skal fungere i forhold til det overordna samhandlingsutvalget. *"...vi opplever at det har blitt litt for formelt med at man skal ha saksutgreiing, fatte vedtak og sende det opp for så å få det tilbake. Vi har følt at det har blitt litt for treigt og litt for formelt"* (Berge, intervju, 27. november, 2014).

I følge Gotteberg er strukturen som beskrevet i vedlegg 12 i samarbeidsavtalen det som har fungert dårligst. Uklarhet i hvilke oppgaver som skal behandles i de ulike utvalgene trekkes fram, videre flyten mellom utvalgene som Gotteberg vil betegne som diffus. Gotteberg tror kanskje han tar litt sterkt i, men vil likevel påpeke dette. *"...jeg synes at altfor mange mennesker har sittet alt for mye i møter rundt disse samhandlingsspørsmålene. Det kunne ha vært konkretisert mye mer og gjort enklere"* (Gotteberg, intervju, 15. januar, 2015).

Endresen viser blant annet til arbeidsmåten i utvalgene som kan starte for eksempel ved at klinisk samhandlingsutvalg innen gynekologi og obstetrikk, som består av blant annet

jordmødre fra både kommune og helseforetak, sykehuslege og gynekolog, som i fellesskap diskuterer seg fram til en retningslinje. Videre skal denne presenteres og kanskje diskuteres ytterligere i administrative samhandlingsutvalg, for så å legges fram for overordnet samhandlingsutvalg. *"...jeg synes det er så mange ledd å gå gjennom, og mange har sterke meninger og ulike meninger"* (Endresen, intervju, 10. desember, 2014).

Skogeng forteller at hun i starten prøvde å absorbere de mange oppgavene som var nedfelt i samarbeidsavtalene mellom helseforetaket og kommunene, og de skjønnte fort at de måtte velge ut områder de ville se mer konkret på. Derimot begynte deltakerne å innse utfordringer med flere utvalg og flere nivå. Dersom de utformet en plan som skulle legges fram for overordnet samhandlingsutvalg, måtte de også ha med seg det administrative samhandlingsutvalget på Nordmøre da alt skulle foregå likt. Med ulike sakslister, saksstrøm og møtehyppighet, har dette ført til at samkjøring av arbeidet har vært vanskelig. Skogeng på sin side kan fortelle at hun personlig har følt seg veldig forpliktet til et godt samhandlingsklima til tross for en struktur som er krevende. *"...det er veldig viktig å holde utvalget i gang for å gi legitimitet til avtalen slik som den er. Men å finne de riktige sakene å diskutere i utvalget, er vanskelig"* (Skogeng, intervju, 13. november, 2014).

Skildringene viser at de opplever samhandlingsutvalgene i strukturen som utfordrende. Det vises til uklarhet i oppgaver og hvilken funksjon utvalgene skal ha. Videre at utvalgene representeres av en mengde folk som gjerne vil diskutere, men som ikke skaper framdrift i samhandlingsarbeidet. Samhandlingsutvalgene blir videre beskrevet som stivt og formelt, som gjør saksgangen treg mellom de mange utvalgene.

I følge Scott kan normative mekanismer vise seg i en form for sosialisering, hvor normer og verdier opptas av deltakerne som handler i tråd med dette. Et handlingsmønster som rettes mot det moralske rammeverket, kan gi støttende forhold for den normative legitimiteten (1998:134).

Beskrivelsene skildrer derimot en slags handlingslammelse, hvor en sosialisering i henhold til verdier ser ut til å bli utfordret. Skildringene viser at mye av tiden har blitt brukt til å finne en form, heller enn å bygge handlingene på realisering av de

helsepolitiske målene. Dette indikerer derfor på å skape barriere for den normative legitimiteten.

Normativ legitimitet i samhandlingsstrukturen

For å undersøke hvordan normativ legitimitet viser seg i samhandlingsstrukturen, har jeg ved hjelp av Scott (1998) rettet lupen mot pasienthensynet, likeverd og det praktiske arbeidet i samhandlingsstrukturen. Legitimiteten vil vise seg i den grad arbeidet følger opp gjeldende moral.

Når det gjelder pasienthensynet og tilrettelegging for medvirkning, følger samhandlingsstrukturen opp dette hvor brukerrepresentasjon er med i utvalgene. Derimot stiller brukerrepresentanten spørsmål til om medvirkningen er reell, som kan indikere på at dette kanskje ikke helt er tilstede.

I forhold til likeverd oppleves dette ulikt, hvor representanter fra mindre kommuner kan oppleve seg noe forbigått. Kommunenes selvråderett ble også vist til som kan representere en form for avmakt når beslutninger skal tas. De økonomiske aspektene vises til som får avgjørende betydning til tross for faglige råd, som trekker i retning av et instrumentelt perspektiv hvor handlinger baseres på hva som er nyttig framfor gjeldende moral. Hvis dette er tilfelle for en utbredt praksis, kan det skape barriere for den normative legitimiteten.

Når arbeidet i samhandlingsstrukturen skal beskrives, viser skildringene til en form for lammelse. Uklarhet i oppgaver, ansvar og myndighet har ført til at mye av tiden har blitt brukt til å forsøke å finne en passende form. Dette ser ut til å ha utfordret formålet med å ivareta og følge opp samarbeidsavtalene, og indikerer derfor på en barriere for utvikling av den normative legitimiteten.

Det som kommer frem som verdifullt, er at de som sitter i utvalgene er tettere på prosessene og informasjonen som gis. Som skildringen til Fylling K viser, formidles denne informasjonen videre internt til egen organisasjon. En slik informasjonsdeling kan trekke i retning av en sosialisering, som i følge Scott (1998:134) kan gi støttende forhold til legitimiteten dersom det fører til handlinger som er i samsvar med moral. Skildringen kan på denne måten indikere på at normative mekanismer er til stede.

3.3.3 Kognitiv legitimitet kan styrkes ved felles kultur

Legitimiteten i det kognitive perspektivet styres av handlinger som er kulturelt støttet og kommer til syne i det som er likt og utbredt. Handlingene bygger på fastsatt tro og det som er lært. Deltakere kan institusjonaliseres inn i dette handlingsmønsteret og ta for gitt at dette skal prege adferden (Scott, 1998:134,135).

Samhandlingsreformen viser til behovet for å utvikle en felles samhandlingskultur. Aktørene må evne å se sine tjenester som en del av en større sammenheng og utvikle en felles forståelse i samhandlingsarbeidet. På tvers av virksomheter og nivå må felles kultur fremmes, for å skape understøttende forhold for oppfølging av samarbeidsavtalene og helsepolitiske målsettinger (St.meld.nr.47, 2008-2009).

Kultur får betydning for samhandlingsstruktur

Stette viser til den hierarkiske strukturen og forklarer dette ved å vise til strukturen i offentlige organisasjoner. For kommunene er øverste myndighetsorgan de enkelte kommunestyrene, og på helseforetakssiden til og med nivået over styrenivå for det enkelte helseforetak. I følge Stette måtte samhandlingsstrukturen utformes på den måten at det øverste nivået som skulle ha ansvar for avtalene, ga plass til beslutningstakerne. Dette førte til at overordnet samhandlingsorgan ble organisert som et politisk organ sammensatt av likt antall medlemmer fra helseforetaket og kommunene (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Det ble videre stilt spørsmål om hva som skulle være under, hvor Stette viser til utfordringer ved at det på samme tid forelå fusjonering av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF som skulle bli til ett. *"...vi hadde fire sykehus. En hadde ulik tradisjon nord og sør for Romsdalsfjorden i forhold til hva en hadde å bygge på"* (Stette, intervju, 18.november, 2014). Stette forteller at på Sunnmøre hadde de allerede en god samarbeidsavtale som var i bruk og som levde, med folk som kjente hverandre godt. De ønsket derfor ikke å endre representasjon og bli involvert i nye relasjoner. *"...vi ofrer ikke representasjon nå for å bli sammenslått og bli involvert i nye relasjoner. Det vil svekke samhandlingen vår, heller enn å fremme den"* (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Derfor ble det insistert på å ha et nivå under overordnet samhandlingsutvalg og ha sitt eget. Stette viser til at det var først og fremst Sunnmøre som insisterte på dette og sånn

ble det, med i følge Stette, kanskje de følgene det har fått. Det ble derfor insistert på å ha et nivå under overordnet samhandlingsutvalg som ble til to administrative samhandlingsutvalg (Stette, intervju, 18.november, 2014).

Fylling K viser også til det tidligere samhandlingsorganet som fungerte godt, og hvor kommunene på Sunnmøre ikke ønsket å bli involvert i uenigheter som preget Nordmøre og Romsdal. *"...vi ønsket ikke bare ett, for da hadde vi blitt dratt rett inn i den betente konflikten eller uenigheten på nordsiden av fjorden. Vi ønsket ikke fire, fordi vi ønsket å se Sunnmøre som med ett sykehus. Derfor ble det foreslått to i fylket, og det ble ett administrativt samhandlingsutvalg på Sunnmøre"* (Fylling, K intervju, 25.november,2014).

Fra helseforetakssiden kan Ristesund fortelle at i forbindelse med fusjonering 1.juli 2011 til Helse Møre og Romsdal HF, var det et ønske om at samhandlingsstrukturen bare skulle ha ett overordnet nivå. På denne måten kunne de unngå å fortsette med todelingen som helseforetaket hadde hatt i tilknytning til Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF. Derimot var kommunene opptatt av å beholde det eksisterende, og Ristesund forteller at dette var han veldig imot, da det ville sementere det som hadde vært med to helseforetak. *"...vi jobbet veldig intenst med å prøve å fusjonere de to helseforetakene og lage en felles kultur. Ikke tenke nord og sør, og Sunnmøre og Nordmøre. Men tenke Helse Møre og Romsdal HF"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Ristesund forteller videre at han mente at to administrative utvalg ville være til hinder for å drive denne prosessen framover. Dette ble diskutert internt i ledelsen i helseforetaket og det var knyttet stor skepsis til denne utformingen, derimot var dette viktig for kommunene og derfor ble det slik " (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Berge viser til uenigheten mellom kommunene og helseforetaket i opprettelsen av samhandlingsstrukturen. Derimot var kommunene redd for at det bare med et utvalg ville bli for fjernt. *"...vi har vært opptatt av at samhandling er å agere i lag i forhold til pasienten, og da må det være lokalt. Det må være nærhet og det må være eierskap"* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Berge forteller videre at de har vært opptatt av at de som jobber i helseforetak og kommuner lokalt skal ha kjennskap til hverandre med respekt

for felles system. Berge tror ikke de vil få til dette med et samhandlingsutvalg som er langt borte. Det var i følge Berge diskusjon knyttet til to ulike syn på strukturen.

"...hvordan skulle vi løse helseforetakets behov for mest mulig likhet i hele sitt nedslagsfelt, og kommunene sitt behov for samhandling" (Berge, intervju, 27.november, 2014). Det ble en kompromissløsning i følge Berge (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Å utforme en struktur som kan ramme inn samhandlingsarbeidet for aktørene på Sunnmøre lå nok til grunn for oppretting av strukturen, derimot viser skildringene over at det var uenigheter mellom kommunene og helseforetaket om hvordan strukturen i sin helhet skulle se ut.

Skildringene viser at kommunene var opptatt av å beholde det som var kjent og nært. Det vises til konflikter som de ikke ønsket å involvere seg i, hvor dette får overveiende betydning i hvordan det formelt sett blir seende ut til slutt. Helseforetaket var ikke enige i denne beslutningen, da de ønsker å se fylket som ett. Derimot viser tyngden på kommunesiden at den var stor nok til å holde til vedtak.

Selve utformingen trekker videre i retning mot det tradisjonelle, hvor hierarkisk oppbygning har preget offentlige organisasjoner. I dette perspektivet delegeres beslutningsmyndighet etter strenge regler til kvalifiserte personer som oppfyller sine plikter gjennom verv. Pliktene som disse skal oppfylle, er nøye avgrenset og strengt kontrollert, som fører til at slike virksomheter kan kontrolleres i detalj og sikre likebehandling i saker (Ott, Shafritz, Jang, 2011:77-82). Det har tidligere blitt vist til at kommunene hadde behov for å ha et system som ivaretar at samhandlingen følger vedtatte lover og regler (Stette, intervju, 18.november, 2014). Dette kan ha preget beslutningen om å ha et overordnet og likeverdig organ på toppen, hvor mandatet var å holde i avtaleverket og sikre at disse ble gjennomført. Dette perspektivet trekker derimot i retning av det instrumentelle nyttehensynet framfor handlinger som er basert på moral.

I følge Scott legger kulturen føringer for handlinger, hvor aktørene handler etter det som er lært og oppfattes som felles rammeverk (Scott, 1998:134,135). Slik skildringene viser ser det ut som tradisjonelle mønstre med vekt på byråkrati, får overveiende betydning i

forhold til samhandlingsstrukturens utseendemessig profil. Videre viser kommunenes sterke ønske om å utforme to separate utvalg, til tross for helseforetakets ønske om å se fylket under ett, to ulike syn i forhold til hva som betraktes som hensiktsmessig. Det ser ut til at egennytte blir førende for handlinger, samtidig som kommunenes styrke overfor helseforetaket kommer til syne med indikasjoner på en ubalanse i maktforholdet. I følge Scott skapes kultur ved et felles tankesett som trekker i samme retning (Scott, 1998:134,135). Derimot viser skildringene at det ikke er fullstendig enighet. Det instrumentelle ser ut til å være førende, hvor jeg stiller spørsmål til hvordan dette vil påvirke det videre arbeidet i samhandlingsstrukturen.

Mer administrativt og mindre samhandling

Hole ser tilbake til samhandlingsarbeidet som foregikk før samhandlingsreformen ble lansert. Medisinsk avdeling i Ålesund hadde regelmessige møter med sykehjemsleger, ledere for sykehjemmene og hjemmebasert omsorg. Videre også noen ganger kommunale helse- og sosialsjefer. I Volda hadde en på samme måten hatt regelmessige møter med kommunelegene, så samhandlingen var godt i gang. De hadde et administrativt samhandlingsutvalg som fungerte bra, men så ble helseforetaket på Sunnmøre og Nordmøre slått sammen til Helse Møre og Romsdal HF. *"...da skjedde det noe negativt i det administrative samhandlingsutvalget. Det ble mer administrativt og mindre samhandling"* (Hole, intervju, 22. desember, 2014). Hole forteller at han opplevde å gå fra et lite samhandlingsutvalg med et fokus som ikke var juridisk eller avtalefestet, til å etablere en helt ny samhandlingsstruktur, som en byråkratisering. Videre ble det samtidig nedleggelse av tidligere gode strukturer. Hole forteller at det oppstod en "forvirring" eller usikkerhet om det som hadde eksistert av god samhandling før nå var borte, og om det var lov å jobbe i den gamle strukturen eller om alt måtte inn i den nye. I følge Hole ble det praktiske samhandlingsarbeidet på en måte satt tilbake. Det ble et veldig fokus på den administrative strukturen som juridisk bindende, og Hole er klar på at dette er hans personlige meninger, men oppfattet at det skjedde noe negativt i det administrative samhandlingsutvalget. *"...fokuset ble helt annerledes enn det vi hadde i den gamle strukturen. Der var samhandlingsutvalget tuftet på at en faktisk skulle samhandle, og ikke tuftet på at en eller annen juridisk avtale hadde bestemt at en skulle ha et slikt utvalg"* (Hole, intervju, 22. desember, 2014). Hole viser til at det kom nye aktører inn i strukturen, hvor vanlige folk fra kommuner og sykehus ble satt inn i en struktur uten å

være klar over hvilken rolle den enkelte skulle ha, og hvordan det var nyttig å jobbe på det enkelte nivå. Videre fikk de i tillegg et overordnet samhandlingsutvalg over seg som i starten var vanskelig å forholde seg til. For Hole er det helt klart at skal samhandlingsstrukturen gi merverdi, må den føre til noe. *”...struktur er et middel for å oppnå målene i samhandlingsreformen. Det må være et middel for at vi får det til bedre!”* (Hole, intervju, 22. desember, 2014).

Beretningen til Hole viser at det skjedde en endring når den nye samhandlingsstrukturen ble etablert, som ser ut til å forringe samhandlingsarbeidet heller enn å utvikle det. Hole viser til det tidligere samarbeidet og møtevirksomheten som foregikk både internt mellom sykehuslegene og ut mot kommunene. I følge Hole var det allerede en etablert samhandlingsstruktur som fungerte godt, men hvor opprettholdelse ble utfordret når alt skulle inn i den nye strukturen. I følge Hole førte dette til en forvirring i forhold til roller, funksjon og hva som var lov i den juridisk bindende strukturen. Hole viser til at dette førte til en byråkratisering hvor det ble mer administrativt og mindre samhandling.

For at arbeidet i samhandlingsstrukturen skal bidra til å skape en felles kultur og trekke i retning av de helsepolitiske målene, vil det kreve at overordnede målsettinger ligger til grunn for adferd. I følge Scott skapes legitimiteten i handlinger ved at aktører i samspill med hverandre utvikler et felles tankesett som støtter opp om kollektive handlinger (Scott, 1998:134,135). Samhandlingsreformen initierte en politikk hvor helseforetak og kommuner skulle komme nærmere hverandre og i fellesskap finne gode løsninger for å utvikle helse- og omsorgstjenestetilbudene til det bedre. Helseforetak og kommuner etablerte samhandlingsstrukturen med et formål, å sikre at de lovpålagte samarbeidsavtalene ble fulgt opp og gjennomført. Skildringen til Hole viser derimot en tilbakegang i samhandlingsarbeidet når den nye strukturen ble etablert. Det ser på denne måten ut som kulturen følger det tradisjonelle og egennytte, som kan skape barriere i arbeidet med å støtte under samhandlingsreformens realisering. Dette indikerer derfor på å skape barriere for den kognitive legitimiteten.

Klarer dialogmøtet å skape byggesteiner for samhandlingskultur?

I samtale med informantene spør jeg de hvilken betydning samhandlingsstrukturen har hatt for samhandlingsarbeidet på Sunnmøre. Selv om det har vært utfordrende å finne sin form, er det flere som trekker fram dialogmøtet.

I forbindelse med utforming av samhandlingsstrukturen, valgte helseforetaket og kommunene å videreføre ordningen med dialogmøte.

" Dialogmøte er et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommunene møtes for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker" (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Vedlegg 12).

For å gi meg et bilde av dialogmøtet starter Fylling K med å fortelle om dialogmøtene som var før samhandlingsreformen. *"...da var det gjerne med ordførere og rådmenn, men så hekta det seg på noen fagfolk. Det var jo litt skummelt å sende ordføreren og rådmannen alene på disse møtene"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014). En noe lattermild Fylling K viser derimot til verdien av å informere hverandre og bli kjent med hverandre, at det har en stor verdi i seg selv. Derfor vil Fylling K understreke at det han innledningsvis kalte "pratemoete" ikke har negativt fortegn. *"...for det er den veldig viktige delen. Å bli kjent med, få personlig relasjon på høgt administrativ nivå og på faglig nivå"* (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Fagfolkene er i følge Berge heldigvis blitt inkludert da det kan bli et skjevforhold mellom øverste ledelsen i en kommune og øverste ledelsen i et helseforetak. *"...helseforetaket er spesialister på sitt område, mens rådmenn og ordførere er mer generalister. De kan litt om alt, men lite om den delen av sin kommune som skal samhandle med helseforetaket"* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Derfor må både politikere, administratorer eller fagfolk være med på kommunesiden. *"...en struktur som setter sammen de som er på samme systemnivå og blir enige, er utrolig viktig for å lykkes"* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Fylling T viser også til dialogmøtet som han opplevde som verdifullt. I følge Fylling T ga dette innsikt og bedre forståelse. *"...en knytter direktekontakt på en litt annen måte og får en felles oppfatning om hvordan saker er tenkt og hvordan disse kan løses. Du har den*

felles arenaen, det tror jeg er positivt” (Fylling, T intervju, 14.januar, 2015). Dette støttes også av Bjørdal og Tyrholm. ”...det er der rådmenn og ordførere, det politiske og administrative nivået på et overordnet nivå, har en arena der en kan snakke sammen” (Bjørdal, intervju, 22.desember, 2014) ”... Det er både tillitsskapende og det hjelper partene å se likt på utfordringer i helsetjenesten. Det er med på å skape et godt samarbeidsklima” (Tyrholm, intervju, 1. desember, 2014).

Avslutningsvis viser Hole til dialogmøtet som veldig positivt og konstruktivt. Videre at det er økt bevissthet til samhandling både hos kommuner og helseforetak (Hole, intervju, 22.deseber, 2014). Dette støttes også av Ristesund ved helseforetaket som viser til dialogmøtene som gode møter ”...der har en fått gjensidig informasjon. Jeg tror mye mer på verdien av det” (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Derimot viser Ristesund til kompleksiteten i samhandlingsstrukturen som er så stor at de ikke klarer å håndtere den. I følge Ristesund er det vanskelig bare å arrangere dialogmøtet, hvor de opplever at det ofte er helseforetaket som må dra det. Ristesund viser til at helseforetaket inviterte kommunene til å komme med saker de ønsket å ta opp, men at det nesten aldri kom saker fra de. Derfor ble dette også på helseforetakets premisser (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015).

Skildringene viser at dialogmøtet oppleves som et verdifullt og nyttig fora, hvor øverste ledelse fra både helseforetak og kommuner i en god miks skaper et klima for utveksling og deling av erfaringer. Å få kjennskap og utvikle relasjoner mellom hverandre ser ut til å være betydningsfullt, samtidig som forumet må være et møtested for deling av kunnskap på tvers av ulike nivå. Scott viser til de kognitive mekanismene hvor aktører som stiller seg bak et felles verdisett, kan utvikle et felles kognitivt bilde av hvordan de framstår, og som støtter den kognitive legitimiteten (Scott, 1998:134,135). I følge skildringene kan de se ut som dialogmøtene kan skape viktige byggesteiner for en felles samhandlingskultur, og kan derfor indikere på at kognitiv legitimitet er til stede.

Derimot viser skildringene også til utfordringer for dialogmøtet i en kompleks struktur, ved at helseforetaket savner involvering fra kommunene slik at det ikke bare blir på helseforetakets premisser. For å utvikle et felles tanke sett viser Scott til at dette må

utvikles gjennom samspill i prosessen slik at handlinger gjentas og får lik mening både for den enkelte og fellesskapets (Scott, 1998:134,135). Jeg tolker dette slik at hvis kultur skal skapes gjennom et fora som dialogmøte, vil involvering fra begge parter både ved forberedelse, arrangering og oppfølging være viktige byggesteiner for framtidig utvikling av felles samhandlingskultur.

Kompetanseplan

I forhold til hva samhandlingsstrukturen har bidratt til for helseforetaket og kommunene, vises det også til arbeidet med en kompetanseplan.

Bakgrunnen for felles rekruttering og kompetanseplan²⁹ var basert på en bestilling fra Sunnmøre regionråd IKS og Helse Møre og Romsdal HF i 2011. Det tidligere samhandlingsutvalget for Sunnmøre deltok som styringsgruppe, hvor de sammen med PricewaterhouseCoopers (PwC) utarbeidet et strategisk plandokument for kompetanseutvikling og rekruttering. PwC presiserer at siden planen har sin forankring i samhandlingsreformen, vil det være naturlig å knytte kompetanse- og rekrutteringsplanen inn mot avtalene som regulerer oppgavefordelingen mellom helseforetaket og kommunene. Videre viser anbefalinger fra PwC at administrativt samhandlingsutvalg bør ha en aktiv og koordinerende rolle i både implementering og oppfølging av planen (PwC, 2012:54).

I samtale med informantene forteller blant annet Skogeng at de var usikre på hvordan de skulle håndtere kompetanseplanen. Skogeng viser til det administrative samhandlingsutvalget som fikk rollen med å følge opp arbeidet, som blant annet skulle prioritere innsatsområder. Siden alt skulle foregå likt i helseforetaket, skulle planen også gjelde Nordmøre og Romsdal. Derimot jobbet de to utvalgene i følge Skogeng i utakt med hverandre, og de undret seg over hvordan de skulle gå fram (Skogeng, intervju, 13.november, 2014). Dette støttes også av Fylling K” *...men når planen lå på*

²⁹ Felles rekruttering og kompetanseplan inneholder dels organisatoriske og strukturelle tiltak, og dels kompetanse- og rekrutteringstiltak. Planen inneholder en oppsummert tiltaksoversikt med basis i viktige strategiske innretninger og føringer. Videre hvordan tiltakene bør forankres økonomisk og hvordan planen bør ajourholdes og videreutvikles PricewaterhouseCoopers (PwC). (2012): Felles kompetanse- og rekrutteringsplan Mellom Helse Møre og Romsdal HF og sunnmørskommunene. <https://www.pwc.no/no/offentlig-sektor/publikasjoner/felles-kompetanse-rekrutteringsplan.pdf>

bordet, så var det litt uavklart hvordan en skulle gripe fatt i den videre” (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Berge forteller videre at det administrative samhandlingsutvalget på Sunnmøre besluttet å oppnevne en gruppe som skulle forsøke å ta planen ned til et mer håndterlig nivå. Gruppen fortsatte arbeidet hvor de etter hvert utformet et utkast med noen prioriterte fagområder. Det Berge erfarer er at kommunene på søre Sunnmøre er de som så langt har tatt tak i dette i fellesskap. *”...det tror jeg er fordi vi har Sjustjerna, ellers hadde vi ikke greid det ”* (Berge, intervju, 27.november, 2014). Berge forteller videre at de nå har hatt planen oppe i sjustjernenettverket og utarbeidet en veldig konkret plan for gjennomføring med tiltak for å utvikle kompetanse innen helse og omsorg. Sjustjerna ønsket at arbeidet ble videreført, og Berge forteller at de da tok kontakt med samhandlingssjefen ved helseforetaket. Det ble etter hvert konkludert med å prøve å lage en pilot på søre Sunnmøre, som etter hvert kan videreføres til resten av fylket (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Skildringene illustrerer noe av det Hole viste til vedrørende overgangene fra en tidligere velfungerende samhandlingsstruktur, til en ny som er mer formalisert og juridisk forpliktende. Både Skogeng og Fylling K viser til utfordringer når arbeidet med rekrutterings- og kompetanseplanen skulle videreføres. Etter hvert ble det besluttet å nedsette en arbeidsgruppe hvor blant annet Berge har deltatt i. I følge Berge ser det ut til at kommunene på søre Sunnmøre gjennom Sjustjerna er de som har klart å videreføre planen. Sjustjerna har tidligere vært vist til som et nettverk som skaper grobunn for kulturskaping i samhandlingsarbeid, da de i stor grad representerer et fellesskap med et felles kognitivt bilde. Det ser ut til at dette har gitt understøttende effekter til å videreføre arbeidet med felles rekruttering og kompetanseplan. Som Scott viser til kan kognitive mekanismer med samspill mellom deltakere, skape en felles forståelse og vises i handlinger. Dette kan være med å bringe fram en felles kultur, som er med på å styrke den kognitive legitimiteten (Scott, 1998:134,135). Det ser ut som sjustjernenettverket og deres kognitive krefter har båret kompetanseplanen et stykke videre på veien, noe som indikerer på at kognitiv legitimitet er tilstede.

Kognitiv legitimitet vises i fellesskap og felles tanker

Samhandlingsreformen viser til behovet for å utvikle en felles samhandlingskultur, som kan skape støttende forhold for samhandlingsarbeidet i prosessen med å realisere de overordnede målsettingene. I følge Scott vil felles tanker og utvikling av kultur være med å støtte den kognitive legitimiteten (Scott, 1998:134,135). For å undersøke om det rører seg kognitive mekanismer i samhandlingsstrukturen, har jeg ved hjelp av Scott forsøkt å tolke informantenes opplevelser.

Selve samhandlingsstrukturen ble utformet med et ønske om å bevare likeverd, hvor den hierarkiske oppbygningen var et resultat av å ha et likeverdig organ øverst som har plass til beslutningstakere fra både helseforetak og kommunene. Skildringene viser samtidig til uenigheter vedrørende hva som skulle være under. Kommunene ønsket å bevare det kjente og nære og ville unødig involveres i nye relasjoner. Helseforetaket på sin side var ikke enig i dette, da skildringene viser at de hadde behov for å se fylket som ett. Derimot viser beretningene at kommunene fikk det siste ordet, som ble beskrevet som en kompromissløsning. En aner her at styrkeforholdet er noe ulikt, som kan skape barriere for likeverdsprinsippet. Samhandlingsreformen viser blant annet til likeverd som en viktig bærebjelke for utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Videre initieres det også til mer likeverd mellom aktørene i utviklingsarbeid. Resultatet med to ulike samhandlingsutvalg kan stride i mot befolkningens rett til gode og likeverdige tjenester, dersom dette fører til handlinger som legger til rette for silotenkning. Videre ser uenighetene mellom helseforetaket og kommunene ut til å true felles kulturskaping, som i følge Scott (1998:134,135) utvikles gjennom felles tankesett og holdninger. Det kan derfor se ut til å skape barriere for den kognitive legitimiteten.

Det vises til en tilbakegang av samhandlingsarbeidet, hvor den nye strukturen skapte usikkerhet i forhold til roller, funksjon og hva som var lov. Videre at det ble en byråkratisering og mer administrasjon, som går i retning av tradisjonell forvaltningspraksis i offentlig sektor. Kost-nytte kalkyler har i stor grad preget dette arbeidet, som kan skape utfordringer i forhold til handlinger som trenger støtte fra et felles verdisett. Samhandlingsreformens målsettinger trenger støtte fra handlinger som er i tråd med det moralske rammeverket. En kultur som heller følger tradisjonelle

instrumentelle mønster kan skape barriere for dette. Dette indikerer derfor på å utfordre styrking av den kognitive legitimiteten.

Skildringene viser samtidig til dialogmøtet som oppleves positivt og verdifullt, hvor ledelse fra både helseforetak og kommuner samles til gjensidig utveksling og dialog om samhandlingsspørsmål. Dette kan gi gode vekstforhold for en gryende kultur, og bidra og styrke den kognitive legitimiteten. Det pekes derimot på at dette må skje i form av et felles bidrag, hvor både helseforetak og kommuner står for arrangering og innhold.

Avslutningsvis viser skildringene til sjustjernenettverket som bistår samhandlingsstrukturen med å følge opp arbeidet med en felles rekrutterings- og kompetanseplan. Skildringene viste til usikkerhet når de i samhandlingsutvalgene skulle gripe fatt i dette, derimot ser det ut som at arbeidet har fått understøttende hjelp av kognitive krefter på søre Sunnmøre. Som Scott (1998:134,135) viser til kan handlinger drives fram understøttet av kultur. I følge skildringene ser det ut som samhandlingsstrukturens arbeid med rekrutterings- og kompetanseplanen, fikk understøttende hjelp av samhandlingskulturen som er skapt i Sjustjerna.

4 Hvordan skape legitimitet i samhandlingsarbeidet?

På bakgrunn av behovet for mer framdrift i samhandlingsarbeidet og en struktur som gir støttende forhold til dette, har denne studiens formål vært å søke etter faktorer som har betydning for å utvikle samhandling og samhandlingsstrukturen videre, slik at det kan bidra til å realisere helsepolitiske målsettinger. Med Scott sine perspektiver om støttende vilkår for handlinger i det sosiale livet, har jeg søkt etter klarhet og forståelse i fenomenet samhandling. Kompleksiteten er gjeldende med et nettverk av aktører som i samspill med hverandre skal samhandle til pasienter og brukeres beste.

Som funnene viser finnes det både barrierer og indikatorer for legitimitet i samhandlingsarbeidet. Jeg vil gjøre oppmerksom på at dette ikke er konstaterende funn som kan generaliseres, som vil kreve et langt mer utvidet arbeid i forhold til blant annet forskningsdesign og representasjon. Derimot kan noen av funnene gi videre tyngde i forskningsarbeidet som har pågått på området, som jeg vil belyse nærmere. Et interessant aspekt er at det ser ut til å finnes krefter i samhandlingsarbeidet som skaper understøttende forhold og som vises i handlinger. For å forsøke å tolke og forstå dette videre i lys av et utviklingsperspektiv, vil jeg bygge videre på eksisterende kunnskap innen utvikling av samfunn og organisasjoner. Formålet vil være å undersøke hvordan samhandlingsarbeidet kan utvikles videre i prosessen med å skape legitimitet og bidra til å skape bærekraft og helhetlige helse- og omsorgstjenester.

4.1 Fra løse koplinger til stabile relasjoner

Partnerskapsamarbeid mellom helseforetak og kommuner ble lansert som et politisk grunnelement for å tilnærme en koordinert og helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Ansvar og oppgaver skal konkretiseres og iverksettes av aktørene gjennom samhandling som er preget av tillit, åpenhet og som er gjensidig avhengig av hverandre (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c). Relasjonelle forhold knyttes derfor tett opp mot de strukturelle virkemidlene som vises i blant annet lovpålegg, insentiver og utforming av samarbeidsavtaler.

Samhandlingsstrukturens potensial som støttende ramme for et integrert samarbeid, anser jeg som interessant å utforske. Litteraturen kan blant annet vise til ulike

mekanismer og drivere for legitimering av politikk som skal utformes og iverksettes, og som kan få støtte av et samspill av både strukturelle og relasjonelle karakteristika.

Samspill mellom strukturelle og relasjonelle forhold blir i litteraturen drøftet som sentralt i forhold til utvikling av integrasjon i et styringsnettverk³⁰. Et studie om byregionale styringsnettverk retter blikket mot hvordan slike nettverk kan utvikle seg fra løst koplede samarbeidsrelasjoner til varige arenaer for politikkutforming. Funn viser at styringsnettverk kan utvikles til integrerte former for samarbeid, forutsatt at det skjer en utvikling i både strukturelle og relasjonelle forhold. Modning over tid og legitimitet både internt og eksternt ble identifisert som viktige faktorer. Ansvarliggjøring og engasjement blant medlemmene i et samarbeid som preges av åpenhet, inkludering og tillit trekkes fram som betydningsfullt. Et styringsnettverk som støtter opp om strukturelle forhold med å tilrettelegge for forankring både kommunalt og regionalt, videre ivaretar de demokratiske prinsippene i en kontinuerlig evalueringsprosess, ser ut til å komme styrket ut i retning av stabile og varige samarbeidsrelasjoner (Holmen, 2011:87-111).

De ulike fasene eller grad av integrasjon i et styringsnettverk vises i et kontinuum. Kontinuumet beskriver hvordan samarbeidsmønstre kan utvikles fra å basere seg på autonome enkeltaktører som er løst koplede til hverandre, til å bli et selvstendig system hvor alle aktørene deler ressurser gjennom et integrert samarbeid.

³⁰ Styringsnettverk kan forstås som er nettverk av aktører som er involvert i utforming av offentlig politikk
Holmen, A.K. (2011:88): Fra løse kontakter til formaliserte kontrakter: Utvikling av byregionale styringsnettverk. Universitetsforlaget.

Figur 4: Samarbeidskontinuum (Keast m.fl 2007, Mandell og Keast, 2007 i Holmen, 2011:90)

		Løst koplet (cooperation)	Samhandling (coordination)	Integrert samarbeid (collaboration)
Strukturelle kjennetegn	Varighet/strukturelle linker	Kortvarig, løse, fleksible koplinger.	Middels varighet. Noe stabilitet i medlemsmasse.	Langvarig. Tette koplinger hvor aktører endrer tilhørighet.
	Mål/Perspektiv/risiko	Dele informasjon, men autonome mål. Begrenset risiko.	Felles planer/programmer, men autonome mål. Økt risiko.	Skape noe nytt/system endring, gjensidig avhengighet. Høy risiko.
Relasjonelle kjennetegn	Makt/ansvarlighet	Ansvarlighet og makt forblir hos aktør/org.	Prosjektrelatert deling av makt og ansvarlighet.	Ny maktfordeling, kollektiv ansvarlighet.
	Informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt	Forsiktig/begrenset informasjonsutveksling og kommunikasjonsflyt.	Prosjektrelatert informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt.	Åpen og konfidensiell informasjonsdeling og kommunikasjonsflyt.
	Tillit	Lav tillit, ustabile relasjoner.	Medium tillit, basert på tidligere erfaringer.	Høy grad av tillit, stabile relasjoner.

4.1.1 Samhandlingsprosess som et integrert samarbeid?

Hvis en tar utgangspunkt i samhandlingsarbeidet som har pågått siden samhandlingsreformens ikrafttredelse, kan samhandling eller coordination betegnes om fasen i det innledende arbeidet med å utforme de lovpålagte samarbeidsavtalene. Innen gitt frist og med en politisk bestilling på minstekrav i innhold i avtaleverket, lå oppgaven i å utforme et felles regelsystem hvor oppgaver og ansvar skulle fordeles og konkretiseres med hensyn til innhold. Selve utformingen og prosessene som foregikk internt og mellom organisasjonene kan innlemmes i en form for prosjektbasert tilnærming, hvor et utvalg ble tildelt mandat og myndighet til å utforme avtaleutkast. Som autonome aktører representerer både kommuner og helseforetak egne interesser i tillegg til å skulle slutte seg til en felles regional og lokal politisk plattform i samarbeidsavtalene. Basert på tidligere erfaringer både i praktisk samhandlingsarbeid og utforming av avtaler, blir tillitsforholdet beskrevet som farget av en viss skepsis. Maktbasen har tidligere i stor grad hatt tyngde på helseforetakets arena, som ser ut til å ha preget prosessen i form av mobilisering på kommunesiden som ønsket å samle seg mot helseforetaket. Juridiske formuleringer og økonomiske forhold får mye oppmerksomhet, hvor jeg opplever at skildringene viser en form for stagnasjon i forhold til å utvikle full tillit og kollektiv oppslutning om samhandlingsspørsmål. Basert på tidligere erfaringer med mangelfull involvering av kommunene i endring av

utskrivingspraksis, ser det ut til at kommunene i frykt for å komme i økonomisk uføre holder noe tilbake når det gjelder ressurs spørsmål. Det presiseres at det ikke går på vilje, men manglende ressurser. ”...*dette tar tid å bygge opp, og det er veldig viktig at disse prosessene går i takt slik at en ikke fjerner noe før det er noe annet som er klart til å ta imot*” (Fylling, K intervju, 25.november, 2014).

Utviklingsbildet viser samtidig at reformens inntog har satt sitt preg over samhandlingsrelasjonen mellom aktørene, hvor det vises til en forståelse om at endringsprosesser må bygge på involvering, informasjonsdeling og åpen kommunikasjonsflyt. Noe som kan gå i retning av et integrert samarbeid (collaboration) Det mye omtalte sjustjernenettverket ser ut til å befinne seg i et integrert samarbeid, som preges av høy grad av tillit og relasjoner som har utviklet seg stabile over tid. De omtales som *et fellesskap med felles tanker*, som kan tilnærmes tette koplinger og tilhørighet mellom aktørene.

Holmen viser til ulike drivere som kan lede styringsnettverk i retning av tette koplinger og integrert samarbeid. I sum kan det trekkes fram tre sentrale byggesteiner hvor det første ligger i forholdet mellom strukturelle og relasjonelle kjennetegn. Gjennom strukturell tilrettelegging skal aktørene institusjonaliseres inn i en felles prosess rundt et felles mål og overbevises om at de står i gjensidig avhengighet til hverandre. Det andre aspektet er modning og tid til å få kjennskap om hverandre. Legitimitet vises til som det tredje elementet som kan bidra til å styrke de relasjonelle mønstrene mellom deltakerne. Dette er derimot avhengig av at organiseringen, prosessen og partnere oppfattes som legitime (Holmen, 2011:91-92).

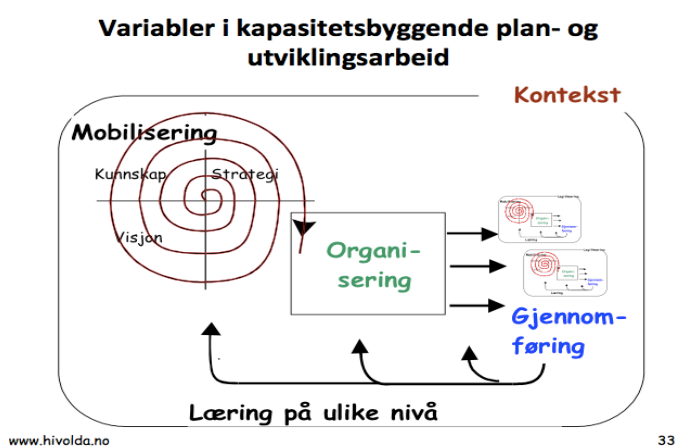
For partnerskapssamarbeidet som Helse Møre og Romsdal HF og kommunene representerer, bør det være et mål å tilnærme seg i retning av en integrert form for samarbeid. Med utgangspunkt i avtaleutforming og praksis som indikerer på å være i langsom bevegelse mot økt integrasjon, ser det derimot ut til å møte motstand fra samhandlingsstrukturen som skal ivareta oppfølging og gjennomføring av samarbeidsavtalene. Til tross for tildelt mandat og funksjon som er nedtegnet i et forpliktet avtaleverk, skaper de autonome aktørene utfordringer når makt skal fordeles og handlinger besluttes. Skildringer viser til en tilbakegang i samhandlingsarbeidet når

den nye samhandlingsstrukturen trådte i kraft, hvor det skapte usikkerhet knyttet til oppgaver og hva som var lov til å gjøre i den nye strukturen. Fra å ha en tidligere samhandlingsstruktur med stabile relasjoner og tillit mellom medlemmene, opplevde nye medlemmer i den nye strukturen utfordringer hvor spørsmål om beslutningsmyndighet blir trukket fram. Myndighet til å slutte opp om vedtak ligger utenfor strukturen hos de autonome aktørene, slik at funksjon og rolle for samhandlingsstrukturen i hovedsak har dreid seg om å være et rådgivende organ med informasjonsutveksling som foregår i mer eller mindre i lukkede fora. I lys av modellen ser det derfor ut til at samhandlingsstrukturen som har vært gjeldende siden avtaleutformingen i 2012, har trukket samhandlingsarbeidet i retning av et løsere koplet samarbeid (cooperation).

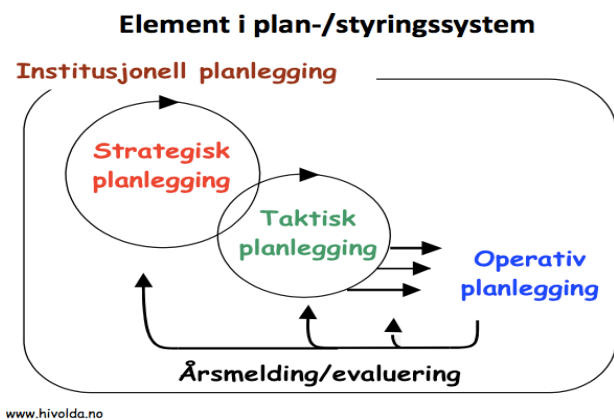
4.2 Samhandling som en legitimerende og kapasitetsbyggende prosess

Innen samfunnsforskning har professor Roar Amdam i flere år forsket på hvordan planlegging kan brukes som et redskap for å utvikle organisasjoner og samfunn. Amdam har blant annet i sitt doktorgradsarbeid identifisert viktige variabler som fremmer legitimitet i plan- og utviklingsarbeid. Modellen viser fem element som er kjedet sammen, hvor alle er gjensidig avhengig av hverandre i en dynamisk prosess (Amdam, 2005, 2011a).

Figur 5: Variabler i kapasitetsbyggende plan- og utviklingsarbeid (Amdam, 2014:33)



Figur 6: Element i plan- og styringssystem (Amdam, 2014:34)



4.2.1 Institusjonell planlegging som understøttende ramme

Både organisasjoner og samfunn er omgitt av en kontekst som danner handlingsrommet med både muligheter og avgrensinger. Institusjonell planlegging rammer inn denne konteksten i form av føringer gjennom lover, regler og finansielle virkemidler. Videre består institusjonell planlegging av rammen som den planleggende enheten setter for sitt eget plan- og utviklingsarbeid. I dette inngår også de grunnleggende verdiene som den planleggende enheten basere sin eksistens på og som også kalles misjonen (Amdam, 2011a:117-119).

Som iverksettere av samhandlingsreformens helsepolitiske plattform, vil rammene for samhandlingsarbeidet mellom helseforetaket og kommunene reguleres gjennom det omfattende lov- og forskriftsverket som skal støtte opp om samhandlingsreformens intensjoner. Videre de ulike virkemidlene som skal motivere aktørene til å konkretisere arbeidet i omstillingsarbeid. Rammene som helseforetaket og kommunene er med på å sette selv, kan vises i det vedtatte avtaleverket med dens innhold og forpliktelser. Utforming av en samhandlingsstruktur kan inngå i dette, hvor den ble tildelt mandat om å følge opp at arbeidet med det lovpålagte avtaleverket gjennomføres.

Samhandlingsstrukturen er i seg selv ikke lovpålagt, men forankres i samarbeidsavtalene mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene. Avtalen gir en detaljert beskrivelse av både sammensetning, formål og oppgaver. Som et

partssammensatt og utviklingsorientert utvalg skal det overordnede samhandlingsutvalget blant annet ha en proaktiv rolle med å peke ut retning for samhandlingsarbeidet og oppgavefordelingen mellom kommunene og helseforetaket (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Vedlegg 12).

Jeg tolker dette i retning av et institusjonelt partnerskap, som gjennom institusjonell planlegging kan skape støttende forhold for samhandlingsarbeidet og bidra til å realisere samhandlingsreformens målsettinger.

Skildringer vedrørende samhandlingsstrukturen, viser derimot til en samhandlingsstruktur hvor det har vært utfordrende å finne en hensiktsmessig måte å arbeide på for å skape framdrift for samhandlingsarbeidet. Det blir vist til mer som et "pratemøte" som har ført til lite. Det vises også til tilbakegang i samhandlingen på grunn av forvirring og usikkerhet knyttet til funksjon, oppgaver og myndighet. Oppgavene som er beskrevet i vedlegg 12 i samarbeidsavtalene vises til som en duplisering mellom utvalgene, som medlemmene har brukt mye tid på å finne ut hvordan de skal løse. Dette har vært med på å utfordre legitimiteten. Strukturen ser heller ut til å skape en barriere for samhandlingen, og jeg stiller spørsmål om ikke dette kunne vært løst på en mer hensiktsmessig måte.

Hvis vi tar for oss planleggingsperspektivet, argumenterer Amdam for at legitimiteten til rollen som samfunnsutviklere knyttes til aksepten av planleggingen. Videre må planleggingslegitimitet skapes og holdes ved like gjennom aktiviteter i prosessen (Amdam, 2011a).

Med dette som utgangspunkt trenger derfor det institusjonelle partnerskapet gjennom overordnet samhandlingsutvalg legitimitet ikke bare gjennom legal legitimitet og legitimitet gjennom tildelt rolle. For å skape aksept om det som planlegges, trenger overordnet samhandlingsutvalg også legitimitet fra samhandlingsprosessen som en helhet.

Legitimiteten i samhandlingsarbeidet kommer til syne i form av et utviklingsbilde hvor helseforetak og kommuner fra å følge vedtatte lover og forskrifter med tyngde fra

trusler om sanksjoner, nå ser ut til å erkjenne betydningen av å samhandle og involvere hverandre i større grad. Videre er det noen som utmerker seg i forhold til konkrete samhandlingstiltak, i form av en understøttende kultur hos medisinsk klinikk og sjustjernenettverket som ser ut til å skape framdrift i arbeidet. På den andre siden ønskes det mer handling, hvor også funn viser til barrierer for legitimiteten i form av egennytte, økonomisk fokus og utfordringer vedrørende mange representanter og selvråderett. I sum ser det ut som samhandlingsprosessen fortsatt har en vei å gå for å legitimere planleggere, plandokumentene og samhandlingsarbeidet som en helhet.

Noe som kom igjen som en gjentakende barriere er knyttet til beslutningsmyndighet ved at kommunenes selvråderett skaper frustrasjon. Skildringene viser blant annet til utfordringer med 36 kommunestyre, hvor saker vedrørende samhandling som skal forpliktes gjennom avtaleverket, må ut til alle kommunene for vedtak. Dette har også vært utfordrende for beslutningsprosesser og arbeidet i det overordnede samhandlingsutvalget.

Betalingsordningen for utskrivingsklare pasienter, blir det blant annet vist til som et vanskelig tema å få på plass. Dette har kanskje vært en av de største "kjepphestene" i samhandlingen, som aktørene forsøker å gjøre det beste ut av i det videre forhandlingsarbeidet. Jeg har selv deltatt som observatør på møter ved både administrativt, overordna samhandlingsutvalg og i reforhandlingsmøtene for de nye samarbeidsavtalene. Til tross for engasjerte og dedikerte mennesker som er samlet i disse møtene, og som gir av sin tid i arbeidet med samhandlingsspørsmål, får jeg en anelse av et instrumentelt og noe byråkratisk system. Jeg har undret meg over hvordan det formaliserte arbeidet kan skape den kollektive handlingsviljen som er nødvendig for å styrke legitimiteten i prosessen og skape framdrift.

I følge Amdam krever plan- og utviklingsarbeid handlinger som bygger på den kommunikative rasjonaliteten, hvor det legges til rette for demokratiske prosesser som er offentlige og baserer seg på politiske legitimerende diskurser.

Boks 4: Den logiske politiske viljesdanninga

I Habermas sin prosess for politisk viljesdanning, starter prosessen med *pragmatiske* diskurser som legitimeres etter nytte-kost kalkyler i forhold til hva som er nyttig. *Etisk-politiske* diskurser avklarer kollektiv identitet og bearbeidelse av interessekonflikter for å finne retning for et gitt sosialt fellesskap. *Moralske diskurser* innebærer avgjørelser i forhold til hva som definerer det gode samfunn på tvers av verdier og etnisk tilhørighet. *Juridiske diskurser* er det øverste nivået som dreier seg om rettsreglenes konsistens, vedtak av lov- og regelverk, samt domstolenes praktisering av lovverket. *Prosedyrebaserte forhandlinger* er et alternativ til etisk-politiske diskurser, og er relevant dersom det oppstår uenigheter. I disse forhandlingene vil det også inneholde grader av tvang i forhold til ressurser og disponering av disse (Amdam, 2005:141,142).

Amdam viser til Habermas som argumenterer for at politiske prosesser får legitimitet gjennom å styrke den kommunikative logikken i tvangsfrie diskurser, mellom aktører som er likeverdige og har gjensidig grunngevingstvang. Amdam gir støtte til dette som innebærer at både folkevalgte, forvaltning, næringsliv og frivillige er aksepterte aktører i politikken. Derimot kan dette være utfordrende på grunn av at det instrumentelle behovet for å opptre nøytralt og upartisk og samtidig ha kontroll over iverksettingen.

Amdam argumenterer derimot for at planlegging er grunnleggende annerledes enn forvaltning, hvor planlegging dreier seg om legitimering av politikk. I følge Amdam er forvaltning iverksetting av politikk med legitimitet gjennom blant annet lov, forskrifter og virkemidler. Samtidig viser Amdam til utfordringer med å skape utviklere av forvaltere. Samfunnsplanleggingen har derfor en utfordring med å finne en fruktbar balanse mellom det instrumentelle og kommunikative perspektivet (Amdam, 2011a:122-125).

Argumentasjonen til Habermas med støtte fra Amdam viser et bilde av en planprosess for implementering av politiske program, med behov for økt grad av inkluderende prosesser framfor avgrensede møter mellom offentlige forvaltere. Amdam (2011a) viser blant annet til den juridiske diskursen som står for rettsreglenes konsistens og som er fundamental for offentlig forvaltning. Skildringer viser blant annet til lovverket som det viktigste grunnlaget for samhandlingsarbeidet, hvor det er et behov for å påse at arbeidet følger gitte lover og regler. Den legale legitimiteten viser seg som sterk, og

hvor jeg tenker at legitimitet gjennom lovverk har vært førende for tradisjonell forvaltningspraksis. I opprettelse av samhandlingsstrukturen viser det tradisjonelle bildet seg også gjennom hierarkisk styring og byråkratiske prinsipp, men som derimot kan skape et rigid og instrumentelt preg og dermed barriere for plan- og utviklingsarbeidet. Til tross for tildelt myndighet og legitimitet til å representere utvalg, fører blant annet det demokratiske systemet i tillegg til behov for å ivareta egne interesser, at vedtak vanskelig kan fattes. De vises derfor til at overordnet samhandlingsutvalg mer har blitt et rådgivende organ for kommuner og helseforetak.

Med dette som utgangspunkt kan en mulig utviklingsretning for samhandlingsstrukturen være å ta utgangspunkt i det avtalefestede samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene som et institusjonelt partnerskap. Det overordnede samhandlingsutvalget vil i dette perspektivet få rollen som overordnet utviklingsaktør som skal sette rammer for samhandlingsarbeidet og skape støttende forhold for den totale planprosessen. Den videre legitimiteten vil gjenspeiles i hva prosessene fører til på det strategiske, taktiske og operative nivået.

4.2.2 Strategisk planlegging med vekt på mobilisering

Amdam viser til strategisk planlegging som innebærer å identifisere de viktigste utviklingslinjene og utfordringene den planleggende enheten står overfor. Videre finne fram til hensiktsmessige tiltak for å oppnå en ønsket endring. For å få til dette må planleggingen på det strategiske nivået bidra til å få oversikt over egen situasjon, utforme felles visjon, peke ut innsatsområder og strategier for å nå målene. Perspektivet er langsiktig og bør stå relativt uendret over tid. I følge Amdam kan strategisk planlegging gjennomføres som en toppet innsats i en avgrenset tidsperiode og nedfelles i et plandokument som inneholder innsatsområder og utbyggingsmønster. Av erfaring viser Amdam til at for å fungere som retningsgiver for utvikling, må innholdet i plandokumentet være både kjent og erkjent (Amdam, 2011a:136,137).

For samhandlingsarbeidet mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene, vil samhandlingsreformen som retningsgiver fungere som det overordnede strategidokumentet. For å møte ulike helseutfordringer som truer norsk bærekraft og skape et helsevesen som gir pasienter og brukere helhetlige tjenester, lanseres det flere

hovedgrep og strategiske tiltak. Pasientrollen skal løftes fram både på systemnivå og individnivå. Spesialisthelsetjenesten skal spisses og kommunene skal styrkes, hvor de i samspill med hverandre skal framstå som likeverdige og ivareta prinsipp om tjenesteyting på lavest effektive omsorgsnivå (BEON). For å fremme dette følges politikken opp med finansielle virkemidler, som skal motivere partene til å konkretisere arbeidet regionalt og lokalt (St.meld.nr.47, 2008-2009). I følge Amdam er det derimot en forutsetning for at de strategiske tiltakene skal føre til endringer, at de er kjent og blir erkjent blant folket. Jeg tolker dette slik at samhandlingsreformen med dens føringer og moralske ramme må tas opp i form av en sosialisering eller institusjonalisering, som Scott (1998) trekker frem som mekanismer som skaper understøttende forhold for handlinger.

Tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen, skriver blant annet innledningsvis i samhandlingsreformen at han reiste landet rundt for å se og lytte og skape seg et bilde av dagens helse-Norge. *"...da jeg presenterte ideen om en ny helsereform – samhandlingsreformen – ble jeg møtt med veldig mange positive reaksjoner – fra brukere, pårørende, ansatte, KS, fagforeninger, politikerkolleger og blant folk flest. De var enige"* (St.meld.nr.47, 2008-2009:Forord). Dette illustrerer på flere måter en kartlegging for å få oversikt over en situasjon og danne seg et bilde, som er en sentral del av den strategiske planleggingen. Som Amdam viser til er det vesentlig for å få til endringer at dette erkjennes hos folket, hvor Håkon Hansen på sin rundreise fikk en bekreftelse på at hans tanker var riktige tanker.

For helseforetak og kommuner på Sunnmøre, viser skildringene at samhandlingsreformen la seg som en legitim rettesnor over samhandlingsarbeidet, hvor funn viser at det moralske rammeverket som samhandlingsreformen lanserer, er en del av informantenes tankesett. *"...I forhold til verdien er det helt avgjørende. Hvis du mislykkes, blir det kaos som erstatter det* (Berge, intervju, 27.november, 2014).

Samtidig trenger felles tanker også støtte fra kollektiv handling for å bidra til legitimitet og framdrift. I et strategisk perspektiv må derfor samhandlingsarbeidet bidra til å identifisere det regionale utviklingsbildet og utfordringer som kan true samhandlingsreformens realiseringer. Videre utforme felles visjon, mål og strategier for

å nå de ønskede endringene. Når jeg går gjennom mine funn i analysen, kan samhandlingsstrukturen med det gitte mandatet være en form for forsøk på strategisk regional planlegging. Som det ble vist til skal overordnet samhandlingsutvalg jamfør vedlegg 12 i samarbeidsavtalen ha en proaktiv rolle med å identifisere videre retning for samhandlingsarbeidet. Videre skal de administrative samhandlingsutvalgene blant annet fange opp innspill og utfordringer i kommuner og helseforetak i forhold til innføring av samhandlingsreformen, og bringe dette videre til overordnet samhandlingsutvalg (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c:Vedlegg 12).

I følge Amdam (2011a) er blant annet en del av den strategiske planleggingen å orientere seg om utfordringer og være lydhør for innspill blant folket. Det ser for meg ut som den strategiske planleggingen som samhandlingsstrukturen legger opp til, blir noe diffus og uklar hvor strategisk planlegging fordeles mellom flere organ.

Tilbakemeldinger fra informantene omhandler også en opplevelse av usikkerhet og forvirring, hvor de i startfasen brukte mye tid på å absorbere de mange oppgavene til utvalgene som var nedfelt i samarbeidsavtalene. Videre ble det vist til utfordringer med mange utvalg og flere nivå, hvor saker som skulle legges fram måtte innom begge de administrative samhandlingsutvalgene før de ble lagt frem for det overordnede samhandlingsutvalget.

Beretningene viser en form for handlingslammelse i strukturen både i forhold til formål og framgangsmåte. På den ene siden er formålet å forvalte et avtaleverk og påse at det etterleveres. Samtidig skal det overordnede samhandlingsutvalget jobbe proaktivt og strategisk, som dupliseres til også å gjelde de administrative samhandlingsutvalgene. Det ser ut til at planleggingsformer går over i hverandre, hvor strategisk, taktisk og operativ planlegging skal ivaretas av en og samme struktur.

I følge Amdam bør planlegging på det strategiske planet arbeide for å skape en felles forståelse av utfordringsbilde og ønsket retning. For å fremme en felles forståelse viser Amdam til mobiliseringsvariabelen, som innebærer å samle aktører i kollektive læringsprosesser som gjennom kritisk refleksjon over hendelser og handlinger kan omdefinere sitt situasjonsbilde, justere visjoner, øke sin kunnskap og enes om strategier for å løse ulike utfordringer. Mobilisering kan føre til engasjement og samhandling for å

nå felles mål, som kan være et strategisk virkemiddel så sant dette foregår etter det diskursive demokratiet (Amdam, 2011a:145).

En mobilisering som Amdam viser til her kan være gjeldende for dialogmøtet. Selv om samhandlingsstrukturen har vært utfordrende, er det flere av informantene som viser til dialogmøtet som nyttig og verdifullt. I dette forumet samles representanter fra både politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommunene for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker (Helse Møre og Romdal HF, 2014c:Vedlegg 12). Dialogmøtene eksisterte også før samhandlingsreformen, hvor det i begynnelsen var et fora for øverste politiske og administrative ledelse. Derimot viser skildringene til behovet for å få med fagfolket for å gi støtte til ordførere og rådmenn i møte med helseforetaket. Dette illustrerer også behovet for å integrerer kunnskap og handling i prosessen, som i følge Amdam (2011a) er grunnleggende for planlegging. Bare på denne måten kan prosessen omsettes til en læringsprosess hvor aktører utveksler kunnskap, utvikler en felles forståelse og enes om veivalg. Som skildringen under også viser til, opplevdes det verdifullt å ha en felles arena.

“...en knytter direktekontakt på en litt annen måte og får en felles oppfatning om hvordan saker er tenkt og hvordan disse kan løses. Du har den felles arenaen, det tror jeg er positivt” (Fylling. T intervju, 14.januar, 2015).

Dette får meg til å reflektere over muligheten til å bruke dialogmøtet som en arena for bred mobilisering, med formål om å skape en felles retning på et strategisk nivå i samhandlingsarbeidet mellom helseforetaket og kommunene. Som skildringene viser bidrar dialogmøtet til en felles møtested hvor informasjon utveksles, og som kan skape en felles forståelse.

Mobilisering gjennom felles samhandlingsstrategi

Som jeg har vist til tidligere i oppgaven, ble det vedtatt av overordnet samhandlingsutvalg å utarbeide en felles samhandlingsstrategi for Møre og Romsdal. En arbeidsgruppe representert fra både helseforetaket og kommunene bearbeidet innspill fra et felles arbeidsseminar som ble arrangert av Helse Møre og Romsdal HF sammen

med samarbeidsorganene ROR³¹, Orkide³² og Sunnmøre regionråd. Det konkrete mandatet ble gitt gjennom " *Tiltaksplan for identifiserte fagområder for utvikling av samhandling i Møre og Romsdal* ". De identifiserte fagområdene som har behov for spesiell oppmerksomhet er innenfor rehabilitering, helsetjenester til barn og unge, rus og psykiatri, kronikerforløp – somatikk og forebygging. Videre viser blant annet arbeidsgruppen til behovet for å utvikle en mer framtidsrettet struktur som blir brukt, og felles kliniske og faglige møtearenaer som kan bidra til å bygge samhandlingskultur (Helse Møre og Romsdal HF, 2014a, 2014b).

På dialogmøtet som ble holdt i etterkant samme år var visjonen på møtet; *Korleis vidareutvikle samhandlinga mellom kommunar og føretak som reiskap for å skape pasientens helsevesen i Møre og Romsdal*. Oppsummering fra dialogmøtet viser at deltakerne var enige i de identifiserte fagområdene, men at det mangler prioritering. Derimot ble det også stilt spørsmål knyttet til økonomisk finansiering og ressurser. Det vises også til flere andre hensyn knyttet til utfordringer som er med på å true framdrift i samhandlingsarbeidet. Det etterlyses tydelig mandat og handlekraft, og videre tett samarbeid mellom partene som forankrer samhandlingsarbeidet i organisasjonene (Helse Møre og Romsdal HF, 2014b).

Eksempelet illustrerer en strategisk tilnærming hvor intensjonen er å finne en vei videre i samhandlingsarbeidet. Samlingen av aktører viser til en form for mobilisering som endte opp med de identifiserte utviklingsområdene. Mandatet ble gitt av overordnet utvalg til en arbeidsgruppe som skulle stå for det videre arbeidet, som kan illustrere hvordan en institusjonell planlegging kan gi støtte i planprosessen. Spørsmålet jeg er nysgjerrig på, er om dette arbeidet blir nedfelt som en retningsgivende plan som følges opp på det taktiske og operative nivået. Videre om det har oppslutning nok til å binde partene i det videre arbeidet gjennom forpliktende avtaler. Som Amdam viser til er plan-

³¹ ROR er en forkortelse for Romsdal Regionråd og er et samarbeidsorgan mellom kommunene Aukra, Eide, Fræna, Misund, Molde, Nesset, Rauma og Vestnes ROR. (2015): Om ROR <http://www.romsdalregionrad.no/medlemskommuner> lastet ned 07.05.2015

³² Orkide står for Ordfører- og Rådmannskollegiet for Nordmøre, og er et formalisert samarbeid mellom kommunene på Nordmøre; Averøy, Aure, Eide, Gjemnes, Halså, Kristiansund, Rindal, Smøla, Sunndal, Surnadal og Tingvoll Orkide. (2015): Om Orkide <http://www.orkideportalen.no/om-orkid> lastet ned 07.05.2015

og utviklingsarbeid en kontinuerlig prosess hvor elementene flyter over i hverandre. På det strategiske nivået tolker jeg Amdam slik at for å skape nok makt i prosessen til å påvirke beslutningstakere, er bred enighet en suksessfaktor. Jeg undrer meg da om ikke et forum som dialogmøtet burde kommet først i dette strategiarbeidet. Som eksempelet viser, kom det også fram flere andre utviklingsbehov som jeg tenker kanskje burde vært en del av den helhetlige vurderingen. Ved å fange opp et helhetlig utfordringsbilde på regionalt nivå som videre i prosessen får kollektiv oppslutning, kan innholdet ende opp som en veiviser med nok makt til å påvirke det taktiske og operative nivået.

4.2.3 Taktisk planlegging bør integreres med kunnskap

Amdam viser til taktisk planlegging hvor hovedformålet er å organisere et gjennomføringsapparat for målene som ble utformet i strategisk planlegging. I hovedsak dreier det seg om en kortsiktig ressursinnsats med en mer detaljorientert form for planlegging. I tillegg til at innholdet er retningsgivende er det mer eller mindre bindende. Med et perspektiv som er mer helskaplig, er intensjonen å samordne og koordinere aktivitetene i den planleggende enheten (Amdam, 2011a:152,153).

Hvis vi tar utgangspunkt i samhandlingsreformen som et strategisk retningsdokument, tolker jeg Amdam slik at den taktiske planleggingen regionalt dreier seg om utformingen av de lovpålagte samarbeidsavtalene. Med minstekrav om innhold etter føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (2011a) og tidsfrist for ferdigstilling, ble det opprettet et eget utvalg med mandat til å på seg arbeidet. Som det ble vist til fra avtaleprosessen opplevdes dette som krevende. På den ene siden skulle deltakerne ivareta etiske prinsipper som pasienthensyn og likeverd, og på den andre siden opplevdes prosessen stressende med hensyn til de korte tidsfristene som ble gitt. Videre vedtok myndighetene samtidig en rekke virkemidler for å gi drahjelp til realisering av samhandlingsreformen, men som førte til at mye av oppmerksomheten ble rettet mot betalingsordning for utskrivingsklare pasienter. Når avtalene samtidig var juridisk bindende, ble det også vist til et avtaleverk med muligheter for konfliktintensivering. Noe som gjorde beslutningsprosessen utfordrende når innholdet skulle ut i 36 kommuner og et helseforetak og vedtas.

Amdam viser blant annet til utfordringer med vedtak som er bindende for aktørene, hvor et partnerskapsamarbeid er avhengig av konsensus for å komme videre med arbeidet. Amdam viser til at det kan oppstå såkalte "ikke" saker hvor en forsøker å unngå at konfliktintensiteten i disse fører til handlingslammelse eller at partnerskapet går i oppløsning (Amdam, 2011a:153). For de forpliktende samarbeidsavtalene som er pålagt gjennom lov, er det ingen overveiende fare for at partnerskapet skal gå i oppløsning, men som skildringene viser til kan det føre til utfordringer både med hensyn til prosess og innholdet i avtalene. Skildringer viser blant annet til at for å i det hele tatt komme til enighet, måtte avtalene være "spiselige" nok.

Dette fikk sine konsekvenser hvor avtalene endte opp som et komplekst og omfattende dokument, som i følge skildringene har vært vanskelig å få oversikt over og som i hovedsak har vært et dokument for ledelsen. En rapport fra Deloitte viser også til dette, hvor utfordringer med forpliktende ordlyd har vist seg utfordrende med at enkelte ikke vil signere avtalene. Et av hovedfunnene viste til avtalene som svært omfattende som dermed ble ressurskrevende når avtalene skal håndteres og iverksettes. Funnene til Deloitte viser samtidig til at avtalene har bidratt til å tydeliggjøre samhandlingen og ført til et bedre samarbeid mellom aktørene. Avtalene blir vist til som et nødvendig og egnet verktøy (Deloitte, 2014:21,23).

Skildringene fra mine funn viser derimot til spørsmål vedrørende nytteverdien på grunn av kompleksiteten, som blir vanskelig å forholde seg til når det skal forankres nede på "grasrota". I følge Amdam er det en forutsetning for at innholdet som planlegges på det taktiske nivået skal ha noen hensikt, så må det føre til at aktørene slutter opp om det. I dette vedgår det også å binde seg med hensyn til ressurser i form av arbeidsinnsats og kapital til oppgaver som skal implementeres. I slike taktiske partnerskap krever det i følge Amdam en kollektiv innsats hvor det er tillit blant medlemmene som har aksept og legitimitet om det felles handlingsprogrammet (Amdam, 2011a:154).

Når beretninger viser til avtalene hvor de undrer seg over merverdien og som er utfordrende å forankre, stiller jeg spørsmål til hva dette medfører når arbeidet skal operasjonaliseres og gjennomføres. Slik jeg forstår taktisk planlegging, må aktørene med tillit til hverandre og i fellesskap slutte opp om planen og legitimere innholdet for å gi

det tyngde og skape framdrift når det skal iverksettes. Det ser for meg ut til at prosessen stagnerer på grunn av juridiske forhold som kan true egeninteresser, hvor kommunenes selvråderett brukes aktivt for å sikre at en ikke havner i et økonomisk uføre. Jeg tenker at det er forståelig at organisasjonene ønsker å ivareta og opprettholde egen eksistens og virke. Derimot i et samhandlingsperspektiv krever legitimiteten at en møter utfordringene med et felles tankesett og vilje til å handle i tråd med samhandlingsreformens verdisett og moral.

Amdam viser til de etisk-politiske diskursene som kan bidra til å avklare hvilke behov og interesser som skal ivaretas. Denne diskursen bygger på resultatene fra de moralske diskursene og mobiliseringen i den strategiske planleggingen. Her er hovedformålet å avklare retning og prioritere hvilke handlinger som skal gjennomføres for å nå en ønsket endring. Legitimiteten vil her vise seg i den grad deltakerne slutter opp om og identifiserer seg med det strategiske innholdet, som videre kan skape understøttende forhold for arbeidet og oppslutningen i den taktiske planleggingen. I følge Amdam bør vedtaksprosesser først og fremst involvere deltakerne som er aktuelle for arbeidet som skal gjennomføres, men det er også viktig å ivareta prinsipp om offentlighet under diskursen (Amdam, 2011a:158).

Jeg tolker Amdam slik at planlegging på det taktiske nivået trenger understøttende legitimitet fra det som besluttes i den strategiske planleggingen. For det innledende arbeidet med avtaleutforming vil legitimiteten hentes fra samhandlingsreformen som retningsgiver. Skildringene viser til en felles forståelse av reformens innhold og hovedgrep som betydningsfulle og nødvendige for å skape helhetlige helsetjenester og bedre bærekraft. Derimot ser det ut til at tradisjonelle mønstre for avtaleutforming og vedtakspraksis får prege det taktiske arbeidet med å utforme samarbeidsavtalene. Et utvalg blir opprettet for å legge fram forslag, derimot foregår dette i lukkede rom slik at prinsipp om offentlighet ikke ivaretas her. Aktørene kjører prosesser både på kommunesiden og i helseforetaket i forkant og mellom forhandlingsmøtene, men som jeg har forstått disse, så er det også unnlatt offentlighet. Det er mulig som Amdam viser til et resultat av en instrumentell tankegang om behov for kontroll over situasjon og det som planlegges for å ivareta egne interesser. Jeg undrer meg om det i det hele tatt er mulig å åpne opp for den kommunikative logikken i slike forhandlinger, hvor konsensus

er en utfordring og det er utfordrende å beslutte noe som forplikter partene. Jeg har selv fulgt en avtaleprosess underveis i dette studiet, hvor deltakerne etter beste evne forsøker å finne fram til formuleringer som alle kan enes om. I etterkant skal det som sagt ut å vedtas i alle de 36 respektive kommunestyrene.

I følge Amdam er ikke mobilisering alene tilstrekkelig for å fremme kollektive handlinger, men Amdam hevder det er nødvendig for å initiere ansvarlige organisasjoner som kan gjennomføre ønsket tiltak og endringer (Amdam, 2011a:161). Jeg reflekterer over om det videre arbeidet kan dra nytte av en form for mobilisering i den taktiske planleggingen. Samarbeidsavtalene er som nevnt under reforhandling, hvor de ulike fagområdene og innholdet i disse skal ytterligere konkretiseres og gi mening for det operative arbeidet. Kan det være en tanke for framtidige fagområder som skal nedfelles og forpliktes i avtaleverket, at ansvar og oppgavefordeling utformes på bakgrunn av et taktisk arbeid hvor deltakere med kunnskap på området i fellesskap kommer fram til et forslag?

I følge Tyrholm er det blant annet satt i gang et arbeid innen fagområdet rus- og psykisk helse som er et av de identifiserte utviklingsområdene for samhandling. Prosessen innledes med et oppstartsseminar hvor dedikerte fagfolk fra kommunene og helseforetaket samles. Formålet er å enes om utviklingsretning og prioritere pasientgrupper. Første møtet var i mars, og i etterkant har det vært jobbet med å sette ned et representativt utvalg av fagfolk. (Tyrholm, intervju, 1. desember, 2015). Dette viser en form for mobilisering hvor fagfolk med kunnskap samles for å konkretisere arbeidet videre. Rus og psykisk helse er blant annet et av de identifiserte utviklingsområdene som ble vist til under strategisk planlegging. Med legitimitet fra institusjonell planlegging og overordnet samhandlingsutvalg er dette arbeidet i gang, og som kan gi nødvendig faglig tyngde og legitimitet i det taktiske arbeidet og forplikte aktørene gjennom de bindende avtalene.

Slik jeg forstår det holdes denne prosessen adskilt fra avtaleutforming, men hvor jeg tolker Amdam slik at taktisk planlegging kan få mer aksept og legitimitet dersom innholdet bygger på kunnskap om det som skal planlegges. Mine erfaringer fra reforhandlingsmøtene for samarbeidsavtalene viser seg i en form for

handlingslammelse når for eksempel rus og psykiatri skal nedfelles i avtaleverket. I forhold til somatiske pasienter er gråsonen her mye større, hvor det er vanskelig å dra et endelig skille mellom hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunenes ansvar. Det ble blant annet vist til en utfordring med at deltakerne i utvalget manglet kompetanse på området til å utforme et forslag. Samtidig ble dette påpekt fra faggrupper på området til representantene i utvalget, at de ønsket involvering (Reforhandlingsmøte samarbeidsavtalene, Ålesund, 8. januar, 2015). Jeg reflekterte over dette, hvor jeg fikk merke utfordringen med det instrumentelle preget hvor planlegging og handling er adskilt fra hverandre. De som sitter med den grunnleggende kunnskapen er ikke til stede i møtene, og på det grunnlaget kan det bli vanskelig å utforme noe som får den nødvendige oppslutningen.

Jeg tenker derfor at å bringe inn det kommunikative perspektivet i taktisk planlegging, kan være nyttig for å skape legitimitet som kan understøtte handlinger. Ved å legge til rette for utforming av avtaler som får sin faglige tyngde gjennom mobilisering som eksempelet for rus- og psykiatri, kan det bidra til å skape større tiltro til det som besluttes i avtalene. Videre gi det tyngde og legitimitet når det skal operasjonaliseres.

4.2.4 Operativ planlegging og forankring – betydning av ledelse

Operativ planlegging har som formål å gjennomføre det som besluttes i institusjonell, strategisk og taktisk planlegging. Gjennom å styre produksjonen og fremme produktivitet kan ressurser utnyttes på best mulig måte. Plandokument på dette nivået kan blant annet være årsbudsjett, vaktplaner og kontrakter. I følge Amdam kan strategisk og taktisk planlegging lett få oppslutning da den uttrykker mer intensjoner for planleggingen. Derimot krever operativ planlegging forpliktelser til å gjennomføre handlingene, og forutsetter derfor juridisk bindende avtaler for samarbeid. I dette inngår gjerne detaljerte avtaler eller kontrakter mellom partene for hvert samarbeidstiltak. Utfordringen på dette nivået viser seg i forhold til forplikting hvor Amdam har erfart at planlegging over tid gir et mer realistisk bilde i forhold til mål og dermed bidrar til større grad av forpliktelse. Evaluering av prosess og resultat oppfattes i følge Amdam som hovednøkkel for en vilje til å binde seg til forpliktende avtaler.

Hvis vi først tar utgangspunkt i statsnivået, vil operasjonaliseringen av samhandlingsreformens hovedgrep i perspektivet til Amdam trenge legitimitet fra både det institusjonelle og det strategiske arbeidet som samhandlingsreformen bygger på. Skildringene viser i retning av at både helseforetak og kommuner støtter seg til de helsepolitiske intensjonene som reformen viser til. Legitimiteten ser derfor ut til å være til stede i tankesettet. Derimot utfordres legitimiteten av skepsis, uro og mye oppmerksomhet knyttet til blant annet betalingsordningen for utskrivingsklare pasienter. Som vist til er skepsis hovedsakelig knyttet til økonomi, hvor kommunene var urolige i forhold til hvilket press oppgaveoverføringen ville påføre kommunene, og om de var dimensjonert nok. *"...organisasjonene var avventende, politikerne var litt skeptiske og engstelige"* (Stette, intervju, 18.november, 2014). For helseforetaket var det uro knyttet til tanken om at de skulle miste oppgaver som kunne oppfattes som en form for nedbygging. *"...det tror jeg mange har opplevd som en vanskelig tilnærming, at vi skulle bygges ned"* (Skogeng, intervju, 13.november, 2014). Kommunene ble gjennom trusler om sanksjoner eller muligheter gjennom tildelte midler, guidet inn i et ønsket politisk handlingsmønster i form av omstillingsarbeid. Samtidig skulle avtalene utformes på det taktiske nivået, hvor skildringene viser til en stressende situasjon med formuleringer som kom i skvis mellom etiske og juridiske hensyn. Videre gjorde kommunenes selvråderett arbeidet utfordrende når innholdet i avtalene skulle til kommunal behandling. Som vist til ble derfor avtaleverket omfangsrikt og vanskelig å forholde seg til. Amdam viser til det operative nivåets muligheter for å gjennomføre tiltak i henhold til målene, som avhengig av gode prosesser og legitime handlinger i institusjonell, strategisk og taktisk planlegging (Amdam, 2011a:165,166). Som skildringene viser til ser det ut til at det legitime tankesettet med støtte fra samhandlingsreformen møter motstand på veien, som gjør det operative arbeidet utfordrende. Skildringer viser blant annet til et behov for en tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling mellom helseforetak og kommuner både på systemnivå, men også i det praksisnære for å kunne bringe samhandlingsarbeidet videre.

I forhold til det operative nivået for helseforetak og kommuner, vil planlegging her rettes mot å styre de ansatte inn i et handlingsmønster i tråd med forpliktelsene i det nedfelte avtaleverket. Samarbeidsavtalene inneholder som minstekrav elleve fagområder, hvor regulering av samarbeidet på disse områdene skal være et viktig

verktøy for å gjennomføre samhandlingsreformen (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c: Samhandlingsområder).

På grunn av det omfattende avtaleverket viser skildringene derimot til at det i hovedsak er et dokument for ledelsen, som er utfordrende å få forankret hos de mange ansatte som skal følge opp disse tiltakene. *"...å tro at alle våre 6000 tilsette skal gå rundt å ha et forhold til dette. Det er bare å glemme!"* (Ristesund, intervju, 12.januar, 2015). Disse skildringene underbygger også funnene i rapporten til Deloitte. Her vises det også til utfordringer med å gjøre avtalene kjent som betegnes som et omfattende arbeid. Funnene viste til best kjennskap høyere opp i organisasjonene, samtidig som det ser ut til å være bare et fåtall i hver kommune og i hvert helseforetak som kjenner det faktiske innholdet i samarbeidsavtalene. Det ble også vist til lite kjennskap til hvordan avtalene brukes i hverdagen, og det fremheves av noen et behov for å jobbe med implementering. De vedleggene som brukes hyppigst gjelder inn- og utskriving av pasienter (Deloitte, 2014:24,25).

Svarene er tydelige, og både rapporten til Deloitte og mine funn viser til et avtaleverk som i hovedsak følges opp der det er trusler om økonomiske byrder. Dette viser seg igjen å være rettet mot betalingsordning for ferdigbehandlende pasienter. Skildringene fra helseforetaket er samtidig klar over den sosialiseringen som foregår innad sykehuset, som er preget av faglig fokus og høyteknologiske løsninger. Dette utfordrer samhandlingsarbeidet.

Som sykepleier selv med erfaring fra sykehusenes effektivitetskrav, kan jeg stille meg bak sosialiseringen som foregår avdelingsvis hvor behandlerfokus ligger sentralt i utøving av helsehjelp. Faglige vurderinger, behandling av sykdom og gjenoppretting av vitale funksjoner får førstehånds oppmerksomhet hos mange av profesjonene inne på sykehusene. Som bakkebyråkrater i komplekse institusjoner opptrer jeg og andre helsepersonell i stor grad som selvstyrte i møte med pasientene samtidig som vi etter beste evne skal tilfredsstille de mange kravene ovenfra som iverksettere av politiske handlinger.

Amdam viser også til bakkebyråkratenes skjønnsutøvelser som i stor grad er med på å forme politikken. I mangel på klar definert politikk og ansvar, kan dette løses med å utvikle handlingsmønstre som verner om egen arbeidssituasjon (Amdam, 2011a:170).

Jeg tenker at for både kommuner og helseforetak som aktører for tjenesteyting innen helse- og omsorg, så er dette grunnleggende å ta hensyn til i forhold til å kunne iverksette ønsket politikk. Det er menneskene i møte med pasientene som skal iverksette handlingene, hvor legitimiteten vil vise seg i den grad handlingene lever opp til det som er ønsket. Legitimiteten i følge Scott (1998) kan understøttes av pålegg og tvang, derimot vil effekten av deltakere som deler et felles verdsett og handler i tråd med dette, styrke mulighetene for kollektive handlinger og gi legitimitet. Denne tenkningen viser også Amdam til, som knytter det sammen med planlegging. Amdam viser til aksept og erkjennelse av det som planlegges som betydningsfullt for å legitimerer planlegger, plandokument og prosessen som helhet, for på denne måten bidra til å implementere politikk og oppnå ønsket effekter (Amdam, 2011a).

Samhandlingsreformen trekker blant annet fram ledelsesperspektivet, hvor det vises til behovet for en sterk ledelsesforankring, bevissthet om samhandlingskultur og praktisk tilrettelegging innad de ulike deltjenestene for å nå de politiske målene (St.meld.nr.47, 2008-2009:74).

Jeg undrer meg om ledelsen er bevisst sine nøkkelposisjoner for å bringe samhandlingsarbeidet videre? Med støtte fra institusjonell, strategisk og taktisk planlegging og legitimiteten som skapes i planprosessen, stiller jeg spørsmål om hvilken betydning ledelsen har i møte med sine tilsette, bakkebyråkratene, fagfolket, i forsøket på å guide de inn i et ønsket handlingsmønster i tråd med samhandlingsreformens intensjoner? I følge Scott (1998) kan kognitiv legitimitet skapes gjennom en kultur for å handle på selvfølge, og ikke på grunn av tvang eller plikt. Slik jeg forstår Scott må noen lede an til et kulturskapende handlingsmønster for å skape denne transformasjonen.

Denne tenkningen om å fremme en felles erkjennelse hos fotfolket som skal gjennomføre de politiske tiltakene, får meg til å rette blikket mot transformasjonsledelse som har vært et sentralt tema innen ledelsesforskning siden tidlig på 1980- tallet. I dette

nye paradigmet retter ledelsen oppmerksomheten mot de karismatiske³³ og visjonære sidene ved lederskap. Transformasjonsledelse kan innledningsvis beskrives som en prosess hvor mennesker blir endret og transformert, og vektlegger videre følelser, verdier, etikk, standarder og langsiktig tenkning. Dette representerer en motpol til blant annet transaksjonsledelse og la-det-skure – ledelse, hvor førstnevnte er en videreføring av den oppgaveorienterte ledelsen, hvor leder fremmer måloppnåelse gjennom styring og kontroll. I dette regimet mottar ansatte belønning etter innsats for å nå definerte mål. La-det –skure ledelse viser til en ledelse som er fraværende og som ikke forholder seg til sine medarbeidere eller virksomhetens oppgaver og mål (Northouse, 2013:185-196).

Boks 5: Transformasjonsledelse – kjennetegn

- *karismatiske* (Idealized Influence) egenskaper viser til leder som en sterk rollemodell som de underordnede respekterer, har sterk tillit til og som de ønsker å etterligne. Leder har ofte høy moralsk og etisk standard og er fokusert på å gjøre de riktige tingene. Lederskap med utvikling av visjon og misjon beskriver videre denne typen lederskap.
- *Inspirasjon* (Inspirational Motivation) beskriver en leder som kommuniserer høye forventninger til sine underordnede og som inspirerer dem gjennom motivasjon til å ta del i organisasjonens felles visjon. I praksis innebærer dette at lederen tar i bruk symboler og tyr til emosjonelle virkemidler for å skape et fellesskap hvor særinteresser legges til side til fordel for fellesskapets.
- *Intellektuell stimulering* (Intellectual Stimulation) viser til lederskap som stimulerer underordnede til nytenkning og kreativitet.
- *Individuell tilpasning* (Individual Consideration) vektlegger et støttende klima hvor lederen lytter oppmerksomt til den underordnedes interesser og behov. Som støttespiller og rådgiver forsøker leder å fremme underordnede som kan utnytte hele sitt potensiale, men som tilpasser dette individuelt etter den underordnedes forutsetninger (Northouse, 2013:191-193).

³³ Karismatiske egenskaper; dominant, selvsikker, høy moral og ønske om å påvirke Northouse, P.G., (2013): *Leadership, Theory and Practice*. Thousand Oaks. CA. Sage:188.

Transformasjonsledelse ute å går?

Tidligere skildringer og funn viser blant annet til medisinsk klinikk som har klart å skape endringer i samhandlingsspørsmål. Hole hevder at dette er at satsingsområde som de prioriterer å bruke tid på. *"Det er en strategisk satsing fra klinikken å bli gode på samhandling"* (Hole, intervju, 22. desember, 2014). Jeg blir nysgjerrig på om det finnes spor av noen transformativ mekanismer i denne viljen og satsingen hos lederskapet som utøves. For å undersøke dette nærmere tar jeg et blikk på klinikkens nettside.

"Vi ønsker å være den beste medisinsk avdeling i Helse Midt-Norge" og "Kvalitet på tvers og langs", er uttrykk som preger siden til medisinsk avdeling Ålesund. Det vises til visjonen til helseforetaket som er *"på lag med deg for helsa di"*, og hovedmålet; *"kvalitet i alle ledd"*.

Avdelingen presiserer at de ønsker å følge disse ledestjernene, men har tilpasset dette i egen avdeling og nytter egne ord som beskrevet i uttrykkene over. Avdelingen setter pasienten i sentrum, og trekker klare paralleller mellom personalets innstilling og kvaliteten til pasienten. Pasienten skal være i fokus, men det er også viktig at de ansatte har interessante og effektive hverdager. Uttrykket kvalitet på tvers og langs begrunnes med at ulike faggrupper med ulike arbeidsoppgaver involveres i et sykehusopphold. Det stilles derfor krav til samarbeid, kommunikasjon og gode rutiner i avdeling og mellom avdelinger for å fremme god ressursutnyttelse, effektive hverdager og godt fungerende avdelinger. Videre er hele sykdomsløpet til en pasient viktig, både før og etter sykehusopphold. Fokus på samhandling er derfor stort i avdelingen og med andre involverte instanser. Målet er mest mulig sømløse tjenester (Helse Møre og Romsdal HF, 2015a).

Det vil ikke være mulig å belyse fullt ut om klinikkens leder bygger sine handlinger på kjennetegnene knyttet til transformasjonsledelse i denne studien. Samtidig viser også møtene med de andre informantene, at de ser ut til å være svært dedikerte og engasjerte ledere som godt mulig praktiserer etter dette ledelsesregime. Derimot tenker jeg at eksempelet kan gi grunn til å reflektere over betydningen av å ha noen som leder en inn i en ønsket retning, legger til rette for gode vilkår og arbeidsforhold, som skaper trivsel og motivasjon til å handle i tråd med de overordnede verdiene. Videre er det kanskje

mulighet for at dette ledelsesregimet kan ha overføringsverdi til operativ planlegging i forhold til forankring og gjennomføring av forpliktelsene i avtaleverket.

Som beskrivelsene om medisinsk avdeling Ålesund viser til, settes pasienten i sentrum hvor målet er mest mulig sømløse tjenester. Dette er også en ledestjerne for samhandlingsreformens moralske rammeverk, som forankres videre i avtalene. Den *karismatiske* leder har høy moral og er opptatt av å gjøre de riktige tingene, som i et samhandlingsperspektiv på operativt nivå vil legge reformens verdisett til grunn for praktisk utøvelse i det daglige arbeidet.

”Vi ønsker å være den beste medisinsk avdeling i Helse Midt-Norge” og ” Kvalitet på tvers og langs”, kan illustrere ledelsens ønske om å *inspirere* og motivere de ansatte til å ta del i felles visjon i form av symbolske handlinger og emosjonelle virkemidler.

Det vises til betydningen av god kommunikasjon og samarbeid mellom ulike faggrupper, for å ivareta behovet om effektiv ressursutnyttelse og sikre kvalitet i arbeidet som utøves. Samspill mellom grupper kan i følge Scott (1998) bidra til utvikle en felles forståelse for handlinger. Videre viser Amdam (2011a) til den kollektive læringsprosessen som skapes ved at mennesker samles, utveksler ideer og kunnskap som skaper ny erkjennelse for ønsket praksis. Dersom det legges til rette for *intellektuell stimulering*, kan nytenkning knyttet til utvikling av mer hensiktsmessige løsninger være med på å støtte opp om avdelingens visjon og realisere overordnet målsettinger.

Avslutningsvis viser avdelingen til pasienthensynet, hvor kvaliteten på tjenesteytingen også er avhengig av personalets innstilling. Trivsel og effektive arbeidsdager kan støtte opp under dette. Videre kan leder ved å legge til rette for et støttende klima gjennom *individuell tilpasning*, fremme trivsel ved å lytte til de ansattes interesser og behov, som på denne måten kan få muligheten til å vise hele sitt potensiale.

Amdam viser til hovedutfordringen på det operative nivået i å ville forplikte seg til handlinger. En slik vilje trenger støtte gjennom handlinger som skaper legitimitet både til planleggere, plandokument og prosessene fra både institusjonell, strategisk og taktisk planlegging. Slik jeg tolker Amdam vil denne viljen ha betydning for i hvilken grad

arbeidet vil forankres og iverksettes på det operative nivået, og dermed også ha betydning for lederens vilje til å lede dette arbeidet videre. Forutsatt at denne legitimiteten er til stede, tenker jeg at transformasjonsledelse som ledelsesperspektiv kan gi drivkraft til å sosialisere de ansatte inn i et handlingsmønster som følger opp det som er avtalt på det taktiske nivået, som i samhandlingsarbeidet vil inneholde det som er forankret i de lovpålagte samarbeidsavtalene. Dette kan også bidra til å støtte opp om legitimiteten, hvor transformasjonslederen kan skape et samhandlingsklima hvor regler følges og dermed gir regulativ legitimitet. Dersom ansatte sosialiseres inn i et handlingsmønster i tråd med gjeldende moral, kan normativ legitimitet skapes. Avslutningsvis kan transformasjonslederen i samspill med sine ansatte, legge til rette for at det utvikles felles samhandlingskultur og dermed bygge opp om den kognitive legitimiteten. Slik jeg tolker Scott, Amdam og Northouse, kan utvikling av et felles kognitivt bilde skape understøttende forhold for felles vilje og oppslutning om kollektive handlinger. Når flere drar mot et felles mål, tenker jeg at det gir bedre forutsetninger for å realisere de.

4.2.5 Evaluering og læring

Når handlinger skal endres eller mål skal justere, vil det i følge Amdam være behov for kunnskap i forhold til hva som har skjedd og hva som ikke har skjedd. Amdam knytter derfor planlegging, evaluering og læring sammen, hvor rapportering og evaluering har et stort potensial til å bedre avgjørelseskapasiteten, planleggingen og sørge for at borgerne blir opplyst. Rapportering kan beskrives som å samle inn og tilbakeføre kunnskap til aktuelle styringsorgan om hvilken vedtak som er satt til verks og effektene av disse. Evaluering dreier seg om å bruke de innsamlede dataene til å vurdere om produkt, prestasjoner og effekter er oppnådd i henhold til overordnede ønsker, forventninger og målsettinger. I følge Amdam må tilbakeføring av kunnskap knyttes til både institusjonell, strategisk, taktisk og operativ planlegging. Dette innebærer at det må bygges inn system for læring på alle de fire plannivåene som kan bidra til å rettferdiggjøre planleggingen og eksistensen av den planleggende enheten (Amdam, 2011a:178).

I søken etter læringssystem i tilknytning til samhandlingsreformen, viser stortingsmeldingen blant annet til rammene som fastsettes og forankres i lovverk, hvor

regjeringen vil ha ansvar for samhandlingsreformens samlede gjennomføringsopplegg. Videre viser Helse- og omsorgsdepartementet til implementeringen som vektlegger flere hensyn:

- Erkjennelse av utviklingsarbeidets langsiktighet, som innebærer at nye roller og oppgaver mellom aktørene og endringer i arbeidsprosesser mellom virksomheter, trenger tid for å utvikle faglige og kompetansemessige forutsetninger
- Erkjennelse av sammenhengen mellom de enkeltstående endringstiltakene, som innebærer at endret oppgavedeling mellom for eksempel helseforetak og kommuner må skje på en kontrollert måte med gjensidig prosess
- Viktigheten av gode inkluderende prosesser hvor berørte grupper trekkes med i utviklingsarbeidet i samsvar med lov- og regelverk
- Fokus på framdrift ved at blant annet viktige milepæler tidfestes som blir en felles referanseramme for involverte aktører
- Viktigheten av at gjennomføringen er forankret i en helhetlig risikostrategi med tilknyttet oppfølgingsystem. Dette innebærer at deler av et utviklingsarbeid står i sammenheng med hverandre, som for eksempel at kommunene ikke kan påta seg nye oppgaver før kompetanse og rekrutteringsmessige forutsetninger er på plass. Det vises til at det skal etableres oppfølgingsopplegg som ser de ulike komponentene i sammenheng, og som vurderer endringer dersom enkeltstående tiltak ikke blir realisert i samsvar med forutsetningene (St.meld.nr.47, 2008-2009:145).

Jeg tolker disse hensynene som en del av evalueringsgrunnlaget i prosessen med å implementere samhandlingsreformen, hvor det blant annet vises til at det skal opprettes oppfølgingsopplegg som skal vurdere tiltakene og om de realiseres i samsvar med forutsetningene. Jeg undrer meg derimot hvordan regjeringen tenker seg tilbakeføringen av kunnskap som belyser de ulike hensynene og hvordan dette arter seg i praksis. Slik jeg forstår Amdam må det opprettes system for rapportering som kan gi grunnlag for evaluering som ledd av en læringsprosess, som må knyttes til både institusjonell, strategisk, taktisk og operativ planlegging. Hvorvidt det er etablert et læringsystem på statsnivå er av ressursmessige hensyn ikke mulig å belyse i denne oppgaven, derimot vil jeg vise til samhandlingsreformen som følges av ulike følgeevalueringer, rapporter og statistikker som skal bidra til å evaluere arbeidet med å implementere politikken.

Som nevnt har blant annet Helsedirektoratet utformet en side for samhandlingsstatistikk som også ble vist til i skildringene. Det kom blant annet fram en bekymring i forbindelse med statistikk som viser en trend med økt antall reinnleggelser av utskrivingsklare pasienter. Derimot som Ristesund viser til, følges dette nøye med på. Samtidig påpekes det også at betalingsordningen for utskrivingsklare pasienter nærmest har blitt et mål for om samhandlingsreformen virker eller ikke.

Amdam (2011a:178,179) viser blant annet til erfaringer med rapportering og evalueringsprosesser som ofte viser seg å bare ta med det som kan måles og det som er ønskelig å måle. I forhold til konkrete taktiske og operative mål, har prosessene ofte et sett av instrumentelle målinger av produkt og prestasjoner (output). Eksempelet med de utskrivingsklare pasientene er illustrerende for tendensen med å måle det som er målbart. Ordningen er et virkemiddel for å støtte opp om samhandlingsreformens målsettinger, hvor oppgaver og ansvar skal overføres kommunene med ytterligere spissing av spesialisthelsetjenesten. De finansielle virkemidlene ble et "spark bak" for aktørene, for å motivere til å følge opp ordningen, melde pasienter utskrivingsklare når de er det, og videre bli tatt imot på kommunesiden etter gitt frist. Skildringene viser til at mange klarte å ta imot disse pasientene, som kunne tallfestes i forhold til antall inneliggende utskrivingsklare pasienter før og etter 1.januar, 2012. En slik tallfesting gjør det også målbart, og som Amdam viser til, kan slike output målinger ofte bli grunnlaget for om de taktiske og operative målene realiseres eller ikke. Derimot fører dette ikke til den nødvendige læringsprosessen. Effekter bør heller sees i lys av strategiske mål og institusjonelle formål for handlinger (outcome) (Amdam, 2011a:179). Jeg tolker dette slik at samhandlingsreformens effekter derfor må sees i lys av de overordnede målsettingene som er bedre bærekraft og gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester for pasienter og brukere.

Jeg vil tro at både samhandlingsstatistikkenes målinger vedrørende utskrivingsklare pasienter, overvåking av reinnleggelser og opplevelsen av at dette blir et mål for samhandlingsreformens effekt eller ikke, kan være viktige bidrag i evalueringsarbeidet for samhandlingsreformens. Men som Amdam viser til, må det bidra til å skape en læringsprosess. Med utgangspunkt i overordnede målsettinger, vil en trend som heller beveger seg i motsatt retning ved at pasienter enten skrives ut for tidlig eller ved at

kommunene ikke er tilstrekkelig rustet til å ta imot de, vise til en form for utakt i prosessen med oppgave- og ansvarsoverføring slik at pasientene kan bli den lidende part. Som samhandlingsreformen viser til er oppfølgingsgrunnlaget basert på flere hensyn, som blant annet en erkjennelse av at oppgaver- og ansvarsendringer trenger tid i forhold til å sikre nødvendig ressurser og kompetanse. Videre at det kjøres gjensidige prosesser hvor partene involverer hverandre. Slik jeg tolker Amdam må rapportering og evaluering bygges inn i en kontinuerlig prosess for læring på alle plannivåene. Statistikk og erfaringer vedrørende utskrivingspraksis i samhandlingsreformens iverksettingsfase, bør derfor kanaliseres inn som del av et evalueringsarbeid på det operative nivået for helseforetaket og kommunene som iverksettere. Videre som del av vurderingsgrunnlaget for samhandlingsprosessen som en helhet, hvor denne tilbakeføringen av kunnskap bringes tilbake til styringsnivåets oppfølgingsarbeid og evaluering av samhandlingsreformens implementering.

For samhandlingsarbeidet mellom helseforetaket og kommunene, ble det i forbindelse med utforming av avtalene, opprettet et system for melding av avvik innenfor samarbeidsområdene som omfattes av avtalene. Formålet er rettet mot forbedringsarbeid og erfaringsutveksling (Helse Møre og Romsdal HF, 2014c: Avvikshåndtering og forbedringsarbeid). Dette kan være ledd av et evalueringsystem for å følge opp og vurdere samhandlingsarbeidet. Jeg undrer meg derimot hvordan avvikssystemet følges opp, videre om avvikene fører til den nødvendige læringsprosessen som er med på å danne evalueringsgrunnlaget for framtidig arbeid innen samhandling. Slik jeg tolker Amdam bør læringsprosesser knyttes til samtlige av plannivåene, hvor diskursene innebærer drøfting og erkjennelse av situasjonsbilde, effekter av handlinger og om disse er i tråd med målene. Skildringer har blant annet vist til at saker som ble forsøkt tatt opp i utvalgene møtte utfordringer på grunn av usikkerhet i hvordan håndtere dette, utfordringer knyttet til beslutningsmyndighet, videre at det er etablert et eget system som skal håndtere avvik og uenigheter.

Med bakgrunn i tidligere drøfting og Amdams plan- og utviklingsperspektiv, kan samhandlingsstrukturen i et framtidig bilde dra fordeler av å integrere læring på alle nivå understøttet av institusjonell planlegging i partnerskapet mellom helseforetaket og kommunene. Dette vil innebære rapportering og evaluering av det operative arbeidet i

henhold til vedtatte avtaler. Videre om de oppleves som nyttige og dermed underbygger viljen til å praktisere etter gjeldende regelverk. På det taktiske nivået, bør læring knyttes til arbeidet med å avveie ressurser og interesser opp mot hverandre slik at partene kan enes om et felles forpliktende avtaleverk. På det strategiske nivået vil vurderingsgrunnlaget bygge på felles verdivalg og visjon for ønsket framtidig retning for samhandlingsarbeidet. Videre vurdere ståsted i forhold til ønsket retning og justere kursen om nødvendig.

Evalueringen bør i følge Amdam gjøres til en del av den politiske prosessen og baseres på kommunikativ rasjonalitet og en demokratisk diskurs. For på denne måten å skape et evalueringsgrunnlag basert på deltakernes individuelle og kollektive forventninger og målsettinger. Alle bør i følge Amdam få muligheten til å vurdere hvordan de opplever institusjonell, strategisk, taktisk og operativ planlegging. Som Amdam viser til. *"...noko kan teljast, men noko må forteljast"* (Amdam, 2011a:197).

I lys av samhandlingsprosessen som en helhet forstår jeg Amdam slik at det må åpnes opp for offentlig innsyn i alle prosessene som pågår for å implementere samhandlingsreformen. Videre at det legges opp til en tilbakeførende kunnskap fra involvert aktører, men også fra det norske folk som mottakere og brukere av helse- og omsorgstjenester. I en kontinuerlig prosess kan en slik kunnskap og erfaringsutveksling forutsatt at det fanges opp og forvaltes i et dynamisk system, bidra til å skape et mest mulig realistisk situasjonsbilde som grunnlag for nye mål, tiltak og ønskede effekter. Erkjennelser som vokser fram som ledd av en individuell og kollektiv læringsprosess, kan gi gode vilkår for aksept og oppslutning om framtidig helsepolitisk retning. En slik felles vilje kan igjen støtte under kollektive og individuelle handlinger i tråd med overordnet målsettinger og dermed skape legitimitet i samhandlingsprosessen, samarbeidsavtalene, samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene og deres individuelle eksistens og virke.

4.3 Samhandlingsstrukturen som legitimerende støttespiller?

Ved hjelp av et perspektiv på utvikling av integrasjon i samarbeidsrelasjoner og en plan- og utviklingsmodell, har funnene fra samhandlingen blitt forsøkt tolket og drøftet med hensikt i å finne en mulig utviklingsretning som kan fremme legitimitet og støtte opp om overordnede målsettinger. Jeg vil nå med utgangspunkt i drøftingen oppsummere med de mest sentrale punktene som jeg tenker kan være hensiktsmessig å vurdere i forbindelse med evaluering og utvikling av det videre samhandlingsarbeidet og samhandlingsstrukturen. Jeg vil gjøre oppmerksom på at tilnærmingen ikke har til hensikt eller mulighet å konkludere med en løsning, men med bakgrunn i argumentasjonen kan samhandlingsstrukturen som presenteres under bidra til å skape støttende forhold og legitimitet i det videre samhandlingsarbeidet.

4.3.1 Helse Møre og Romsdal HF og kommunene - et institusjonelt partnerskap

- Helse Møre og Romsdal HF og de 36 kommunene som et institusjonelt partnerskap.
- Partnerskapet bør ha som et langsiktig mål å tilnærme seg en integrert form for samarbeid (collaboration), hvor det er tette koplinger mellom aktørene, opplevelse av tilhørighet, tillit mellom partene og felles oppslutning om mål og samhandlingstiltak.
- Mandat til overordnet samhandlingsutvalg for Helse Møre og Romsdal HF og kommunene som institusjonell planlegger. Prosessledelse som koordinerer og støtter arbeidet og påser at samhandlingsprosessene er i henhold til politiske og regionale målsettinger. Videre at det legges til rette for medvirkning som er reell for involverte parter.
- Det regionale samhandlingsarbeidet bør nedfelles i en felles overordnet plan, som beskriver bakgrunn, formål, arbeidsmåter, rammer, milepæler og om det er spesielle områder som skal prioriteres.
- Planen trenger aksept og legitimitet fra prosessen som helhet, og bør derfor basere seg på en kollektiv evaluering og oppslutning om det regionale situasjonsbilde, utfordringer og ønsket endring.
- Ved å bygge institusjonell planlegging på en balanse mellom overordnet styring og det som mobiliseres nedenfra, kan retning, mål og tiltak på institusjonelt nivå få aksept og oppslutning og gi legitimitet til arbeidet når det skal vedtas og iverksettes på regionalt og lokalt nivå.

4.3.2 Strategisk samhandlingsarbeid bør bygge på bred mobilisering

- En bred mobilisering som fremmer samhandlingsreformens målsettinger bør gjennomføres i form av kollektive læringsprosesser.
- Fora som dialogmøtet kan gi støtte til det innledende arbeidet i strategisk planlegging. Formålet er å fange opp det helhetlige utfordringsbildet og skape oppslutning om framtidig veivalg, slik at det gir nok makt og legitimitet til å påvirke framdrift i det taktiske og operative samhandlingsarbeidet.
- Identifiserte utviklingsområder bør nedfelles i et strategisk plandokument og beskrives med bakgrunn, utviklingsbehov og tiltak for å realisere de felles målene. Dette arbeidet bør bygge på mobilisering hvor kunnskap og kjennskap til utviklingsområdet står sentralt.
- Legitimiteten til innholdet trenger aksept og støtte fra både institusjonell, taktisk og operativ planlegging. Arbeidet med å utforme strategiene bør knyttes nært opp mot arbeidet som foregår innen både avtaleutforming og i praksis.

4.3.3 Avtaleutforming som taktisk planlegging – bør integreres med kunnskap

- Med bakgrunn i det som besluttes i institusjonell og strategisk planlegging, kan innholdet sikres videre framdrift gjennom taktisk planlegging og forpliktelser nedtegnet i avtaleverket.
- For å oppnå konsensus til å binde seg til forpliktende avtaler, vil dette trenge aksept og legitimitet fra institusjonell og strategisk planlegging.
- Det taktiske arbeidet med støtte fra institusjonell planlegging, bør ivaretas av en prosessledelse/forhandlingsutvalg som har kompetanse til å koordinere arbeidet. Prosessledelse/forhandlingsutvalget bør ha en konstruktiv og bearbeidende rolle i forhold til interessekonflikter. Videre bør innholdet sikres videre oppfølging og iverksetting gjennom de forpliktende samarbeidsavtalene.
- Ved å legge til rette for å involvere deltakere med kunnskap om det fagområdet som skal planlegges og nedfelles i avtaleverket, kan det bidra til å gi innholdet videre tyngde og legitimitet når arbeidet skal iverksettes.
- Innholdet bør konkretiseres med hensyn til klar ansvars- og oppgavefordeling mellom partene. Videre avklaring av ressurser, og hvordan og når arbeidet skal organiseres og gjennomføres.

4.3.4 Forankring og iverksetting - med støtte fra transformasjonsledelse

- For iverksetting av samhandlingstiltak for Helse Møre og Romsdal HF og kommunene, er det av betydning hvordan prosessene har foregått både på institusjonelt, strategisk og taktisk nivå, som kontinuerlig må søke etter å skape legitimitet slik at innholdet får støtte og erkjennes på det operative nivået.
- Ledere er i en nøkkelposisjon for å gjøre innholdet i samarbeidsavtalene kjent og erkjent hos de ansatte på det operative nivået.
- Ved å guide ansatte inn i et handlingsmønster som følger opp de konkrete samhandlingstiltakene, kan det bidra med å skape felles samhandlingskultur og sikre framdrift i arbeidet.
- Det bør skapes en erkjennelse og forståelse hos de ansatte om deres sentrale rolle i å omsette politikk til praktisk handling, som ser seg som viktige bidragsyttere i arbeidet med å skape en bærekraftige og helhetlige helse- og omsorgstjeneste.

4.3.5 Samhandlingsprosessen som en læringsprosess

- For å evaluere samhandlingsarbeidet mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene, bør planlegging på institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt nivå tilknyttes et system for læring.
- Dette bør forankres på overordnet nivå i det institusjonelle partnerskapet mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene, som støttes og ivaretas gjennom overordnet samhandlingsutvalg.
- Ved å stimulere til læring på alle nivå, kan rapporterings- og evalueringsarbeid bidra til å skaffe nødvendig avgjørelseskapasitet, rettfærdiggjøre samhandlingsarbeidet som plan- og utviklingsarbeid, videre gi legitimitet til både Helse Møre og Romsdal HF og kommunene som regionalt partnerskap og som selvstendige aktører.
- Utover allerede etablert avvikssystem, bør evalueringsgrunnlaget også basere seg på tilbakeførende kunnskap fra aktørene som er involvert i prosessene på samtlige plannivå. Videre bør det i tillegg åpnes opp for tilbakemeldinger fra folket som mottakere og brukere av helse- og omsorgstjenestene.

Litteraturliste

- Amdam, J., og Veggeland, N. (2011): *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Oslo: Universitetsforlaget. (2):53,54.
- Amdam, R. (2005): *Planlegging som handling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Amdam, R. (2011a): *Planlegging og prosessleing. Korleis lykkast i utviklingarbeid*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Amdam, R. (2011b): *Planning in health promotion work: an empowerment model*. Routledge studies in public health. London New York: Routledge. (1):13-16.
- Amdam, R. (2014): Forelesning Høgskolen i Volda. Helse og omsorg i plan. 11.04.2014.
- Arnstein, S.R. (1969): A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35:4, 216-224.
- Berge, R.V. (2014): Felles kompetanse- og rekrutteringsplan for Sjustjerna, Volda sykehus og Sunnmøre DPS. Presentasjon. 21.november, 2014. For Sunnmøre regionråd, samhandlingsgruppa.
- Birkestrand, T., og Otterstad, H.K. (2014): Sykepleien. Fag. Færre overliggere i sykehus. 6. februar, 2013.
- Dalland, O. (2013): *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (3):50-59.
- Deloitte. (2014): KS FoU-prosjekt nr.:134017: "Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterleves de?"
<http://www.ks.no/PageFiles/65756/KS%20FoU%20Samarbeidsavtaler%20mellom%20kommuner%20og%20helseforetak.pdf?epslanguage=no>
- Friedmann, J. (1987): *Planning in the Public Domain: From Knowledge to Action* (Princeton, NJ: Princeton University.
- Fugelli, P. (2010): *Døden, skal vi danse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giorgi, A. (1985): *Sketch of a psychological phenomenological method. Phenomenology and psychological research. essays*. Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press:8-22.
- Giorgi, A. (2009): *The descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach*. Pittsburgh, P.A.: Duquesne University Press.
- Grimsmo, A. (2013): *Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivingsklare pasienter? Sykepleien. Forskning. nr 2. 2013.*
- Grønmo, S. (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. (1): 8,9.

- Helsedirektoratet. (2015a): DRG-systemet. <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet> lastet ned 14.02.2015
- Helsedirektoratet. (2015b): Samhandlingsstatistikk. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk> lastet ned 01.04.2015
- Helse midt-Norge RHF. (2015): Ekstranett. KOLS/O2. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:kPGGntK1ZYEJ:https://ekstranett.helse-midt.no/1011/adm-samhandl-s/Presentasjoner/Sak%25202013-06%2520-%2520Presentasjon%2520av%2520oksygenprosjekt.ppt+%&cd=1&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=safari> lastet ned 23.04.2015
- Helse Møre og Romsdal HF. (2014a): Første steg til felles samhandlingsstrategi. <http://www.helse-mr.no/no/Aktuelt/Nyheiter/Arkiv/Nyheiter-2014/Forste-steg-mot-ein-samhandlingsstrategi/127493/>
- Helse Møre og Romsdal HF. (2014b): Innkalling til overordna samhandlingsutvalgsmøte Møre og Romsdal 01.10.2014. Sak 2014/18. Oppsummering fra dialogmøtet. <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/samhandl-utval/Sakspapirer%20samlehefte%20for%20utskrift/2014-10-01%20Samlehefte%20-%20Overordna%20samhandlingsutval%20Møre%20og%20Romsdal.pdf>
- Helse Møre og Romsdal HF. (2014c): Samarbeidsavtale mellom kommune og Helse Møre og Romsdal HF. <http://www.helse-mr.no/HelseMR/Samhandlingsavdelinga/Reforhandla%20samarbeidsavtale%20pr%20januar%202014%20med%20vedlegg.pdf>
- Helse Møre og Romsdal HF. (2014d): Prosedyre for melding og håndtering av avvik mellom kommunene og helseforetaket. <http://www.helse-mr.no/no/Fagfolk/Samhandling/Prosedyre-for-melding-og-handtering-av-avvik-mellom-kommunenene-og-helseforetaket/124360/> lastet ned 19.02.2015
- Helse Møre og Romsdal. (2015a): Klinikkk for medisin. Medisinsk avdeling Ålesund. <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/Organisering/Klinikkar/Klinikkk-for-medisin/Medisinsk-Avdeling/Meir-om-medisinsk-avdeling/113656/> lastet ned 07.05.2015
- Helse Møre og Romsdal HF. (2015b): Om oss. Klinikkk for rehabilitering. <http://www.helse-mr.no/no/Om-oss/Organisering/Klinikkar/Klinikkk-for-rehabilitering/120508/> Lastet ned 09.01.2015.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011a): Informasjon til landets kommuner og regionale helseforetak, 3.oktober. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/samhandling/brev_samhandlingsref_031011.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011b): Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011c): Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012): Forskrift om fastlegeordning i kommunene.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014): Forskrift om endring i forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter.
- Holmen, A.K. (2011): Fra løse kontakter til formaliserte kontrakter: Utvikling av byregionale styringsnettverk. Universitetsforlaget.: 87-111.
- Kalleberg, R. (2012): Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I: Holter, H., og Kalleberg, R. (red). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Keast, R., Brown., og Mandell. M. (2007): Getting the right mix:unpacking integration meanings and strategies. *International Public Management Journal*, 10 (1):9-33.
- Kvale, S., og Brinkmann, S. (2012): *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LOV-1999-01-29-6 Lov om interkommunale selskaper.
- LOV 1999-07-02-61 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- LOV 1999-07-02-62 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- LOV 1999-07-02-63 Lov om pasientrettigheter.
- LOV 1999-07-02-64 Lov om helsepersonell.
- LOV-2001-06-15-93 Lov om helseforetak.
- LOV 2011-06-24-29 Lov om folkehelsearbeid.
- LOV 2011-06-24-30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- Malterud, K. (2013): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mandell, M., og Keast, R. (2007): Evaluating network arrangements. *Public Performance and Management Review*, 30 (4):574-597.

- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. (2014): Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014.
<http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf>
- Northouse. P.G., (2013): *Leadership. Theory and Practice*. (6.utg.). Thousand Oaks. CA: Sage. (9):185-217.
- NRK Ytring. (2015): Frykter eldre blir kasteballer i Norge.
<file:///Users/waarol/Documents/Frykter%20eldre%20blir%20kasteballer%20i%20helse-Norge%20-%20NRK%20-%20Norge.webarchive> lastet ned 17.02.2015
- Orkide. (2015): Om Orkide <http://www.orkideportalen.no/om-orkid> lastet ned 07.05.2015
- Ott, J.S., Shafritz, J.M., og Jang, Y.S. (2011): *Classic Readings in Organizations Theory*. (7.utg.). Canada: Wadsworth Cengage Learning. (7): 77-82.
- PricewaterhouseCoopers (PwC). (2012): Felles kompetanse- og rekrutteringsplan Mellom Helse Møre og Romsdal HF og sunnmørskommunene. <https://www.pwc.no/no/offentlig-sektor/publikasjoner/felles-kompetanse-rekrutteringsplan.pdf>
- Regjeringen. (2011): Samhandlingsreformen – informasjon om ikraftsetting av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.
<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/samhandlingsreformen---informasjon-om-ik/id667798/> lastet ned 16.02.2015
- Regjeringen. (2015): Oppdragsdokument. <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/> lastet ned 06.03.2015
- ROR. (2015): Om ROR <http://www.romsdalregionrad.no/medlemskommuner> lastet ned 07.05.2015
- Røiseland, A., og Vabo, S.I. (2012): *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget: 1-40.
- Scott, W.R. (1998). *Organizations: Rational, Natural, and open Systems*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall: (5,6): 101-148.
- St.meld.nr.47. (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Store norske leksikon. (2015): Internalisering <https://snl.no/internalisering> lastet ned 23.02.2015
- Suchman, M.C. (1995): Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review*: 571-610.

- Sunnmøre regionråd IKS. (2015): Sunnmøre regionråd IKS. Om oss.
<http://www.sunnmoreregionrad.no/index.php/om-oss> lastet ned 16.02.2015.
- Sunnmørsposten. (2015): Oppfølging av hjemmeboende som trenger oksygenhjelp.
Sunnmørsposten, 4.mars, 2015:2,3.
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Weber, M (1978): *Economy of Society*. Berkely: University of California Press.
- Wikipedia. (2015): Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).
http://no.wikipedia.org/wiki/Barne-_og_ungdomspsykiatrisk_poliklinikk
lastet ned 10.03.2015

Vedlegg: 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Samhandling i en samhandlingsstruktur ” (arbeidstittel – foreløpig)

Bakgrunn og formål

Formålet med dette studiet er å undersøke hvordan samhandling knyttet til samhandlingsstrukturen fungerer mellom involverte aktører på Sunnmøre. Videre hvordan samhandlingsstrukturen kan bidra til å skape et legitimt samhandlingsarbeid i regionen.

Som et av de viktigste utviklingsområdene står samhandling sentralt, og som retningsgiver for norsk helsepolitikk ble samhandlingsreformen lansert som en respons på helseutfordringer som truer samfunnets bæreevne. De lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal bidra til at samhandlingsreformens intensjoner blir fulgt opp lokalt. For å sikre gjennomføring av samarbeidsavtalene har partene etablert en samhandlingsstruktur som omfatter *Dialogmøte, Overordna samhandlingsutvalg, Administrative samhandlingsutvalg, Kliniske samhandlingsutvalg og Samhandlingskonferanse*.

Samhandlingsstrukturen er et av utviklingsområdene innen samhandling i Møre og Romsdal. En arbeidsgruppe representert fra både helseforetak og kommuner identifiserte behov for en mer framtidsrettet og funksjonell samhandlingsstruktur for å videreutvikle samhandlingsarbeidet i regionen.

I denne masteroppgaven ønsker jeg å sette søkelyset på samhandlingsstrukturen og identifisere faktorer som kan bidra til å videreutvikle den som ramme for et legitimt samhandlingsarbeid.

Problemstilling:

” Hvordan kan samhandlingsstrukturen mellom Helse Møre og Romsdal HF og Sunnmørskommunene utvikles for å fremme aksept og legitimitet av samhandlingen? ”

Forskningsspørsmål:

- 1) Hva sier dokumentene/avtalene om samhandling?
- 2) Hva sier dokumentene/avtalene om samhandlingsstrukturen?
- 3) Hvordan fungerer samhandlingsstrukturen?
- 4) Hvordan kan samhandlingsstrukturen bidra til å fremme aksept og legitimitet av samhandlingen?

Studiet er et masterstudie i samfunnsplanlegging og ledelse ved Høgskolen i Volda.
Veileder: professor Roar Amdam

Hva innebærer deltakelse i studien?

Kvalitative forskningsintervjuer vil foretas med et strategisk utvalg på ca 12 personer. Av disse er 5 fra Helse Møre og Romsdal HF, representanter fra politisk, administrativ og faglig ledelse. 5 representanter fra kommunene, fra politisk-, administrativ-, faglig ledelse, og 1 kommuneoverlege. 1 representant for fastleger, 1 representant fra brukerutvalg.

Intervjuene vil være semistrukturert med intervju spørsmål knyttet til tema for avklaringer. Beregnet tidsbruk er ca 1 time. Spørsmålene vil dreie seg om dine tolkninger, opplevelser og meninger knyttet til samhandling, samhandlingsreformen, samarbeidsavtalen og samhandlingsstrukturen.

I tillegg vil analysen bygge på dokumentstudier knyttet til temaene nevnt over.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I forkant av intervjuet vil du bli spurt om du ønsker anonymitet. Dersom du ønsker anonymitet vil jeg gjøre deg oppmerksom på at informasjon fra sentrale personer i et avgrenset utvalg kan føre til at mulighet for gjenkjenning er til stede. Dersom det er ønskelig vil du få mulighet til å lese transkripsjoner på egne opplysninger og godkjenne sitater som skal brukes i den endelige oppgaven.

Intervjuene blir tatt opp på bånd og slettes etter transkribering. Det er kun undertegnede som har tilgang til råmaterialet i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av mai 2015.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Studien er meldt til Personvernforbundet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Med Vennlig hilsen
Lena Bjørge Waage

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- Jeg samtykker til å delta i intervju
 Jeg samtykker til at personopplysninger kan publiseres/ lagres etter prosjektslutt

Vedlegg: 2

Intervju – Masteroppgaven
v/ Lena Bjørge Waage
Høgskolen i Volda
Veileder: professor Roar Amdam

Spørsmålene vil dreie seg om dine tolkninger, opplevelser og meninger knyttet til følgende tema;

- **Samhandling**
- **Samhandlingsreformen**
- **Samarbeidsavtalen**
- **Samhandlingsstruktur**
- **Muligheter og barrierer knyttet til samhandling**

Vedlegg: 3

Intervju - Masteroppgaven

Informant:

Dato/tidspunkt:

Sted:

Tema: Samhandling og samhandlingsstruktur

Innledning

- presentasjon, takke for at informanten stiller til intervju

Agenda:

- Introduksjon av masteroppgaven
- Intervjuspørsmål
- Avslutning/oppsummering
- Tid ca 1 time

Avklare opptak:

For å kunne vurdere og reflektere over informasjonen i etterkant ønsker jeg å ta opptak av intervjuet. Dette vil bli slettet i etterkant. Er dette ok?

Masteroppgaven:

Emnenavn: Masteroppgave i Samfunnsplanlegging og ledelse

Stuedsted: Høgskolen i Volda

Omfang: 45 stp, til sensur vår 2015

Veileder: Roar Amdam

- Tema for mitt studie er samhandling og samhandlingsstruktur.
- Bakteppe:

Samhandlingsreformen (st.meld.nr.47 2008-2009) har pekt ut en retning for norsk helse- og omsorgspolitik. Dette videreføres og forankres gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler hvor samhandlingsstrukturen skal sikre at avtalene blir gjennomført.

Målet med intervjuet: Med utgangspunkt i Samhandlingsreformen, samarbeidsavtalen og samhandlingsstrukturen søker jeg etter klarhet og forståelse av hvordan aktørene opplever samhandlingen? Hvilke muligheter og barrierer preges samhandlingsarbeidet av som er av betydning for å videreutvikle samhandling mellom aktørene?

- Avgrensing: Samhandling mellom aktører på Sunnmøre knyttet til samhandlingsstrukturen.
- Informanter: Politisk, administrativ og faglig ledelse. Brukerutvalg.
- Ønsker informanten anonymitet?
- Er det noe informanten ønsker å tilføye/avklare?

Intervjuspørsmål

- innledningsvis be informanten gi en kort beskrivelse av egen funksjon og rolle i samhandlingen.

- | |
|--|
| 1) Hovedspørsmål
• Eventuelle tilleggsspørsmål /avklaringer |
|--|

Samhandling

- 1) Hva legger du i begrepet samhandling/ hva betyr samhandling for deg?
 - Aktørens tolkning av samhandling
 - Nyttig, akseptert og erkjent?
 - Tolkning av samhandling internt, nyttig, akseptert og erkjent?
 - Tolkning av samhandling eksternt, nyttig, akseptert og erkjent?
- 2) Hvordan vil du beskrive din organisasjons forhold til samhandling i tiden før Samhandlingsreformen ble lansert?
 - Var samhandlingsarbeid en del av din organisasjons virkeområde? I hvilken grad og på hvilken måte?
 - Hva preget din organisasjon på den tiden med hensyn til prioriteringer og fokus?

Samhandlingsreformen

- 3) Hvordan har Samhandlingsreformen som retningsgiver for norsk helse- og omsorgspolitikkk preget din organisasjon?
 - Hvordan stilte du deg til samhandlingsreformen som retningsreform etter lansering?
(utfordringsbilde, formål, strategier)
 - Hvordan opplevde du at din organisasjon stilte seg til samhandlingsreformen som retningsreform etter lanseringen?
(utfordringsbilde, formål, strategier)
 - Hvilke muligheter ga den?
 - Hva var utfordrende?
 - Hvordan ble samhandlingsreformen som politisk retningsreform innpasset i din organisasjons virkeområder?
 - På hvilken måte er din organisasjon preget av samhandlingsreformen i dag?

Samarbeidsavtalen

- 4) Hvordan vil du beskrive prosessen med å utforme samarbeidsavtalen mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunene?
 - I hvilken grad og på hvilken måte var du involvert i utformingen?
 - Hvem tok initiativ
 - Hvem deltok
 - Hvor foregikk utformingen?
 - Hva preget prosessen under utforming ?
 - tid, ressurser
 - maktlikevekt, tillit, gjensidig avhengighet mellom partene

- gjensidig grunngevingstvang, offentlighet.
- Hvordan ble beslutninger tatt og hva preget beslutningene? (Kommunikativ eller instrumentell nyttefokus?)
- Hvordan stiller du deg til samarbeidsavtalen , og hvilken betydning har den hatt for samhandlingsarbeid i din organisasjon?
- Hvilken betydning har samarbeidsavtalen hatt for samhandlingsarbeidet på Sunnmøre?

Samhandlingsstruktur

- 5) Hvordan vil du beskrive prosessen med å utforme samhandlingsstrukturen ?
 - Hva var bakgrunnen for å utforme en samhandlingsstruktur?
 - Hvordan kom dere fram til de representative utvalgene?
 - På hvilken måte var du/ din organisasjon involvert i dette arbeidet?

- 6) Hvilken betydning har samhandlingsstrukturen for samhandlingsarbeidet på Sunnmøre?
 - Hvordan kommer dere fram til retning, mål og tiltak knyttet til samhandlingsarbeidet på Sunnmøre?
(Deler dere det samme utfordringsbildet? Er det felles enighet knyttet til strategi, mål, tiltak? Preges møtene av kommunikativ eller instrumentell rasjonalitet?)
 - Hvordan opplever du at din organisasjons/organisasjoners interesser knyttet til samhandling blir ivaretatt i dette arbeidet?
 - Hvilken betydning har arbeidet i samhandlingsstrukturen for det videre samhandlingsarbeidet knyttet til din organisasjon?
 - Hvilken betydning har dette for det videre samhandlingsarbeidet for Sunnmøre generelt?
 - Hva har det bidratt til/ikke bidratt til?

Muligheter og barrierer knyttet til samhandling

- 7) Hvilke muligheter eller barrierer preges samhandlingen av som du mener er av viktig betydning for å kunne videreutvikle et bærekraftig helse- og omsorgstjenestetilbud til det beste for pasienten og samfunnet ?
 - Muligheter og barrierer knyttet til din organisasjon
 - Muligheter og barrierer knyttet til samhandlingsstrukturen
 - Muligheter og barrierer for samhandling generelt

Avslutning

Er det noe du ønsker å legge til?

Kort oppsummering

Be om tillatelse til å ta kontakt dersom jeg har behov for avklaringer/mer informasjon knyttet til spørsmålene.

Takk for deltakelsen!

Roar Amdam
Avdeling for samfunnsfag og historie Høgskulen i Volda
Postboks 500
6101 VOLDA

Vår dato: 07.11.2014

Vår ref: 40524 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.10.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>40524</i>	<i>Samhandling i en samhandlingsstruktur</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Roar Amdam</i>
<i>Student</i>	<i>Lena Bjørge Waage</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.08.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lena Bjørge Waage lenabw@stud.hivolda.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 40524

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men det bør tydeliggjøres at anonymitet ikke kan loves for personer i sentrale roller/stillinger. Slik det nå er formulert er dette punktet noe tvetydig. Personvernombudet anbefaler at informantene får mulighet til å lese transkripsjoner på egne opplysninger og godkjenne sitater som skal brukes i den endelige oppgaven.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.uib.no før utvalget kontaktes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskulen i Volda sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 31.08.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak