

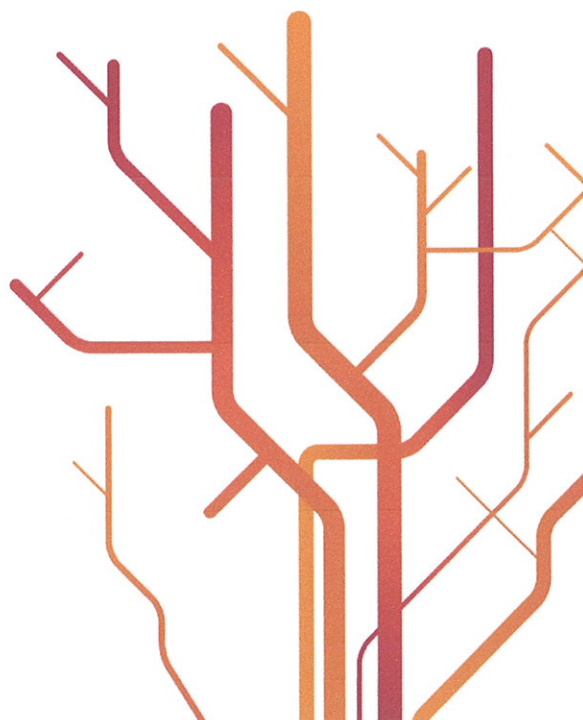
Hvordan gikk det da Samhandlingsreformen møtte kommunene i Vesterålen?

En studie av planlagt endring i fem kommuner.

Venche Anita Fagereng

Masteroppgave i erfaringsbasert master i strategisk ledelse og økonomi
- Master of Business Administration

November 2012



Forord

Masteroppgaven er avslutningen på to spennende og utfordrende år ved det erfaringsbaserte mastergradsstudiet i strategisk ledelse og økonomi. Studieårene har vært en reise gjennom de mørkeste skoger og opp på de høyeste toppene – hvor ting er blitt klarere.

Å skrive master kombinert med full jobb har mange gjort før meg, men jeg kan bekrefte at dette ikke er en enkel øvelse. Arbeidet med masteroppgaven kan best sammenlignes med en fødsel - og jeg har hørt jordmora si: *du kan ikke gi opp nå - du er nesten i mål!*

Da er det godt å ha gode hjelpere – en stor takk til professor Kjell Arne Røvik som har inspirert og veiledet meg på denne reisen. En takk også til de andre studentene fra Lofoten og Vesterålen for godt følge og til de fra Sortland som jeg har jobbet tett sammen med. Og ikke minst til familien – for støtte underveis.

Nå ser jeg fram til at tid som i to år har vært brukt på studier kan brukes på det aller viktigste - familie og venner – og til hobbyene mine.

Men det å ha fullført er en stor tilfredsstillelse.

Sammendrag

Tema for oppgaven er planlagte organisatoriske endringer. Med de fem kommunene i Vesterålen som case ønsket jeg å se hvordan kommunene møtte samhandlingsreformen. Hvordan de forberedte seg, hvilke grep de tok og hva som skjedde i de første månedene etter innføring 1.1.2012.

Avgrensningene er fem kommuner og tidsperioden fra forberedelsene startet til september 2012. Det har også vært forberedelser i regional regi, men dette er bare med som funn fra de fem kommunene. Jeg har studert de fem kommunene og sett på hvilke endringer de har planlagt og implementert som følge av reformen - og om eventuelle variasjoner kunne forklares.

Det teoretiske rammeverket er tre organisasjonsteoretiske perspektiv som bygger på tre forskjellige metaforer og grunnleggende antakelser om virkeligheten. Hvert perspektiv setter søkelyset på et begrenset område og dermed utelates noe. Systemideen i det rasjonelle perspektivet er at organisasjoner er som maskiner som ledelsen kan designe og styre for å nå sine mål. I det naturlige perspektivet er organisasjoner som organismer og helheter som ikke kan splittes og med uformelle bånd som lim og hvor endogene endringer er de mest vellykkede. Det åpne, institusjonelle perspektivet bygger på organisasjoner som økologiske system og som er fanget av omgivelsene som skaper usikkerhet.

Det jeg fant var:

Ingen av teoriene stemmer helt med praksis i kommunene. I forberedelsesfasen beskriver den rasjonelle teorien ganske godt det som skjer i kommunene. I implementeringsfasen har teorien delvis forklaringskraft i helse/sosialektoren.

Forberedelsesfasen er toppstyrt, men den naturlige teorien kan belyse en del av det som skjer i denne fasen etter hvert. Implementeringsfasen blir overlatt til helse/sosialektoren, og innenfor helse/sosialektoren belyser den naturlige teorien i større grad det som skjer.

I forberedelsesfasen beskriver den åpne teorien den enkelte kommune som helhet, men ikke det som skjer i helse/sosialektorene. I implementeringsfasen beskriver teorien fortsatt godt det som skjer i kommunene, men i varierende grad i helse/sosialektoren.

Det naturlige perspektivet forklarer læringsprosessen best, kommunene var uforberedt og det at de har vært med på mange reformer har ikke har satt seg i organisasjonene som læring. Dette er likt for alle kommunene. Alle har gjort justeringer underveis, men ingen store endringer.

De tre teoretiske perspektivene har bidratt til å synliggjøre og tydeliggjøre hvordan kommunene fungerer som organisasjoner.

Felles for alle kommunene er at det er en sektor som har forberedt reformen og er forberedt på den, de andre sektorene er fraværende.

Innhold

Kapittel: 1 Innledning og teori	1
1.1. Tema	1
1.2. Teoretisk tilnærming	1
1.2.1. Tre organisasjonsteoretiske perspektiver	2
1.2.2. Det rasjonelle perspektivet	3
1.2.3. Det naturlige perspektivet	4
1.2.4. Det åpne perspektivet	5
1.3. Oppgavens oppbygging	6
Kapittel 2: Samhandlingsreformen og problemstilling	6
2.1 Sentrale begrep	6
2.2 Samhandlingsreformenes intensjoner og virkemidler – resyme	9
2.3. Problemstilling	10
Kapittel 3: Teoretiske forventninger	10
3.1. Forventninger om funn fra et teoretisk ståsted	10
3.2 Det rasjonelle perspektiver	11
3.3 Det naturlige perspektivet	12
3.4. Det åpne – nyinstitusjonaliserte - perspektivet	14
Kapittel 4 - Metode	14
4.1. Innledning	14
4.2. Casestudie som forskningsdesign	15
4.3 Avgrensinger	15
4.3. Datainnsamling	16
4.5 Informanter	16
4.6 Validitet	16
4.7. Reliabilitet	18
Kapittel 5 Funn - disponering av data	19
Kapittel 6: Da samhandlingsreformen kom til Andøy kommune	19
6.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen	19
6.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012	20
6.3. Endringsprosesser og læring	22

Kapittel 7.0: Da samhandlingsreformen kom til Bø kommune	24
7.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen	24
7.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012	25
7.3. Endringsprosesser og læring	26
Kapittel 8.0: Da samhandlingsreformen kom til Hadsel kommune	27
8.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen	27
8.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012	28
8.3. Endringsprosesser og læring	30
Kapittel 9.0: Da samhandlingsreformen kom til Sortland kommune	31
9.1. Hvordan forberedte kommunen innføringa av samhandlingsreformen	31
9.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012	32
9.3. Endringsprosesser og læring	33
Kapittel 10.0: Da samhandlingsreformen kom til Øksnes kommune	35
10.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen	35
10.2 Hva har skjedd etter 1.1.2012	36
10.4. Endringsprosessene og læring	38
11. Analyse	39
11.1. Oppsummering av funn	39
11.2 Variasjoner mellom kommunene: Analyse	42
11.3. Funn tolket i lys av de tre teoretiske perspektivene	44
Kapittel 12: Konklusjoner og oppsummering	58
12.1 Begrensninger i studien og feilkilder	58
12.2 Hovedfunn i forhold til problemstillinga	58
Litteraturliste	60

Hvordan gikk det da samhandlingsreformen møtte kommunene i Vesterålen?

Kapittel: 1 Innledning

I dette kapitlet redegjør jeg for valg av tema, teoretisk tilnærming og formulerer problemstilling. Videre redegjør jeg for og begrunner de valg som er tatt.

1.1 Tema

Jeg er fagleder i teknisk etat i Sortland, en av fem kommuner i Vesterålen. Jeg har opplevd forberedelser og implementering av mange endringer, både som ansatt og leder, noe som har gjort meg opptatt av endringsprosesser. Et svært aktuelt tema for en som er interessert i endringsprosesser er Samhandlingsreformen. Denne statlige initierte reformen betyr endringer i alle kommunene. Jeg er nysgjerrig på hvordan kommunene i Vesterålen har planlagt å møte denne reformen. Siden reformen iverksettes gradvis fra 2012 skulle det være mulig å finne ut hvordan kommunene hadde forberedt seg, og hvordan de første månedene hadde gått. Ved å undersøke flere kommuner kunne også variasjoner mellom kommunene avdekkes.

1.2. Teoretisk tilnærming

De organisatoriske endringer jeg vil undersøke har en fellesnevner, det er snakk om planlagte endringer. Fra organisasjonsteorien vet vi at både formell struktur og uformelle normer har betydning for hvordan organisasjonens medlemmer tenker og handler (Jacobsen: 2007). I den organisasjonsvitenskapelige litteraturen skiller man gjerne mellom tre organisasjonsteoretiske perspektiv: Det rasjonelle, det naturlige og det åpne (Christensen et al 2009). Disse tre har jeg valgt å legge til grunn i min studie fordi de representerer tre grunnleggende ulike oppfatninger om hva organisasjoner *er* og dessuten representerer de ulike syn på styring og kontroll av organisatoriske endringsprosesser. Tre ulike perspektiv gir mulighet til å få et bredere bilde av endringsprosessene jeg vil studere.

1. 2.1. Tre organisasjonsteoretiske perspektiver

De tre teoretiske perspektivene uttrykkes gjennom metaforer og bygger på tre forskjellige oppfattelser av virkeligheten. Hvert perspektiv setter søkelyset på et begrenset område og dermed utelates noe.

Begrepet organisasjon kommer fra det greske *organon* – som er uttrykk for *redskap* eller *instrument*. Organisasjoner er skapt av menneskene i organisasjonen. Teoriene om organisasjoner utvikles i sin historiske kontekst. Når organisasjoner sees på som redskap blir sentrale elementer mål, oppgaver og hensikt (Morgan 1991: 23).

1.2.2. Det rasjonelle perspektivet

Perspektivet er tuftet på systemideen om organisasjoner som maskiner (Morgan 1991: 20-22). Med bakgrunn i organisasjonens mål kan ledelsen med riktig verktøykiste forme organisasjonene slik at de blir redskap til måloppnåelse (Røvik 2005: 31; Christensen et al 2009: 33, Etzioni 1978: 21).

Med den velfungerende maskinen som ideal uttrykker dette perspektivets hovedresonnement for organisasjoner: redskapsorientering, fokus på ledelse og mål, optimistisk syn på ledelse, optimistisk syn på at vitenskapen kan hjelpe oss til stadige forbedringer, at ledelse har stor frihet når organisasjoner skal utformes og at utformingen er et styringsredskap (Røvik 2005: 32).

Slike organisasjoner har historiske tråder tilbake til bygging av pyramider, etablering av kirkesamfunn og utvikling av hærene (Morgan 1991). Han framhever Fredrik den store av Prøyssens reformer for å gjøre hæren til en effektiv krigsmaskin. Reformene omfattet rangordninger, regelverk og bruk av standardisert utstyr.

Med den industrielle revolusjonen ble oppfatningene av organisasjoner som maskiner befestet. Den amerikanske ingeniøren Fredrik Taylor (1856-1917) er knyttet til skoleretningen Scientific management som er opptatt av spesialisering, standardisering og formell struktur. Den samtidige tyske sosiologen Max Weber (1864-1920) så i sin klassiske byråkratiteori sammenhengen mellom maskinenes ensretting av produksjon og byråkratiske organisasjonsformer. Bidragsytere til klassisk administrasjonslære er franskmannen Henry Fayol, amerikaneren FW Money og engelskmannen Lyndall Urwick. (Morgan 1991: 26). Alle var opptatt av praktisk lederskap og samlet og nedtegnet gode erfaringer slik at andre kunne ta dette i bruk. Sentralt var at god ledelse er en prosess av "*planlegging, organisering, ordrer, koordinering og kontroll*". (Morgan 1991: 22-26).

Fra 1970-årene har vi hatt en oppfatning av utformingen av offentlige organisasjoner, kalt nyrasjonalisme. Den nyrasjonalistiske utviklingstrenden fortsetter etter årtusenskiftet og med

følgende kjennetegn: styrings-optimisme og top-down-orientering, vitenskapsorientering og et rasjonalistisk syn på menneske. (Røvik 2007: 158-159)

1.2.3. Det naturlige perspektivet

Den dominerende systemideen er at organisasjoner kan sees på som levende organismer (Morgan 1991: 41). Oppfatningen av at organisasjoner er levende organismer og ikke døde maskiner påvirker synet på endringer. I organismer skjer endringene langsomt og kan sees på som organismenes tilpasning av farer som truer. Når organisasjoner utgjør en helhet vil endringene i en del av organisasjonen påvirke resten. Vellykkede endringsprosesser kjennetegnes ofte av at de er generert innenfra. Organisasjonene vil oftest reagere negativt på endring utenfra, og slike forsøk kan resultere i frastøtingsprosesser. Ut fra det naturlige perspektivet er det variasjon i uformelle normer og kultur, som påvirker variasjon i atferd og i resultater.

Maskinpregede organisasjoner klarer ikke å endre seg raskt nok under ustabile forhold og rask samfunnsendring. De siste 70 årene har organisasjonsteorien hentet inspirasjon og nye ideer fra biologien: *"molekyler, celler, sammensatte organismer, arter og økologi har sine paralleller i begreper som individer, grupper, organisasjoner, populasjoner og deres sosiale økologi"* (Morgan 1991: 42).

Likhetstrekkene mellom organisasjoner og biologiske organismer er at de er helheter som ikke problemfritt kan deles/splittes. Medlemmenes atferd påvirkes ikke avgjørende av formell organisasjonsstruktur, det er de uformelle båndene mellom medlemmene som holder de formelle organisasjoner sammen. Endringer som skjer langsomt - og endogen endring, er de mest vellykkede endringsprosesser.

At arbeidstakere er mennesker med sammensatte behov som ikke kan reduseres til en del av et maskineri ble en utløsende innsikt for å betrakte organisasjonsteori ut fra et biologisk ståsted. Det er flere skoleretninger i det naturlige perspektivet. Human relations teorier er knyttet til Hawthorn-eksperimentene som ble utført ved Western Electric Company i Chicago fra 1927 til 1932. Elton Mayo arbeidet ut fra scientific management teorier. Hensikten med eksperimentene var å undersøke forholdet mellom det fysiske arbeidsmiljøet, lønssystem, pauselengde, mm og hvordan endringer påvirket de ansatte (Christensen et al 2004: 58). Undersøkelsen dokumenterte betydningen til arbeidstakernes sosiale behov. Forskerne

avdekket normer og regler i arbeidsgruppene som påvirket produksjonsomfanget. Denne *uformelle organisasjonsstrukturen* var verken vedtatt av ledelsen eller nedfelt i en vedtatt plan (Morgan 1991: 43, Flaa et al 1981: 37-38). En annen skoleretning er Neo Human relations som er en arbeidspsykologisk tradisjon. Viktige bidrag her er Abraham Maslows behovslære der menneskene for å nå vekst og modning søker å tilfredsstille behov rangert i et behovshierarki fra de basale fysiologiske til selvrealisering. Andre bidragsytere er organisasjonspsykologene Chris Argyris, Frederick Herzberg og Douglas McGregor som viste hvordan man kunne integrere individenes og organisasjonenes behov (Morgan 1991: 44).

1.2.4. Det åpne perspektivet

Den bærende ideen er organisasjoner som økologiske system (Morgan 1991: 68). De er kybernetiske modeller – en blanding av maskin og menneske. Organisasjoner påvirkes av omgivelsene, som også produserer usikkerhet. Forklaringer på organisasjoners atferd og resultater finner vi i drivkrefter i omgivelsene. Endringer i organisasjoner skjer ved rasjonell seleksjon i form av strategiske tilpasninger av strukturen til de skiftende omgivelsene og ved naturlige seleksjon.

I det rasjonelle perspektivet betraktes organisasjoner som lukkede systemer og i kulturperspektivet er verdier og normer utviklet over tid. På 1950-60 tallet var man opptatt av organisasjonenes forhold til omgivelsene. Interne behov må balanseres med krav fra omgivelsene. Dette påvirker synet på hvordan organisasjonene skal designes (Christensen et al 2004: 75). Utformingen vil avhenge av hvilke oppgaver som skal løses og hvordan omgivelsene er. Tilpasning til situasjonen ble nøkkelord – og dette kunne bety behov for ulik lederskap og organisering i enheter i en og samme organisasjon. (Morgan 1991: 50-51).

Hovedresonnementet er at organisasjonene er ”fanget” av sine omgivelser og at omgivelsene produserer usikkerhet. Dette krever at organisasjonene utvikler strategier for å møte dette. I tillegg til effektivitet er organisasjoner avhengige av legitimitet i omgivelsene, noe de får ved å leve opp til normene: ”*fremskritt, fornyelse og rasjonalitet*”. (Christensen et al 2004: 76). Organisasjoner kan påvirkes av forventninger til hvordan de skal agere. Noen ledere kan møte endringer med handling, andre kan gjennom prat gi uttrykk for at organisasjonen tilpasser seg, mens lite skjer – eller en kombinasjon (Røvik 2007: 23). Adoptering av ideer kan være motivert av pålegg eller forskrift (Røvik 2007: 19), *tvangsmessig adopsjon*, faggruppers

normative påvirkning, *normativt basert adoptering*, å etterligne andres suksess, *mimetisk adopsjon*. Imitasjon som et resultat av at ideen fenger, uten analyse av organisasjonens behov, kan en *slapp imitasjon* (DiMaggio og Powell i Christensen et al 2004: 91).

I dette perspektivet er det drivkreftene i omgivelsene som forklarer atferd og resultater.

1.3. Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp med en teoridel hvor de tre teoretiske perspektivene som er studiens rammeverk presenteres, *kapittel 1*. I *kapittel 2* presenteres case og utforming av problemstilling. Ut fra de tre perspektivene utledes operasjonaliserte teoretiske forventninger til funn i empirien, *kapittel 3*. I *kapittel 4* beskrives metode og validitet og reliabilitet. I *kapittel 5* disponering av data. I *kapitlene 6,7,8,9 og 10* beskrives hovedtrekkene i empirien for de fem kommunene og i to faser: Hvordan de fem kommunene forberedte innføringen av Samhandlingsreformen og hva som har skjedd etter at den gradvise innføringa fra 1.1.2012. Hver kommune avsluttes med funn om endringsprosesser og læring. I *kapittel 11* oppsummeres hovedfunnene. Funnene knyttes til studiens problemstilling for å besvare hvordan fem kommuner møtte samhandlingsreformen og funnene analyseres opp med de teoretiske operasjonaliserte forventninger. I *kapittel 12* kommer oppsummering og konklusjoner, samt begrensninger og feilkilder i studien.

Kapittel 2: Samhandlingsreformen og problemstilling

2.1 Sentrale begrep

Sentrale begrep fra problemstilling og teori belyses her.

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

Pasientforløp. *”Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov”.* (St. meld nr. 47 2008-2009: 15).

Planlagt endring: *”Endring av organisasjoner for at noen mennesker ønsker endring for å nå et nytt mål”.* (Jacobsen 2004: 20).

Læring i organisasjoner: *”Læring er altså en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap, og endrer sin atferd på grunnlag av denne kompetansen”.* (Jacobsen 2007: 319).

RESO: regionalt samarbeidsorgan for kommunene i Vesterålen og Nordlandssykehuset HF

SIV: Forkortelse for Samhandlingsreformen I Vesterålen, samhandlingsprosjekt i regi av Vesterålen regionråd og med deltakere fra de fem kommunene.

Samarbeidsavtaler: Det er krav i samhandlingsreformen om at kommuner og helseforetak skal inngå forpliktende avtaler. Til sammen 12 avtaler, en overordnet og 11 tjenesteavtaler som skal klargjøre ansvarsfordelingen i ulike tjenester og andre oppgaver.

Kommunene har forskjellig innhold i stillinger med samme navn. De har også ulik organisering. Jeg forenkler ved å bruke helse/omsorg som betegnelse på sektoren, kommunalsjef for alle sektorlederne og enhetsledere for nivået under.

Kommune brukes om kommunen som organisasjon og viser til den kommunen som behandles.

Overligger: Pasient som er utskrivningsklar fra sykehus og som kommunen ikke er klar til å ta imot

2.2 Samhandlingsreformenes intensjoner og virkemidler - resyme

Samhandlingsreformen iverksettes for å imøtekomme følgende tre utfordringer:

- gi pasientene koordinerte og ikke fragmenterte tjenester

- imøtekomme behovet for økt fokus og innsats på forebygging av sykdom
- møte de utfordringene som kommer av utvikling i demografi og endring i sykdomsbildet på en økonomisk bærekraftig måte.

Reformen har altså fokus på utfordringer både i et pasient- og et samfunnsøkonomisk perspektiv (St. meld nr. 47 2008-2009: 13). Samhandlingsreformens kvalitetsmål er at pasienter/brukere skal møtes på en bedre måte, at pasientene skal få rett behandling til rett tid og på rett sted, og at det skal være koordinerte tjenester som gir gode pasientforløp. Bærekraften skal komme gjennom reduserte behov for helsetjenester, gjennom dempet vekst i bruk av sykehus og ved at en større del av helsetjenestene skal ytes av kommunehelsetjenesten. Intensjonen er at det skal være mer forebygging, tidligere behandling og bedre samhandling. Helsetjenestene i kommunene skal bli bredere og det skal bli letter å få helsehjelp lokalt. Personer med kroniske lidelser skal få en bedre oppfølging. Tjenestene skal bli mer helhetlig og koordinerte. Det skal finnes tilbud og flere tilbud til dem som ønsker å endre levevaner for å forebygge sykdom.

Reformen har fanget min interesse fordi den sikter mot å endre ansvars- og oppgavefordelinga mellom stat og kommune ved at oppgaver skal flyttes fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Ved å forbedre samhandlingen mellom disse nivåene i helsetjenesten, ønsker en å få mer ut av ressursene som brukes. Samtidig skal det legges mer vekt på forbygging i kommunene for å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Reformen legger opp til fem hovedgrep: klarere pasientrolle, ny framtidig kommunerolle, etablering av økonomiske incentiver, utvikle spesialisthelsetjenesten til i større grad kunne bruke sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegge for tydelige prioriteringer. Disse hovedgrepene skal suppleres med tiltak innen IKT-systemer, forsknings-/utdannings- og personalpolitikk og samhandling med andre sektorer. (St. meld nr. 47 2008-2009: 13-16).

Reformen er faset inn trinnvis fra 1.1.2012. Virkemidler er nytt lovverk og ny helse- og omsorgsplan, 2011-2016, med forbyggings- og folkehelseperspektiv, økonomiske virkemidler og øyeblikkelig-hjelp funksjon i kommunene. Reformen trappes gradvis opp mot 1.1.2016. Statens omsorgsplan skisserer 12000 omsorgsplasser, 12000 nye årsverk, demensplan og kompetanseløftet i 2015. Endringer i lovverk kan beskrives med stikkord som pålegg om å inngå samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, opprette koordinerende enhet og individuell plan, fokus på forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet, brukervedvirkning, helsefremmende og forbyggende arbeid, oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer,

folkehelse tiltak. Et viktig verktøy er lovpålagte samarbeidsavtaler; mellom kommunen og sykehus skal overordnet samarbeidsavtale være på plass innen 31.01. 2012 og tjenesteavtaler skal være på plass innen 1.7.2012. I samhandlingen skal kommunene og spesialisthelsetjenesten være likeverdige parter.

Reformen gir kommunene økonomisk incitament – det vil koste å ha pasienter som er utskrivningsklare på sykehus og kommunene må delfinansiere de spesialiserte helsetjenestene. Samarbeidsavtaler mellom foretak og kommuner skal konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen, samt bidra til at pasienter og brukere opplever at tjenesten er samordnet og at det er klarhet i hvem som skal yte tjenestene og bidra til utvikling og kvalitet på tjenestene. Spesialisthelsetjenestens oppgaver har ett fokusområde, mens kommunene leverer og finansiere et bredt sammensatt spekter av tjenester.

Lover: Ny Helse og omsorgstjenesteloven samler kommunenes plikter og angir kommunenes ansvar og Spesialisthelsetjenesteloven angir foretakenes. Partene forpliktes til å samarbeide. Kvalitet skal måles. Ny folkehelse lov styrker kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende tiltak i alle samfunnssektorer. **Endringer i rollen til kommunen er:** Kommunene skal ha en utvidet rolle i den samlede helse og omsorgstjenesten og ha oppgaver egnet for generalistkompetanse. Samtidig må kommunene ha et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til at tilpasninger og ressursøkninger kan forsvares. Pasientforløp skal være slik at kommunen /kommunens helsepersonell kan være med å styre valget av behandlingsalternativer. **Økonomi - 5 milliarder flyttes fra staten til kommunene.** Kommunene skal få en større del av veksten i helsebudsjettet i årene som kommer. **Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten:** Ca 4,6 milliarder kr overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene for at kommunene skal kunne medfinansiere aktuelle tjenester. **Ansaret for utskrivningsklare pasienter** overføres til kommunene fra første dag. Dette finansieres ved at 560 mill kr overføres fra spesialisthelsetjenesten til etablering av tilbud lokalt. **Kommunene får plikt til å etablere tilbud om øyeblikkelig hjelp.** Dette skal være et døgnkontinuerlig tilbud til pasienter som med behov for akutt hjelp og observasjon. Tiltaket fases inn allerede fra 2012 og skal fullfinansieres av staten. **Samhandling og forebyggende tiltak** i kommuner får overføringer på 580 mill.

I Samhandlingsreformen foreslås regionalt kommunalt samarbeid. I Vesterålen ble regionalt samarbeidsorgan RESO og prosjektet SIV etablert.

2.3. Problemstilling

Hvor forberedt var kommunene i Vesterålen på Samhandlingsreformen? Hva har skjedd etter den formelle iverksettelsen? Hva kjennetegner den første fasen i innføring av samhandlingsreformen i Vesterålen og hva kan forklare eventuelle variasjoner mellom kommunene? Hva har kommunene lært i denne fasen? Har erfaringene ført til justerte planer?

Jeg ønsker å beskrive organisatoriske prosesser i de fem kommunene i Vesterålen i den første innfasingsperioden av samhandlingsreformen. Dette vil jeg undersøke ved å ta utgangspunkt i tre teorier som gir ulike perspektiver på – og forventninger til – hvordan kommunen(e) vil reagere på reformen. Jeg velger et rasjonelt (top-down), et naturlig (bottom-up) og et åpent/institusjonelt perspektiv.

Problemstillingen er todelt. Jeg vil undersøke prosesser i kommunene da de startet forberedelsene og status høsten 2012. Jeg vil se på hvordan kommunene har forberedt seg på sine nye roller med hensyn til endringer i struktur, økonomi, inngåtte avtaler og måloppnåelse. Reformen innføres heller ikke i et tomt rom, - hva kommunene hadde på plass før Samhandlingsreformen får betydning for resultatet. Hovedfokus vil være forberedelser og implementering i de fem kommunene og sammenligning av resultatene, kultur, struktur, økonomi, demografi er noen variabler som kan forklare variasjoner mellom kommunene.

Kapittel 3: Teoretiske forventninger

3.1. Forventninger om funn fra et teoretisk ståsted

Jeg vil forsøke å sette empirien i en organisasjonsteoretisk sammenheng. Jeg har en ide om hvordan virkelighet ser ut før jeg undersøker. (Jacobsen 2010: 28). Fordi de tre teoriene bygger på ulike antakelser om virkeligheten forventer jeg at de gir ulike perspektiver og ulike forklaringer på forløpet av forberedelsesfasen og implementeringsfasen..

3.2 Det rasjonelle perspektivet

I lys av det rasjonelle perspektivet vil forventningene til de forberedelsene som er gjort for å møte samhandlingsreformens utfordringer være:

- Ledelsen (rådmann, ordfører og kanskje helse/omsorgssjef) ser behovene og initierer de endringene som samhandlingsreformen krever
- Grunnlag for tiltak og endringer er kartlegging og analyse
- Samhandlingsreformen appellerer til interkommunalt på ulike felt og kartlegging muligheter og utfordringer ved slikt samarbeid
- Ressurser og interesser er kartlagt hos berørte aktører
- Mulige problemer er kartlagt og ut fra tilgjengelig informasjon er de beste løsninger valgt
- Det foreligger klare mål for endringene i den enkelte kommune

I lys av det rasjonelle perspektivet vil forventninger til implementering være:

- Ledelsen planlegger endringene ut fra klare og entydige mål
- Det viktigste redskapet for å oppnå endringene er å danne formell struktur
- Det ansees mulig å utforme organisasjonens struktur slik at den blir et redskap for å nå ønskede mål.
- Prosessene kan være preget av forhandlinger mellom aktørene for å avklare mål og interesser
- Ledelsen tar initiativ til dialog og samarbeid, samtidig som man er styringsorientert og tar kontrollen over prosessen
- Endringene gjennomføres så langt råd er innenfor fastesatte tidsplaner

- Endringene handler først og fremst om endringer av formelle strukturer
- Implementering av endringer kan sees på som en installasjon som utføres etter en utarbeidet plan
- Samordning av samhandling for å oppnå planlagte mål

I lys av det rasjonelle perspektivet vil forventningene til resultater være:

- Endringene blir langt på vei som ledelsen har planlagt
- Endringer i struktur gir i hovedsak ønskede endringer i organisasjonsmedlemmenes atferd

Forventninger til funn i det rasjonelle perspektivet:

- a) Det forventes at tilpasningen til reformen gjennomføres av den politiske og administrative toppledelsen i kommunen.
- b) Lederne forventes å handle ut fra et grundig kunnskapsgrunnlag: de tenker langsiktig og strategisk, og de har evne til å vedta – og iverksette beslutninger.
- c) De er med i hele iverksettingsprosessen og kontrollerer og etterprøver – og sørger for å justere kursen der det trengs.
- d) I den grad det oppstår motstand i kommunen, er de i stand til å håndtere den. Dersom denne teorien har forklaringskraft, kan man forvente relativ rask og uproblematisk ”tilkobling” av reformideen til rutiner og daglig praksis.

3.3 Det naturlige perspektivet

I lys av det naturlige perspektiv vil forventningene til de forberedelsene som er gjort for å møte samhandlingsreformens utfordringer være:

- Endringene initieres nedenfra og opp i organisasjonen
- Løsningene på utfordringene i samhandlingsreformen velges etter at problemene er kartlagt og analysert
- Organisasjonens medlemmer har bevissthet om kompleksiteten med mange mål og at det finnes flere system for å realisere målene og de berørte er bevisst at de ikke har oversikt over alle mulige løsninger
- Organisasjonen er opptatt av organisasjonskultur og uformelle normer, med redusert fokus på strukturendringer som styringsverktøy

- Redusert fokus på modellering av organisasjoner etter behov fordi dette påvirker institusjonaliserte identiteter og gir motstand

I lys av det naturlige perspektivet vil forventningene til implementering være:

- Det kan være store utfordringer i gjennomføringen av planlagte implementeringsprosesser
- Endringene skjer ikke hurtig, men gradvis over tid
- Å planlegge implementeringen i detalj er ikke mulig
- Det må derfor gjøres tilpasninger til organisasjonene underveis
- Samhandling påvirkes av endrede mål
- Organisasjonskulturen har stor betydning for hvordan individene handler og det er fokus på kultur og endringen av normer og verdier

I lys av det naturlige perspektivet vil forventningene til resultater være:

- Endringene blir et resultat av kompromisser underveis

Forventinger til funn i det naturlige perspektivet:

- a) Ledelsen inkluderer og lar de som skal utføre oppgavene medvirke til tilpasningene til reformen
- b) Ledelsen forstår hvordan de enkelte delene henger sammen og hvordan det nye vil virke inn på helheten
- c) Ledelsen er med i iverksettingsprosessen og etterprøver og sørger for å justere kursen der det trengs
- d) Forventningene ut fra dette perspektivet er at man iler langsomt. Dette fordi reformideen bryter for mye med det man hadde fra før
- e) Forsøk på rask implementering vil møtes med motstand. Dersom denne teorien har forklaringskraft, kan man forvente gradvis ”tilkobling” av reformideen til rutiner og daglig praksis.

3.4. Det åpne – nyinstitusjonaliserte - perspektivet

I lys av det nyinstitusjonelle perspektivet vil forventningene til de forberedelsene som er gjort for å møte samhandlingsreformens utfordringer være:

- Kommunene søker kunnskap om hvordan andre forbereder seg
- At samhandlingsreformen oversettes og omformes til kommunal organisasjon
- For organisasjonene er det å bevare legitimitet og å overleve sentralt i de endringene som initieres
- Løsningene på utfordringene kommer før kartlegging og analyse
- Løsningene er mer adopsjon av hva andre gjør enn analyse av egen organisasjon
- Samhandlingsreformen er omformet og oversatt i kommunen
- At organisasjoner kan modelleres etter oppskrifter på hva som er god organisering
- Endringer i formell struktur er gjort ut fra føringer fra oppskrifter på hva som er god organisering

I lys av det nyinstitusjonelle perspektivet vil forventingene til implementering være:

- At ledelsen ikke er så opptatt av implementeringene
- At koblingene mellom forberedelser og implementering ikke er så tydelige
- At det er lite nytt, mest prat

I lys av det nyinstitusjonelle perspektivet vil forventingene til resultater være:

- At det er lite nytt, mest prat
- Det å framstå som moderne er viktig og samhandlingsreformens språk er adoptert
- At kommunene i Vesterålen har gjort mye likt

Forventninger til funn i det nyinstitusjonelle perspektivet:

- a) At forberedelsene er gjort gjennom å søke kunnskap om hvordan andre kommuner forholder seg til samhandlingsreformen.
- b) At det ikke er foretatt en kartlegging og analyse av organisasjonens behov for endring
- c) Det forventes at den øverste ledelsen ikke er opptatt av implementeringen.
- d) Det forventes tvangsmessig adopsjon fordi samhandlingsreformen er et statlig pålegg
- e) Det forventes at organisasjonen er opptatt av å prate om reformen, men at reformen ikke er blitt en del av organisasjonen og derfor ikke gir større effekt.
- f) Ideene er adskilt fra eksisterende struktur, som ikke er endret, men fungerer som før

Kapittel 4 - Metode

4.1. Innledning

Når forskningsområde og problemstilling er valgt og teoretiske innfallsvinkler bestemt, gjenstår valg av metode og forskningsopplegg. Teoretiske innfallsvinkler har betydning for valg av metode og innfallsvinkler avhenger av forskningsområde og problemstilling. Faktorer som tema, formulering og operasjonalisering av problemstilling, omfang, tid og ressurser har avgjørende betydning for metodevalg (Jacobsen 2010: 87-123). I vitenskapelige studier skal det tas stilling til om metoden og metodegrunnlaget har tilstrekkelige kvalitet til å gi svar på problemstillinga. Ved å beskrive hvordan undersøkelsen er utført gir jeg et grunnlag til å vurdere om funnene og konklusjonene framstår som pålitelig og troverdig. Her er fokus den metodiske delen av studiet av forberedelser og implementering av samhandlingsreformen i Vesterålen og de valg og avveininger jeg har gjort.

4.2. Casestudie som forskningsdesign

Casestudier er type forskningsstrategier hvor studieobjektet er avgrenset i tid og rom og som ofte brukes når problemstillinga som skal gi svar på hva, hvordan og hvorfor. I Jacobsen 2010 (s:90) sier Andersen (1997: 8-9) følgende om casestudier: *"Betegnelsen 'case' kommer av det latinske casus og understreker betydningen av det enkelte tilfelle (...) det dreier seg om ett eller noen få tilfeller som gjøres gjenstand for inngående studier(...) Ofte er idealet å gå i dybden på en case og presentere en helhetlig analyse som står på egne bein"*. Casestudier er empiriske studier av et samtidig fenomen i sin naturlige kontekst og dekker både fenomen og kontekst ut fra forventinger om at konteksten kan gi viktige forklarende variabler om fenomenet. Innføringa av samhandlingsreformen er et samtidig fenomen som studeres i fem kommuner i Vesterålen og tidsbegrenses til fra start av forberedelser og implementeringsfasen fram til høsten 2012. Det å velge alle kommunene skal gi et helhetlig bilde av regionen og gjør at jeg kan å finne likheter og forskjellige nyanser, og om mulig forklare disse. Endringa kan ikke studeres uavhengig av forhold i konteksten, noe som planlegges fanget opp gjennom valg av kontekst og teoretiske perspektiv. De teoretiske perspektivene har forskjellig innfallsvinkler til hva organisasjoner er og mulighetene for å styre og kontrollere endringsprosessene.

I casestudier kan en både bruke kvalitative og kvantitative undersøkelsesmetoder eller en kombinasjon. Metodene trenger ikke gi forskjellige resultat, men utgangspunkt for innsamling av data er forskjellig. Jeg skal undersøke få enheter, men vil prøve å gå i dybden og vil derfor benytte meg av kvalitative data. Fleksibiliteten i casestudier gjør det mulig å veksle mellom fasene i forskningsprosjektet (Jacobsen 2010: 66). Dette er forenlig med at kvalitativ metode har forholdsvis lite skille mellom planlegging, gjennomføring og analyse (Jacobsen 2010: 187). Vekslinga mellom helhet og deler kan gi ny innsikt i et fenomen, og ved å sette sammen data fra flere kilder kan en finne ”*mønstre, regularitet, spesielle avvik eller underliggende årsaker*” (Jacobsen 2010:185).

En ulempe ved case som strategi er at det er begrensede muligheter til å generalisere ut over studert case (Andersen 2010: 10). Også kvalitativ metode begrenser mulighetene for å utvikle teorier om en hel populasjon fra et mindre utvalg. I denne studien er målet å beskrive og forklare en endringsprosess, likheter og forskjeller mellom fem kommuner og om mulig forklare variasjoner. Generalisering gjøres for å synliggjøre relevans og forklaringskraften til de tre teoretiske perspektivene. Det teoretiske rammeverket setter studien i en større sammenheng, men valg av rammeverket kan også ha en begrensende effekt og former presentasjon av empirien.

Utvalg

Datagrunnlaget er innhentet gjennom intervju med sentrale deltakere i prosessene. Undersøkelsesenheterne er Andøy, Bø, Hadsel, Sortland og Øksnes kommune.

4.3 Avgrensinger

Undersøkelsesenheterne er de fem kommunene i Vesterålen. Prosjektet SIV i Vesterålen regionråd og det regionale samarbeidsorganet med Nordlandssykehuset RESO vil bli sett på i den grad det kan forklare det som er gjort. Jeg har valgt å ta med alle kommunene i Vesterålen. Det gir mulighet til å sammenligne fem organisasjoner som alle står ovenfor samme krav til endring av tidligere organisasjonsmønstre.

4.4. Datainnsamling

Data er innhentet gjennom strukturerte intervju. Intervjuguiden ble utformet av meg. Forespørsel om å få gjennomføre intervju ble sendt til rådmennene. I brevet ba jeg om å få

oppgitt kontaktperson. Intervjuene ble foretatt i september 2012. Jeg har gjennomført tre intervjuer i Sortland og ett i hver av de andre kommunene. I tillegg har jeg supplert første intervju med opplysninger fra andre informanter der det var nødvendig. Jeg har gjennomført åtte intervju. Under alle intervjuene ble samme intervjuguide brukt. Intervjuene ble innledet med en gjennomgang av spørsmålene knyttet til problemstillingen. For å få nøyaktig registrering av data ble intervjuene tatt opp på bånd. Intervjuene tok ca 1,5 timer. Uklarheter er fulgt opp med utdypende spørsmål.

4.5 Informanter

Seks av informantene har vært ansatt i sin kommune fra 11 til nesten 30 år, de to andre 2-3 år. Data fra Andøy har jeg fått fra prosjektleder for samhandlingsreformen som er plan/økonomisjef, supplert på to områder av leder av hjemmetjenesten. Begge har jobbet lenge i kommunen. Det samme gjelder informanten fra Bø kommune som er helse/sosialsjef og hovedansvarlig for reformen i Bø. Data fra Hadsel er gitt av sjef for helse- og omsorgssektoren som også har lang fartstid i kommunen og som har hatt ansvaret for innføringa av reformen. I Sortland var informantene leder for Helse/familie og koordinator for samhandlingsreformen, vikar for leder i Omsorg (med erfaring fra lederstillinger i omsorgssektoren) i Sortland og rådmannen som har bakgrunn fra lederstillinger i det offentlige. To av de tre informantene har jobbet lenge i kommunen, rådmannen ca to år. Data fra Øksnes er fra kommunalsjef for helse/omsorg og ansvarlig for innføringa i kommunen. Hun kom til Øksnes kommune høsten 2010, før det har hun vært ansatt i Helse Sørøst og i Nordlandssykehuset.

4.6 Validitet

Utforminga av intervjuguide var en større utfordring enn å få på plass informantene. Måten data samles inn på påvirker gyldigheten, *validiteten*, til studien (Jacobsen 2010: 141). Jeg vekslet mellom å lese litteratur, vurdere spørsmålene i problemstillinga og de forventede funn fra teorien og å se på andre intervjuguider. Målet var at jeg gjennom å veksle mellom teori og problemstilling, strategi og metode skulle få fram data som fanget inn hva som egentlig skjedde i forhold til forberedelser og operasjonaliseringen av mine teoretiske funn.

4.7. Reliabilitet

Reliabilitet er troverdighet og pålitelighet ved gjennomføringen, og at en skal komme fram til samme resultat om en gjentar undersøkelsen. "*Idealet er repliserbarhet*" (Jacobsen 2010:30)

noe som er en forutsetning for validitet (Jacobsen 2010: 141). Det som er avgjørende er om jeg gjennom valg av informanter og utforming av intervjuguide har gjort valg som vekker tillit. Inntrykket av informantene er at de har vært imøtekommende, ærlige og åpne i forhold å dele sine erfaringer. Forberedelsene og implementeringene lå så nært i tid at de fleste informantene husket det meste klart. Uvisshet kunne i stor grad oppklares i intervjuet.

Kapittel 5 Funn - disponering av data

Empirien skal gi svar på er hva som skjedde da samhandlingsreformen møtte kommunene i Vesterålen, hvor godt forberedt kommunene var og hvordan implementeringene gikk.

Funnene presenteres i disse to faser – forberedelser og implementering.

Kapittel 6: Da samhandlingsreformen kom til Andøy kommune

6.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen

De forsto i statsbudsjettet 2010 at kommunene kom til å få større ansvar for eldre og kronikerne og økte ressursene til rehabilitering ved sykehjemmet. Forberedelsene startet før reformen var vedtatt, og den ble litt annerledes enn informantene hadde tenkt.

Deltakelse og forberedelser før implementering, fram til 31.12.2011

Etter reformen var vedtatt deltok prosjektleder og økonomikonsulent på en konferanse om reformen i KS regi. Disse to ledet så en idedugnad hvor de delte det de visste og drøfta mål og nye oppgaver med ordfører, rådmann, enhetslederne, NAV, sykehjem, hjemmetjenesten, miljøarbeidstjenesten og helse. Ingen arbeidstakerorganisasjoner deltok.

Fra det rasjonelle perspektivet forventes at ledelsen ser behovene og initierer endringene. Rådmannen var den som formelt utpekte deltakerne til overordnet gruppe og til prosjektgrupper som skulle jobbe fram prosessplan og tiltak. I overordnet gruppe var prosjektleder, rådmannen, enhetslederne i helse og omsorg, NAV og økonomikonsulenten. Enhetslederne fikk ansvar egne prosjekt. Arbeidstakerne var representert på begge nivå. Legene var mer perifer, men ble holdt informert og utfordret til innspill i spørsmål som forebygging og å redusere bruk av sykehustjenester.

I prosessplanen, sist endret 21.8., drøftet de mål og nye oppgaver, samt konkrete tiltak og implementering. Helse/omsorg ble involvert i kartlegging og analyser. I september var det informasjons- og arbeidsmøter, der deltok fastlegene og arbeidstakerorganisasjonene. Planen har fokus på det å ta imot utskrivningsklare pasienter, planlegge koordinerende enhet og tiltak for å begrense bruk av sykehustjenester og fikk kommunestyrets tilslutning i oktober 2011. I februar 2012 vedtok kommunestyret hvordan reformen skal følges opp.

Av politikerne var ordføreren mest involvert, administrasjonen holdt formannskap og kommunestyret orientert. Prosjektleder deltok regionalt i prosjektgruppa i SIV og sammen med enhetslederne i møte som Nordlandssykehuset holdt for kommunene. Regionale fagfora, som helse- og sosiallederfora diskuterte tema i reformen. Det ble informert på kommunens hjemmeside og i lag og foreninger. Høsten 2011 hadde Andøyposten en informasjonsserie med fokus på reformen og intervju med enhetslederne.

Tiltak for utskrivningsklare pasienter, koordinerende enhet, rutiner og prosedyrer

De hadde i 2010/11 store utfordringer med mange overliggere. For kommunens to sykehjem konkluderte prosjektarbeidet med utvidelse med 4 plasser på Åse. De manglet ressurser til permanente tiltak på Andenes helsesenter, men planla bruk av 3 rom i omsorgsbolig med høy bemanning. Lokalene er tilpasset og brukes til ekstra skjerming for psykisk syke, og pr i dag vet de ikke når disse kan frigjøres.

Koordinerende enhet ble i 2012 etablert i Helse og familie, med sektorlederen som leder og hvor enhetslederne for hjemmetjenesten, sykehjem, miljøarbeidertjenesten og NAV deltar. De har nå en adresse for sykehuset, brukere, pårørende og andre med for behov for tjenester. De møtes ukentlig og ved behov. Enhetslederen har styringsrett og kan ved behov opprette koordinator på tvers av sektorene. Prosedyrer for utskriving av pasienter er etablert og kryptert faks erstattet med et nytt telefonnummer kun til disse meldingene.

Tiltak for å begrense bruk av sykehustjeneste og anskaffelse av utstyr

De har mulighet til å ta inn pasienter til observasjon. Kommunestyret behandler i høst sak om stilling til folkehelse/ friskliv, som er et tilbud hvor lege kan henvise pasienter med behov for å endre livsstil. Utstyr for å takle nye pasienter og nye behov er anskaffet til Åse sykehjem og til Andenes helsesenter og legekantoret. Arbeidet med avtalene med Nordlandssykehuset startet i regionrådets regi i 2011 og fortsatte i 2012. Prosjektleder fra Andøy deltok.

6.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012

Tjenesteavtaler, kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter

SIV gjorde et grundig arbeid med avtalene, men overleveringa til RESO, som forhandlet, ble ikke god. Sykehuset avviste det kommunene foreslo. Helseforetaket la fram siste utkast 1,5 døgn før forhandlingene. Forhandlingsutvalget kjente ikke avtaleteksten så godt at de så at der var gjort viktige endringer. Tre av fire avtaler ble underskrevet i februar. I kommunestyret ble avtalene for utskrivningsklare pasienter ikke godkjent. Pr 1.7. ble 6 av 8 ikke godkjent – dette jobbes det fortsatt med.

Tiltak for å redusere innleggelse i sykehus er observasjon og litt behandling. Gulrota er at reduksjon sykehustjenester skal gi besparelser, men omfanget påvirkes og av ventelister. Plass og ressurser gjør at Andøy kommune ønsker akutt seng i regi av den interkommunale legevakta.

Etablering av rom til utskrivningsklare pasienter krever bruk av ekstrahjelp, omfang og kostnadene vil erfaringer fra 2012 gi. Utvidelse av rom på Åse ble satt i verk før 2012, det formelle vedtaket kom i februar. De har satt av 3 rom med 5 senger og 2 øremerket kortidsplasser og det var stor usikkerhet mht hvordan pasientgruppa ville endre seg. De har hatt overliggere i forskjellige kategorier og de har kapasitetsproblemer. Tilstanden vurderes og pasienten sluses dit det er praktisk mulig. Til nå har de hatt 30 i kortidsopphold og et stort overforbruk av helsepersonell. Merforbruk i omsorgsboliger har de ikke hatt før. Reduksjonen i antall overligger fra tidligere år ser de på som en bragd, i år har de betalt for 70 døgn. Målet er å ta imot pasienten fra dag en. Personalet var gira for jobben, men de ser utfordring med å holde motivasjonen oppe.

Kommunen opplever at sykehuset tar litt for lite ansvar. Sykehuset ringer ved innleggelse og forventer at kommunen skal etterspørre hvordan det går. De opplever og ulike forventninger, som i forhold til tidligmelding: *”det står i loven at det er et krav til sykehuset at de skal ringe og anslå når pasienten er utskrivningsklar – og det skjer i veldig liten grad – så å si ikke! Nordlandssykehuset skal melde innen 24 timer etter innleggelse – og da ringer de, for ellers kan de ikke få betaling. Men melding om forventet forløp greier de ikke å overholde – jeg skjønner det er vanskelig, men det er et lovkrav. De gir beskjed når pasienten er ferdigbehandlet.”*

Forebygging

Som forebyggende tiltak har de planlagt frisklivsentral¹ og folkehelsekoordinator. Tilbud for dem med kols og kreft og et diabetesteam mangler. De har helsestasjon for unge, ikke for eldre, men har et godt tilbud på demens. Kravet i folkehelseloven om at helse og forebyggende skal ivaretas i alt planarbeid og i alle sektorene er en utfordring. Informanten videreutdanner seg for å lære mer implementering av forebygging og helsefremming i det totale planarbeide. Helseprofiler og statistikk er brukt i prosessen med samhandlingsreformen og i budsjettarbeid og øker fokus på tiltak som fremmer helse. Overordnet planstrategi utredes og helse/omsorgsplanen som er fra 1985 anbefaler rådmannen revidert. Kommunalt lærings- og mestringssenter kan kanskje løses i kommunen.

Kompetanse

¹ Tilbud for endring av levevaner og forebygging av sykdom

Andøy har ikke gjort endringer i medisinsk faglig kompetanse, som styrking av legetjenesten eller tilsynslege. Behov for videreutdanning i kreftsykepleie, smertestillende og palliativ pleie og for diabetessykepleie forebygging og behandling er lagt inn i kompetanseplanen, men de har hittil ikke hatt råd å få tilført kompetansen. En bevisst strategi for å fange opp kunnskapen som skapes i endringsprosesser har de ikke. Kunnskapsutveksling skjer i enhetene, i avdelingene, mellom enhetene i koordinerende enhet, i RKK² og andre regionale fagfora. Ledelsen for sykehjemmet og hjemmesykepleien jobber tett. Alle sektorene og to rådgivere møtes i rådmannens ledergruppe hvor samhandlingsreformen har vært tema og prosjektleder har informert.

Organisatoriske forhold, ledelsesmessige grep, kultur

Organisasjonen har forberedt endringene og de har et tettere samarbeid mellom sykepleiere i sykehjem og i hjemmetjenesten. Prosjektleder har ikke kunnskap om at de har endret på eller skjerpert ansvarsfordelingen mellom ulike ledere, men rollene for enhetsleder ble endret da koordinerende enhet ble etablert. Før var det inntaksmøter som fordelte tjenester og der deltok ikke enhetsleder for helse/familie og NAV. Koordinerende enhet kan være et grep for helhetstenking, som med strukturen med enheter har vært en utfordring. Reformen påvirker organisasjonskulturen fordi den krever fokus på hvilke muligheter de rammene de har gir for økt behandling og for å begrense bruk av sykehus tjenester. Samtidig må de tenke på hva som er best for pasienten. Reformen har skjerpert ansvaret for å sikre gode overganger mellom sykehus og kommunen for kronikere og de som har hatt et omfattende tjenestebehov.

Oppgaver som kan løses i regional regi

Akutt seng kan løses på regionalt nivå. De har ikke diskutert lokalmedisinske senter, som er mer enn akutt seng og øyeblikkelig hjelp. Andøy har vært tro mot sykehuset og å ta tjenester derfra har ikke vært tema. De har kunnskap om etablering av senter i Lenvik i Troms, som kanskje har litt lengre vei til sykehus. Forebyggende arbeid må gjøres i egen kommune. Noe kan kommunene samarbeide om. *”Men regningene fra sykehuset må vi betale selv. For at pasientene skal få bedre kvalitet enn på sykehus må de komme nært heimen – og for eksempel ikke frakte fra Stokmarknes til Bø”*.

6.3. Endringsprosesser og læring

² Vesterålen regionale kompetansekontor

Arbeidet med reformen har bekreftet at for å lykkes i implementering må man ha en plan for gjennomføring og involvering. Tillitsvalgte var opptatt av økt bemanning, spesielt for sykehjemmet på Åse som fikk flere pasienter.

Etter dette måtte de vente og redusere usikkerhet gjennom erfaring. Sykepleierforbundet var skeptiske til at pasientene skulle tidlig ut, men så at det ville bli spennende med nye oppgaver og utfordringer i sykehjem og hjemmetjenesten. De største utfordringene er det å ta imot utskrivningsklare pasienter og at det følger så lite penger med. Utfordringene er både fysiske rom og personell – og dette gjør at de ikke kan ta imot alle og har overforbruk på personell. Kunnskapen om hvordan det går med utskrivningsklare pasienter er vesentlig. Reformen er fulgt opp i hjemmetjenesten, men ikke med plan og systematisk utover økonomirapportering. Prosjektgruppa har ikke hatt møter etter iverksettelsen. De planlegger evaluering i høst.

Kapittel 7.0: Da samhandlingsreformen kom til Bø kommune

7.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen

I organisasjonen ser ansatte framover og mange av oppgavene var utredet før reformen var vedtatt. Forsterka sykehjem, lokalmedisinsk senter og funksjonene i akuttseng har de jobbet med fra 2009.

Deltakelse og forberedelser før implementering, fram til 31.12.2011

Forberedelsene starta i 2011 med forebyggende tiltak, 0,5 årsverk folkehelsekoordinator, akutt plass og utredning av øyeblikkelig hjelp. De etablerte ikke prosjektorganisasjon og har bare hatt prosjekt for akutt plass. Alle kommuner skal ha et helseutvalg. Bø har oppretta, men ikke brukt helseutvalget i arbeidet med reformen.

Fra det naturlige perspektivet forventes at ledelsen ivaretar at de som skal utføre oppgavene deltar. I Bø var oppfatninga at reformen kunne takles i linja. Ansvar for forberedelsene hadde kommunalsjefen, i tillegg deltok sjefen for pleie/omsorg, kommunelege og sykehjemslegen, som var sentral i arbeidet akuttplasser og forberedelsene til utskrivingsklare pasienter. De ansatte ble involvert på sine arbeidsplasser og de tillitsvalgte i de faste møtepunktene. Både rådmannen og ordføreren har vært aktive. I rådmannens ledergruppe har reformen i liten grad vært tema. De har hatt saker til politisk nivå, som stillingen folkehelsekoordinator. De ble informert gjennom eksisterende kanaler, som til kommunestyret og formannskap. På politisk nivå har ordføreren vært mest involvert. Kommunen har ikke utarbeidet en egen plan for fasene i reformen. I 2012 er det medfinansiering og utskrivingsklare pasienter som løper og løses fortløpende. Videre er akutt plass etablert, og folkehelsekoordinator ansatt. *”Vi har gjort det som er sagt skal gjøres – kjenner ikke til at det er noen pålegg vi ikke har gjort”*. Kommunalsjefen har vært aktiv og deltatt i flere møter nasjonalt, fylkesnivå, interkommunalt. Dette for å holde seg oppdatert. Regionalt ble RESO etablert, men det har ikke vært behov for å bruke dette. SIV var rådgivere for kommunerepresentantene i RESO da tjenesteavtalene, som er skjæringspunktet og regulerer forholdet mellom sykehuset og kommunene, ble behandlet. Tjenesteavtalene ble like for alle fem kommunene i Vesterålen.

Tiltak for utskrivningsklare pasienter, koordinerende enhet, rutiner og prosedyrer

Planene om nedlegging av åtte langtidsplasser, ble reversert. Endringene ble størst i sykehjemmet med omdefinering av langtids- til korttidsplasser, noe som har økt presset på langtids plassene. De har en koordinerende enhet med enhetslederne, sykehjemslegen og kommunalsjef. Det viktigste organet er tiltaksmøte som fungerer som et tjenestekontor. I ukentlige møter tildeles alle tjenestene. I arbeidet med tjenestavtalene ble rutiner og prosedyrer gjennomgått. De erfarte at måten de har taklet oppgavene på kunne videreføres og at det har ikke vært behov for endringer eller å lage nye.

Tiltak for å begrense bruk av sykehus tjenester og anskaffelse av utstyr

Med prosjektmidler utredet de i 2010 sammen med Nordlandssykehuset tiltak for å redusere bruk av sykehus tjenester, etablering av intermedieæravdeling på sykehjemmet. Behov for utstyr, helsefaglig kompetanse, rutiner, prosedyrer og endring av lokaler ble beskrevet. Akutt plassen ble etablert, nødvendig utstyr anskaffet og driften startet i november 2011.

7.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012

Tjenesteaftaler, kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter

Tjenesteaftalene kom på plass 1.2. og 1.7. Basert på innleggingsrate i perioden 2009-2011 beregnet de for 2012 et overskudd på ca 1 mill kr, nå justert ned til 0,5. Bø har i 2012 flere enn vanlig på sykehus, men de vet ikke hvorfor. Kommunen har ikke betalt for utskrivningsklare pasienter, til tross for at de hadde noen tidligere. Endringa av fristen fra 10 døgn til nå samme døgn var en stor omstilling. Presset på sykehjemmet ble større enn det de hadde trodd. Tiltaksmøte fungerer som tjenestekontor og handterer meldingene fra sykehuset i linjeorganisasjon. De har etablert 0,5 årsverk sykehjemslege og etableringen gjør dem bedre i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter, men styrkinga kom uavhengig av samhandlingsreformen. Det de har fortsatt størst behov for er korttidsplasser.

Forebygging

For å ivareta ansvaret for folkehelse ansatte de 0,5 årsverk koordinator. For reformens intensjoner om forebygging er refleksjonen at: "Staten sier at dette er en reform med satsing på forebygging. I reformen er det ingen midler til forebygging, men til den kurative delen. Det er kun avsatt 270 mill sentralt, men dette kunne de ha spart seg. Mangel på midler gjør at det ikke vil komme noe ut av dette." De har helsestasjonstilbud for barn og unge. Tilbudet til

ungdom utvides i samarbeid med ungdomsklubben. De har også diabetessykepleier, demensteam, kreftsykepleier og psykiatritilbud.

Kompetanse

Medisinsk faglig kompetanse er endret ved omdefinering av arbeidsområde til sykehjemslegen. Uavhengig av reformen tar flere ansatte annen helsefaglig kompetanse, 8 -10 tar forskjellig høgskoleutdanning og 5 - 6 videreutdanning. Kommunelegen oppdaterer seg på samfunnsmedisin. Folkehelsekoordinator som har sagt opp må erstattes. Kunnskapsutveksling skjer i avdelingsmøter, tiltaksmøte og i prosjektgrupper rundt spesielle oppgaver og i ulike interkommunale fagfora. De har ikke forskning og utvikling med utdanningsinstitusjoner.

Organisatoriske forhold, ledelsesmessige grep, kultur

Reformen er taklet i linja. De har ikke hatt behov for organisatoriske grep eller å endre eller skjerpe ansvarsfordelingen mellom ledere. Folkehelse utfordrer organisasjonskulturen. Det er behov for endring av bevissthet når det som lå på kommunelegen nå skal gjennomsyre hele organisasjonen og all planlegging. Lærings- og mesteringsenter har de ikke hatt fokus på.

Oppgaver som kan løses i regional regi

Miljøretta helsevern er en oppgave som kan løses regionalt. Dette har det vært jobbet med en tid, men er ikke avklart pga politisk motstand og vokting av revir. Sekretariatet utreder akuttseng, men Bø har løst dette lokalt.

7.3. Endringsprosesser og læring

I samhandlingsreformen ser de at helseforetakene og kommunene ikke er likeverdige parter og at foretakene har større ressurser til rådighet og kan styre kommunene. Gjennom arbeidet med tjenesteavtaler har de fått mer kunnskap om det statlige sykehuset. I en tidlig fase trodde de at de kunne selge tjenester i forbindelse med akuttplasser til de andre kommunene, fordi Bø var tidlig ute og har kapasitet. Det de erfarte var at terskelen for å kjøpe tjenester i Bø er veldig høy. Derfor har de ikke lenger tro på at kommunene med de oppgavene som til nå er presentert, som en følge av reformen skal selge tjenester til hverandre.

Kapittel 8.0: Da samhandlingsreformen kom til Hadsel kommune

8.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen

Deltakelse og forberedelser før implementering, fram til 31.12.2011

Initiativ til søknad om midler til ei regional stilling var noe av det første som ble gjort. I kommunen startet forberedelsene sommeren 2011. Fra det institusjonelle perspektivet forventes at det å bevare legitimitet og overleve er det sentrale. Sektoren helse og omsorg omorganiserte i 2009 og har fire enheter. institusjon, helse, hjemmetjeneste og miljøarbeidertjeneste. Tjenestekontoret er ei dør inn for brukere, pårørende, sykehus og andre samarbeidspartnere. I juni 2010 vedtok de helseplan som omfatter oppgaver i samhandlingsreformen. Planen gir retning og bygger på tjenester på laveste omsorgsnivå, forebygging og styrking av rehabiliteringssida. Reformen førte til forsering i utbygging av korttidsplasser.

Forberedelsen ble preget av utskiftninger av enhetsledere og vakant kommuneoverlege. Med fokus på utskrivingsklare pasienter, medfinansiering, forebygging og folkehelse etablerte de prosjektgrupper. I starten var rådmannen, kommunalsjef og enhetsleder for institusjon mest involvert. Sistnevnte ledet prosjekt for korttidsplasser. Enhetslederne, leger og ansatte fra sykehjemmet deltar prosjekt med forbygging, behandling og styrket rehabilitering. De har lagt funksjonen folkehelsekoordinator med fokus på forebygging til ei eksisterende stilling..

Samarbeidet med tillitsvalgte har vært i drøftingsmøtene. Kommunalsjefen får informasjon via enhetslederne. Ansatte som jobber der korttidsplassene blir har diskutert tiltakene, men kommunalsjefen har ikke hørt noe fra de andre avdelingene. Initiativet til regionalt prosjekt kom fra behovet for å ha ressurser til å sette seg inn i reformen og ta kunnskapen tilbake til Vesterålen. I SIV har helse/sosiallederne deltatt. For akuttplassen er det seks alternativer, lokalisering til interkommunal legevakt anbefales og Hadsel vil selge inn argumenter for et tilbud i regional regi. Det er snakk om arbeidsplasser og de opplever at Bø er sår for manglende interesse for lokalisering i Bø. *"Korttidsplasser, akuttsplasser skal de være på en plass – eller skal de spres - dette et lite minefelt – der er saka ikke avgjort"*.

Tiltak for utskrivningsklare pasienter, koordinerende enhet, rutiner og prosedyrer

Kortidsavdeling med 8 plasser er planlagt på Stokmarknes sykehjem. Sykehjemmet på Melbu er styrket med ei nattevaktstilling. I 2013 utvides kommunelegestillinga. Tjenestekontoret ble

forberedt til samhandling med sykehuset og ny frist for utskrivningsklare pasienter. Nye rutiner er etablert samhandling og meldinger for brukere av kommunale tjenester.

Tiltak for å begrense bruk av sykehustjeneste og anskaffelse av utstyr

For å begrense bruk av sykehustjenester er det behov for å øke fysioterapitjenestene og legebemanningen ved kortidsavdelinga. Avdelinga må utvides dersom de skal behandle flere og ha akutt plassene. Der er behov for laboratorieutstyr til sykehjemmet. Sammen med de privatpraktiserende og de kommunale legene jobber de med faglig skjønn og vurdering. Dette blir en prioritert oppgave for kommunelegen. Tjenesteavtalene ble forhandlet i regional regi.

8.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012

Om status sier kommunalsjefen: *”Vi er i prosessen ennå – vi gikk inn i dette med nesten bare spørsmål – og så var vi innstilt på at dette må vi ta på sparket underveis.”*

Tjenesteavtaler, kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter

Det regionale arbeidet med tjenesteavtalene har vært sentrert rundt utskrivningsprosedyrer. Det ble protestert på at sykehuset kunne skrive ut døgnet rundt og fra sentralt hold kom forslag om utskrivning på dagtid. Hadsel har vedtatt alle tjenesteavtalene. For medfinansiering har de vurdert hvilke pasienter kommunen skal behandle og hva vil dette krever av beredskap, plasser og utstyr. For at legene skal få til mer behandling må de også takle forventninger i befolkningen skapt av nærhet til sykehuset. *”Vi er vertskommune til et sykehus noe som har skapt en spesiell praksis, også kalt Reitgerde-effekten”*. Helseforetakene og kommunen har forskjellig agenda, foretakene tenker strategisk og kommunene må være med å betale. Det har tatt tid å bygge om til kortidsavdeling. På tjenestekontoret fungerer rutine for utskrivningsklare pasienter. Her har de oversikt og status på ledige plasser og oppdaterer kommunalsjefen. I første kvartal har de betalt for 20 døgn, men siden mars har de tatt imot alle. Til samarbeidet brukes etablerte fora fordi det er tradisjon for samarbeid og gode relasjoner til det lokale sykehuset. *”Er der misnøye tas dette opp, vi vifter ikke med avtalene – de får hvile til vi må stå hardt mot hardt.”*

Forebygging

Reformen krever innsats på mange arenaer samtidig. Hadsel har en stor andel eldre. De har utfordringer og jobber i forhold til forebygging, trening, det å være sosial og at ungdom ikke ruser seg. Forventningene om manglende finansiering av forebygging ble innfridd.

Folkehelsekoordinator og kommunelegen kan få ansvar for dette med forebygging. I tillegg til helsestasjonen har de jobbet forebyggende før reformen med de som har vært på sykehus og i fengsel, og gjennom samarbeid med pårørende i psykiatrien har de fått folk ut av isolasjon. De prøver i 2012 ut et forebyggende tiltak til eldre som når fyller 75 år får tilbud om informasjon og sjekk av person og bolig. Hensikten er bevisstgjøring og hjelp til å planlegge alderdommen. Framover skal kommunen i større grad ha fingeren på pulsen til befolkninga og gjennom helseprofiler skal en få til målrettet innsats og prioritering.

Kompetanse

Sykehuset har et ansvar for å gi kommunene oppdatering og det er viktig med gjensidig hospitering. Ofte oppleves forutinntatte pasienter fordi sykehusets lege eller sykepleier har sagt noe om hva som skal skje etter utskrivning. Kommunen har ansvaret for interkommunal legevakt og kommunelegen skjermes derfor for kurativ praksis. Reformen har satt nye krav til kapasitet på fagledelse. Hadsel har slitt med turnover blant legene, men nå søker unge leger fra kommunen seg hjem. De siste årene har tre assistenter og sykepleiere økt kompetansen i diabetes, stomi, kols og palliativ kreftsykepleie. De har krefteam og de etablerer diabetessykepleier på legekantor. Der er behov for kunnskap om kols i sykehjem og hjemmetjenesten. I 2013 oppdateres ansatte på kortidsavdelinga. Kommunalsjefen oppfordrer ansatte til å søke kunnskap i endringsprosesser, være tilstede på møteplasser og ta utdanning. I kommunehelsetjenesten og pleie/omsorg er det ikke kultur for forskning. De ser behov, er positive til og vil legge til rette for forskning. Viktige arenaer for kunnskapsutvekslingen er avdelingsledermøtene, enhetsledermøtene og regionalt i faglederfora. For lærings- og mestringssenter vurderes det om de kan basere seg på det senteret som sykehuset har.

Organisatoriske forhold, ledelsesmessige grep, kultur

Etter ny organisering i 2009 er det ikke gjort endringer i ansvarsfordelingen eller tatt ledelsesmessige grep. Enhetsledernes ansvar for å løse problemene sammen er skjerpet. Får å kunne jobbe på tvers er koordinator i folkehelsearbeid underlagt rådmannen. Akutt plassenes lokalisering vil kreve organisatoriske endringer. Vakante lederstillingen skal fylles, som leder for kortidsavdelingen. Denne avdelinga skal etableres og bemannes. Omsorgstjenestene endres – med opptrening og tilbakeføring til heimen. Kulturen påvirkes av at her trengs en metodikk for å få folk på beina og heim, som er forskjellig fra det å få til trivsel på ei avdeling resten av livet. Alle sektorene er brikker i det å få et sunnere samfunn og det er krav om at forebygging skal være med i all kommunal planlegging.

Oppgaver i regional regi

Å løse akutt plasser regionalt gir bedre kvalitet og knyttet til interkommunal legevakt best bruk av ressursene, for det er for langt til Bø. Regionalt er det to nivå, rådmennene og ordførere, kunnskapen om det som skjer er større administrativt enn den er politisk.

8.3. Endringsprosesser og læring

Det å ha vært med på mange reformer gjør at Samhandlingsreformen ikke har tilført noe spesielt. De var negative til medfinansieringa. Dette har endret seg litt, men de frykter påvirkningen på den kommunale økonomien. Med psykiatrien på tur så er de skeptisk avventende. Samhandlingen med sykehuset lokalt har gått bedre enn forventet. Det har vært greie reaksjoner blant de ansatte. Sektoren har ikke fått tilført nye stillinger. Hjelpepleiere er erstattet med sykepleiere og her har de hatt diskusjoner og har opplevd forståelse for endring i kompetansebehovet. Arenaene de hadde fra før brukes til oppfølging. Kommunestyret får regelmessig rapportering på forhold rundt samhandlingsreformen, som korttidsavdelinga.

Kapittel 9.0: Da samhandlingsreformen kom til Sortland kommune

9.1. Hvordan forberedte kommunen innføringa av samhandlingsreformen

Deltakelse og forberedelser før implementering, fram til 31.12.2011

Med inntrykk fra de to siste årene opplevde rådmannen at forberedelsene i Sortland kommune hadde startet tidlig. I Helse/Omsorg ble overskudd fra 2009 i de to påfølgende år brukt til kompetanseheving rettet mot samhandlingsreformen for 20-25 ansatte. Sykepleiere og hjelpepleiere spesialiserte seg på hjerte og lungesyke, kreftomsorg, eldre og aldring og miljøterapeutiske tiltak. I 2010 søkte de sammen med Hadsel om regionale prosjektmidler.

Kommunalsjef for omsorg deltok på arenaer som ga kompetanse på reformen, og ble i 2011 regional prosjektleder. Rådmannen pekte ut intern koordinator og leder for plangruppe. Samarbeid mellom Omsorg og Helse og familie var tett. Strukturert arbeid startet sommeren 2011 med Helseplanen. I tverrfaglig arbeidsgruppe deltok en brukerrepresentant og mellomlederne i Omsorg og samhandlingsreformen var fast punkt i møtene. Enhetslederne delegerte oppgaver og jobbet praktisk for å få ting på plass. Der var behov for endring i institusjon i forhold til kortidsopphold. Tillitsvalgte har ikke vært med på toppledernivå, men forberedelsene har gått uten registrerte konflikter. De har informert rådmannen og politikerne i driftsutvalget. Alle politikerne har vært opptatt av økonomien og om tildelt ramme holder. Men som en uttrykker *"politikkerne er mer opptatt av gatelys i skolekvartalet og veikryss, som har fått mer oppmerksomhet enn Samhandlingsreformen"*. I en tidlig fase ble ansatte i helsesektoren informert og dette er fulgt opp underveis i etablerte fellesmøter og personalmøter. Man forberedte seg til å jobbe på en annen måte. Det var stor interesse og et informasjonsmøte tidlig i 2012 trakk fulle hus. Der understreket man Samhandlingsreformens betydning for og ledelsens ønske om fleksibilitet i organisasjon. Ordføreren har vært i RESO. Rådmannen har deltatt i regionrådet på operativt nivå, i rådmanns- og i arbeidsutvalget, med felles satsing på oppgaver knyttet til reformen i Vesterålen. Samhandlingsreformen har vært tema i regionalt helse/omsorgsforum.

Tiltak for utskrivningsklare pasienter, koordinerende enhet, rutiner og prosedyrer

Kortidsavdelinga ble styrket med 2,2, årsverk til sykepleie, som turnusteknisk ble knytta til kortidsavdelinga, men planlagt brukt der behovet er størst. Stilling som sykehjemslege ble endret og økt, og seks rom utstyrt og klargjort til dobbeltrom. Mottak av utskrivningsklare

pasienter forberedte de ved at sykehjemmet alt fra 2010 tok ut fra sykehuset tidligere enn 10 dager. Avtalen var at sykehuset kunne ringe ved krise og at kommunen skulle ta imot så fort de kunne. I ukentlige tiltaksmøter tildeler de alle tjenestene og avklarer mottak av utskrivningsklare pasienter. De erfarte at de fikk økt behov for sykepleiekompetanse også i hjemmetjenesten fordi pasientene utskrives tidligere. Tjenestekontor med koordinerende enhet funksjon ble planlagt opprettet i august 2012, med gradvis innfasing. Leder for kortidsavdelinga fikk hovedansvaret for kontakten med sykehuset. De har jobbet med rutiner for å unngå svikt i forhold til meldinger om utskrivningsklare pasienter og telefon som kun brukes til meldinger opp mot sykehuset er etablert. For kortidsavdelinga har de laget skjema hvor de har forberedt hva det skal spørres om. Elektronisk meldingsutveksling er klargjort, men sykehuset er ikke i drift. De anskaffet utstyr til sykehjemmets laboratorium for å kunne ta flere prøver og sykepleieteknisk utstyr som blærescanner og hjertestarter.

9.2 Hva har skjedd etter 1.1. 2012

Som eneste kommunen i Vesterålen budsjetterte de ikke alt de fikk, til reformen, resten ”*det har de brukt til å asfaltere Strandgata*”.

Tjenesteavtaler, kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter

Tjenesteavtalene ble underskrevet innen fristene. De skal behandle flere, men legene kan ikke være uansvarlige og de som legene ikke kan diagnostisere må på sykehuset. Det at pasientene kommer tidligere hjem øker behovet for sykepleiekompetansen i hjemmetjenestene. Når kommunene tar unna kan sykehuset redusere ventelistene og da akkumuleres omsorgsbehov i kommunene, som opptrening og oppfølging etter operasjoner. Kortidsavdelinga er styrket. Bruk av dobbeltrom er ikke problemfritt. Forberedelser til mottak av utskrivningsklare pasienter har virket. Tjenestekontor ble oppretta 1.8.12. Der ligger koordinerende enhet som har ansvaret for fordeling av alle tjenestene. Ny helse/omsorgsplan for de neste fire år ferdigstilles i 2012, og helseprofiler, statistikk og fremskriving av demografisk utvikling sammenholdes med kapasiteten til helse/omsorg og dimensjonering av omsorgstrappa.

Forebygging

I 2005 ble kommunen partnerkommunen med Nordland fylkeskommune, og har 0,3 årsverk folkehelsekoordinator. Reformens intensjoner om forebygging er utfordrende når kommuneøkonomien er vanskelig og effekten sees om 10-20 år. Forebygging og medfinansiering henger sammen, men det de gjør er ikke nok til at det merkes i forhold til

hjerterpasienter og diabetikere. Helsestasjonen for unge er et tilbud de har sammen med Øksnes kommune. Nå jobber de med forebyggende tiltak eldre, som ved fylte 75 får tilbud om hjemmebesøk med informasjon og kartlegging av behov for endringer mens de ennå er friske.

Kompetanse

Endringer i medisinsk faglig kompetanse er 0,5 årsverk sykehjemslege og oppdatering av sykepleiere og hjelpepleiere. Sammen med Vestvågøy deltar kommunen i et prosjekt som forsker på hvorvidt hjemmetjenestene ytes i henhold til eller forskjellig fra vedtak. Dette er kunnskap som er viktig for tjenestekontoret som fatter vedtakene og for de som utøver tjenestene. *”utøvende skal utøve ut fra vedtak og ikke fra snillisme”*. Kommunen har ikke strategi for å fange opp kunnskap om endringsprosesser. Utveksling av kunnskap i reformen skjer på etablerte arena, i avdelingsledermøtene i Omsorg, i rådmannens ledergruppe og mellom kommunene i helse/sosiallederforum og nettverksgrupper. Kommunenes ansvar for lærings- og mesteringsenter sees på regionalt.

Organisatoriske forhold, ledelsesmessige grep, kultur

Gjennom faget er helsepersonell utdannet til omsorgspersoner, og det utfordrer det å sette grenser. Det er vanskelig å få ansatte til å forstå hva de må gjøre, når det som brukerne har rett til faglig og det de ønsker kan være to forskjellige ting. Behov for tjenester skal defineres på et faglig grunnlag – og utføres. Tidligere har de sagt at det å gjøre det lille ekstra, ikke kostet så mye, men nå skal de ikke gjøre det. Dette gjør noe med personalet og det må utarbeide rutiner for likt skjønn.

Oppgaver i regional regi

SIV utreder det som kan løses regionalt og det foreligger forslag til etablering av akutt plasser. Sortland har etablert et tilbud, men informanten ser at regional løsning tvinger seg fram, fordi ingen kommuner har råd til et eget vaktssystem for legene.

9.3. Endringsprosesser og læring

Informanten sier at arbeidet med tjenesteavtalene har vært utfordrende. Det oppleves overraskende at så mange så fort har greid oppgaven med å ta i mot utskrivningsklare pasienter og at et vedtak var nok til å klare det kommunene har prøvd i 15 år. Gjennom alt det praktiske de har gjort som utdanning og innkjøp av utstyr er ansatte engasjert på alle nivå og

disse gikk inn for oppgaven. utfordringa er å greie bevare gløden når trykket øker på tjenestene. Ambisjonen om å få statlige midler til øyeblikkelig hjelp funksjonen ble ikke oppfylt. Funksjonen er etablert og de driver den veldig bra, men helseforetaket godkjente ikke planlagt bruk av interkommunal legevakt, det måtte være kommunalt legetilsyn hele døgnet. Samhandlingsreformen følges opp i tiltaksmøte hvor enhetslederne møtes ukentlig og følger prosess og behov for tjenester. Politikere som er opptatt av bruk av dobbeltrom, betaling til sykehuset, oppdateres. Samhandlingsreformen evalueres først etter ett års drift.

Kapittel 10.0: Da samhandlingsreformen kom til Øksnes kommune

10.1 Hvordan kommunen forberedte innføringa av samhandlingsreformen

Fra helseforetaket kjente lederen prinsippene i reformen, men ikke detaljene. De hadde heftige rådslag i budsjettprosessen høsten 2010 hvor de brukte enhetsledernes kompetanse.

Deltakelse og forberedelser før implementering, fram til 31.12.2011

Etter å ha skaffet seg oversikt over reformen var enhetslederne mest opptatt av akutt plasser. Rollen til kommunalsjefen ble å få til sortering og se hvor de skulle starte. Et bredt sammensatt SR-team³ ledet av kommunalsjefen ble etablert. I teamet deltok de fem enhetslederne i helse og omsorg, tillitsvalgte fra tre forbund, hovedtillitsvalgt, verneombud og rådene for psykisk syke og for eldre. De dannet flere prosjekt, en av enhetslederne ledet et for elektronisk meldingssystem. Budsjettprosessen høsten 2011 brukte de til kartlegging av behov og til å se på hvilke politiske vedtak de trengte. I SR-teamet drøftet de tiltak, forberedte organisasjonen på endringer og utvekslet informasjon underveis. Politisk nivå ble orientert om behov for ny struktur på de to sykehjemmene og for å rydde plass til korttidsplasser. Informasjonsbehov var stort. I tett samspill laget kommunalsjef og enhetslederne informasjonsmateriell. De informerte til politisk nivå, tverrsektorielt og i pensjonistforening og i eldreråd. Grundige forberedelser med bred forankring og rom for tilbakemeldinger på endringsarbeidet underveis har vært bra. Kommunalsjefen understreker at dette ” *har gjort meg i stand til å holde administrasjonen og strategisk ledelse informert og oppdatert – det har også vært min rolle – og holde ballen i gang.*” Interkommunalt har de deltatt i SIV i behandling av tjenesteavtalene. De har hatt stort utbytte av å kommunisere og dele erfaringer i arbeidsgruppa og i helse/sosiallederforum, hvor samhandlingsreformen og tematikk rundt den har vært fast punkt i møtene.

10.2 Hva kom ut av forberedelsene

Tiltak for utskrivningsklare pasienter, koordinerende enhet, rutiner og prosedyrer

Til utskrivningsklare pasienter ble langtidsplasser gjort om til fire korttidsplasser og to som er fleksible, korttid eller avlastning avhengig av behov. Hjemmetjenesten får ei tyngre gruppe og nye oppgaver som rehabilitering og er styrket ved at de har beholdt ressurser. Koordinering ble planlagt gjennom tjenestekontor, som er ei dør inn for brukere, pårørende og

³ Samhandlingsreformteam

samarbeidspartnere i forhold til omsorgstjenester. Tjenestekontoret har to ansatte og rutiner og prosedyrer er skjerpet og tydeliggjort. ”Det handler om myndighet og – rett og slett nye veier inn i institusjon og hvem som gjør hva.” For å begrense sykehus tjenester har kommunen satset på kompetanse, utstyr (telemedisin) og økt fokus på nye roller i hele organisasjonen. Legekantoret har fått utstyr for å kunne ta flere prøver og tester lokalt. Også rutiner på helsestasjon og legekantor ble endret. De har jobbet med utvikling av nye tjenester, elektroniske løsninger og meldingssystem mellom hjemmetjenesten, fastlegen og helseforetak. Observasjonsseng og hjemmehabiliteringsteam er vurdert, men dette er det ikke funnet rom for i budsjettet.

10.3 Hva har skjedd etter 1.1. 2012

Tjenesteavtaler, kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter

De første tjenesteavtalene ble underskrevet 1.2.2012. Fire av sju kom på plass innen 1.7. og tre er ikke underskrevet. Kommunalsjefen opplevde at RESO ikke var oppmerksom nok på arbeidet til SIV og godkjente helseforetakets forslag. Ny tekst fra helseforetaket var ikke uthevet og politikerne så ikke endringene, som var avgjørende med endring i verdi og grunnsyn i hvem på gjør hva. Noen kommuner hadde det travelt, andre tok forbehold. Øksnes ønsket endring i avtaleverket og valgte å ikke følge RESO. ” Nordlandssykehuset har kanskje skilt seg litt ut i forhold til UNN⁴ og helse Finnmark. Fra mitt ståsted så syns æ at vi har opplevd en dampveivals. Kommunenes stemme ble ikke ble tilstrekkelig hørt. Som region vil æ sei at Vesterålen var uforberedt på samhandlingsreformen. Æ trur beslutningstakerne fortsatt slit med å ta inn over seg ka samhandlingsreformen egentlig er”.

Fortsetter utviklinga ut året vil medfinansieringa holde. For å begrense medfinansiering satset de på kompetanse og utstyr som ble prosjektfinansiert. Langsiktig kompetanseplanlegging er spissa seg mot reformen. De får sykere pasienter heim og de burde vært bedre rustet til rehabilitering, som mer fysioterapi, ergoterapeut og fokusert opptrening. De har oppgavene, men finner ikke rom for dette i budsjett. Ekstravakter brukes fordi konjunkturer på ei korttidsavdeling gir variert behov for personell. For sykehjemmene er ikke det budsjetterte nok, dette går ut over totale pleiefaktoren og noe alle svir for. Behovet for oppfølging av reformen er redusert og SR- teamet møtes nå annenhver måned og ser på omstillingene, tall og utvikling. Etter implementeringa opprettet de et forum som inkluderer alle sektorene.

⁴ Universitetssykehuset i Nordnorge

Forebygging

De har helsestasjon for unge og lavterskeltilbud på helsestasjonen som andre kommuner. For forslaget om tilbud til eldre avhenger iverksetting av ressurser. Kommunestyret skal behandle avtale om å delta i fylkeskommunal Folkehelseallianse. De vet ikke om det er rom i budsjettet til å dekke kostnadene til folkehelsekoordinator. Folkehelse er ett av fire fokusområder i helse/omsorgsmelding fram mot 2030. Helseprofiler er brukt i meldingen og i master i samhandlingsreformen lærer de å bruke tallene kritisk.

Kompetanse

Økonomi gjør at de er presset i forhold til fagressurser og for 2012 vedtok de 0,1 årsverk reduksjon i kommunelegetilling. De forslår nå økt ressurs til sykehjemslege med 1,5 t/uke og at turnuslege går i tillegg. Fra 2011 er diabetessykepleier knyttet til fastlege. De har økt behov for sykepleiere i begge sykehjem og for kreftsykepleier fordi folk vil hjem å få god terminal pleie. De har demensteam og frivillig demensforening. Regionalt skal motivasjonsløft få de som har startet på fagbrev til å fullføre. Kommunen er for dårlig til å fange opp kunnskapen i endringsprosesser, men SR-teamets strategi har overføringsverdi og er lagt merke til med gode tilbakemeldinger på kultur for involvering. Kunnskapsutvekslingen skjer regionalt og i enhetsledernes ukentlige fora.

Organisatoriske forhold, ledelsesmessige grep, kultur

Etablering av koordinerende enhet gir organisatoriske endringer. Kriterier for tildeling av tjenester er utredet. I miljøtjenesten er ressurser frigjort ved å gå bort fra 1 til 1 oppfølging. I ledergruppa har de snakket om ledelsesmessige utfordringer, som hvordan enhetslederne påvirkes av at myndighet til å tildele plasser ble endret. De har definert ansvaret til lederne tydeligere. For korttidsplasser definerer tjenestekontoret i samråd med sykehuset behov og gjør vedtak. Er det fullt på sykehjemmene kan det bli diskusjon for å finne løsning. Endringene skjer fort på korttidsavdelinga og tjeneste kontoret må løse oppgavene. De er klare til å bruke det elektroniske meldingssystemet, men det er ikke sykehuset. De innfører målstyring og hadde bruker/medarbeider undersøkelser våren 2012. Kompetansen på medfinansiering er styrket i økonomiavdelinga og på administrativt nivå.

I forhold endringene i samhandlingsreformen og organisasjonskulturen opplever de at de står i et spenn. Noen er redde for å bli overflødige og miste jobben og derfor har de jobbet mye med å trygge organisasjonen. Pasientene er sykere når de kommer ut og dette har gitt endringer i

pasientgruppa og nye måter å jobbe på. ”Vi trenger å motivere de ansatte til å jobbe på en litt annen måte – eksempelvis på sykehjemmene så må man tenke utskriving ifra første dag – ka skal til for å få ho gamle Olga på føttern liksom å få ho selvhjulpen. ”. Framover trenger de flere, ikke færre hender. Holdninger må endres, pasientene må selv gjøre det de greier og få hjelp til resten. Dette kan oppleves som kontrast til det å være veldig omsorgsfull og hjelpsom og kanskje overta funksjoner som folk strengt tatt skal kunne klare selv – i det godes navn.. Det må jobbes med holdninger og det tar tid.

Oppgaver i regional regi

Informanten mener at akuttseng er en oppgave for regionalt nivå knyttet til interkommunal legevakt, men diskusjoner i SR-teamet har vist at ikke alle er enige i det. Legeressursen som kreves til akuttseng blir kritisk med behov for vakt 24 t/døgn ifølge veilederen. Legene har nå to vakter i måneden i interkommunal legevakt. Akuttplassen kan ikke bemannes med svenske vikarer. Helsevern hvor kommunenes ansvar for kontroll skjerpes, kan løses regionalt og det samme kan kommunale lærings- og mestringsenter.

10.4. Endringsprosessene og læring

Fra samhandlingsreformen er erfaringene at det er viktig å ha de ansatte med, involvere hele organisasjonen og tenke endringer i flere ledd. Reformen er kompleks med utfordringer for ansatte i forhold til: ressurser, kompetanse, holdninger og verdier. For resultatet er det avgjørende med koordinering, kommunikasjon og godt samspill. Oppgavene skal flyttes, det er behov for endringer og omdisponeringer og man må dele på ressursene. De så at de ville bli utfordret og greide å dimensjonere kortidsplasser. Om det er slik at en alltid har bruk for akkurat det en har – vet de ikke, men det har ikke vært kø på langtidspllassene.

11. Analyse

I denne delen av oppgaven oppsummeres hovedfunnene fra de fem kommunene i forberedelsesfasen og implementeringsfasen og læring i begge fasene.

11.1. Oppsummering av funn

Andøy kommune

Forberedelsesfase

Gjennom arbeidet med prosessplanen identifiserte de behov for endringer. De planla tiltak for å ta imot utskrivningsklare pasienter, koordinering og tiltak for å begrense sykehustjenestene. Omsorgssektoren og omgivelsene ble forberedt på endringene.

Implementeringsfase

Tiltakene til utskrivningsklare pasienter har ikke gitt nok kapasitet, men har hatt effekt. Strukturelle endringer har resultert i et helhetlig og tettere samarbeid mellom enhetene i omsorgssektoren. Samhandlingen med helseforetaket gir utfordringer. Det er behov for flere tiltak for å redusere medfinansiering. For forbygging og kompetanseheving er tiltak planlagt, men finansiering mangler.

Læring i begge fasene

Planlegging og involvering har gitt en godt forberedt prosess og noe som har vært avgjørende for implementeringa. De største utfordringene er at reformen ikke er fullfinansiert og at de mangler kapasitet og kompetanse. Informanten sier at oppfølginga kan forbedres og at de har et potensial de ikke tar ut.

Status for Andøy

Noen av tiltakene for utskrivningsklare pasienter er midlertidige. De ønsker regional løsning på akutt plass. Ikke alle oppgaver er avklart, og for forebygging er det mest planer.

Bø kommune

Forberedelsesfase

De har sett framover og mange av oppgavene i reformen var utredet før 2011. Tiltak for utskrivningsklare pasienter ble planlagt og akutt plass etablert.

Implementeringsfase

Tiltakene har gjort dem i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter. De har fortsatt behov for korttidsplasser og har utfordringer med å finansiere nok personalressurser. Etablering av akutt plass har medvirket til overskudd på medfinansiering. Reformen har ikke ført til endring i ansvarsforhold mellom lederne. Samhandlingsreformen har ført til behov for endring av organisasjonskulturen. Mangel på finansiering gjør at lite er gjort mht forebygging.

Læring i begge fasene

Informanten ser at helseforetakene og kommunene er ikke likeverdige parter. Arbeidet med tjenesteavtalene har økt kunnskapen om statlige sykehus og at de og kommunene gjensidig påvirker hverandre. Planlagt salg av tjenester til de andre kommunene var det ikke marked for.

Status for Bø

De trenger flere tiltak for utskrivningsklare pasienter. Det meste av oppgavene er avklart, men med forebygging er lite gjort.

Hadsel

Helseplanen var utgangspunktet for forberedelsene. De har planlagt tiltak for utskrivningsklare pasienter. De har registrerte behov som ikke er avklart.

Implementeringsfase

Noen tiltak for utskrivningsklare pasienter er på plass, andre under etablering. Det er behov for flere tiltak til medfinansiering. De har fortsatt planlagte kompetansebehov som ikke er dekket. Der er oppgaver i reformen som de jobber med, som akutt plass hvor de ser en regional løsning. Informanten ser at nye tjenester og måter å utføre dem på må løses med endringer i organisasjonskulturen, og her er lite gjort. Også med forebygging er lite gjort og det er utfordringer med å få til forebygging i all planlegging og i hele den kommunale organisasjonen.

Læring i begge fasene

Med erfaring fra mange reformer syns ikke informanten at han ikke lært så mye – og frykter fortsatt økonomien i reformen. Han har opplevd forståelse i organisasjonen for at reformen har gitt behov for endringer.

Status for Hadsel

Tiltakene har gjort dem i stand til å ta imot utskrivningsklare pasienter etter førte kvartal. De har fortsatt oppgaver i reformen som ikke er avklart og områder hvor noe er gjort, men hvor det fortsatt er behov for tiltak.

Sortland

Forberedelser

De har forberedt seg til å ta imot utskrivningsklare pasienter og tiltak for å begrense sykehustjenestene er planlagt. Behov for endringer i omsorgssektoren ble identifisert, og tiltak for kompetanseheving planlagt og gjennomført.

Implementeringsfasen

Tiltakene for å ta imot utskrivningsklare pasienter har holdt, mens medfinansiering er underfinansiert. Akutt-plassen ble ikke finansiert, men er etablert og virker. Finansiering mangler og lite er gjort med forebygging. Kompetansehevinga er gjennomført og oppleves relevant og vellykket. De ser at reformen utløser behov for endring av organisasjonskulturen.

Læring i begge fasene

Informanten opplever at de i det regionale arbeidet ikke har brukt erfaringene underveis godt nok og at det kan være behov for en strategi for å fange opp kunnskap i endringsprosesser. Hun ser at det er viktig å holde oppe motivasjonen hos de berørte underveis.

Status for Sortland

De ser fortsatt behov for tiltak for utskrivningsklare pasienter. En regional løsning på akutt-plass tvinges kanskje fram. Ikke alle oppgaver er avklart. Sektoren er godt forberedt, men resten av organisasjonen må aktiveres.

Øksnes

Forberedelsesfasen

Gjennom arbeidet i SR-team forberedte de det å ta imot utskrivningsklare pasienter, koordinering og planla tiltak for å begrense sykehustjenestene. Omsorgssektoren og brukerne ble forberedt på endringene.

Implementeringsfasen

De har etablert tiltak til utskrivningsklare pasienter, men de har utfordringer i forhold å finansiere nok personalressurser. Det er behov for flere tiltak for å redusere medfinansieringa. Ikke alle tjenesteavtalene er på plass. Samhandlingen med helseforetaket har gitt utfordringer. For forbygging og kompetanseheving er tiltak planlagt, finansiering mangler. De ser fortsatt behov for jobbing med organisasjonskulturen.

Læring

De har erfart at det er viktig å involvere hele organisasjonen i endringene. Godt samspill avgjør når oppgaver flyttes, og ressurser endres og omdisponeres. De så områder de ville bli utfordret på og har greid omstillingene. De kan forbedre strategi for å fange opp kunnskaper i endringsprosesser. Måten de har jobbet i samhandlingsreformen har overføringsverdi.

Status for Øksnes

Det er behov for flere tiltak for utskrivningsklare pasienter. En regional løsning på akutt plass er mulig. Ikke alle oppgaver er avklart, og for forebygging er det mest planer. De som har vært involvert i organisasjonen og brukerne er godt forberedt.

11.2. Variasjoner mellom kommunene: Analyse

I denne delen av oppgaven ser jeg på i hvilken grad oppstår det *variasjoner* mellom kommunene, mht hvilke grep de tar – og i hvilken grad man lykkes/mislykkes med grepene - og; hva kan eventuelt forklare eventuelle *variasjoner* mellom kommunenes evne til å tilpasse seg reformen.

Alle kommunene har forberedt mottak av utskrivningsklare pasienter og medfinansiering med strukturelle grep. Redskapene som de har hentet fram fra verktøykista er fysiske tiltak og endringer i rutiner og prosedyrer (Røvik 2005: 31). Dette er forenlig med et rasjonelle perspektivets ideal om at man med riktige redskaper kan utforme organisasjoner til å oppnå mål.

To av kommunene har ikke godtatt alle tjenesteavtalene som ble framforhandlet regionalt. Flere peker på at kommunene og helseforetakene ikke er likeverdige parter. Dette og de økonomiske incitamentene i reformen kan tyde på at også krefter utenfor den kommunale organisasjonen styrer etablering av tiltak (Røvik 2005:18). En av informantene trekker fram noe som er en mulig forklaring på at de fremforhandlede avtalene fikk ulik behandling når hun sier at for deres kommune var kommunelegens kompetanse medvirkende til at avtalene ikke ble underskrevet. Det at avtalene måtte være på plass før søknad om akutt plass skulle behandles kan også ha vært medvirkende.

Alle kommunene har pekt på behov for endringer av organisasjonskulturen uten at tilstrekkelig grep er tatt. At noe er gjort, men mye krever fortsatt tiltak, noe som er uttrykk for at ledelsen i kommunene i hvert fall ikke fullt ut deler det naturlige perspektivets ide om at det er de uformelle båndene mellom medlemmene i organisasjoner som holder formelle organisasjoner sammen. (Jacobsen 2007: 126). Ved at det bare er ledere som er informanter kan det hende at jeg ikke har hele bilde av reformens virkning på kulturen.

Når Øksnes kommune som den eneste inkluderer brukerne i forberedelsene har Øksnes kommune vist at de forholdt seg til at også pasientenes rolle endres. Kommunalsjefens erfaring fra helseforetakene kan forklare dette. Reformens intensjon om forebygging og utvidet ansvar for alle innbyggernes helse er lite foreberedt. Her er kommunene like. Det at helsepersonell som er vant til å tenke kurativ virksomhet kan få problemer med å tenke nytt kan være en mulig forklaring på at lite skjer i alle kommunene. Samhandlingsreformen har i liten grad engasjerte politikerne og var i liten grad tema for hele den kommunale organisasjonen. At det er helse/omsorgssektoren som har oversatt reformens ide (Røvik 2007: 293). kan ha vært medvirkende til at den ikke har nådd de andre sektorene

Etablert infrastruktur og kapasitet har hatt betydning for valg av konkrete løsninger. Alle kommunene peker på at samhandlingsreformen ikke er fullfinansiert og at den kommunale økonomien begrenser mulighetene til å gjennomføre det de ser at tiltak. Det at det i liten grad er betalt for overliggere viser at statens incitament har virket. Andel av befolkninga som er over 80 år varierer fra Sortland med ca 4,5 % til Bø med 9 %, men når dette sammenholdes med resultatene kan ikke dette ha hatt avgjørende betydning. At Sortland måtte bruke dobbeltrom kan bety at det var eksisterende kapasitet som betydde mest. For Andøy, Bø og

Øksnes påvirkes handlefriheten av at de er på ROBEK⁵. Økonomiske rammer forklarer noe, men ikke alt. At kunnskapen og erfaringene til beslutningstakerne og hvordan den er sammensatt, hva man er opptatt av og hvordan man evner å se mulighetene betyr mye har akutt plassen i Bø vist. Noe som bekreftes av hvordan kommunalsjefens erfaringer med utviklingsprosesser har påvirket organisering av forberedelsene i Øksnes og at Sortland har satset spesielt på kompetanse.

11.3 Funn tolket i lys av de tre teoretiske perspektivene

Etter å ha oppsummert de viktigste funnene, svart på spørsmålene om forberedelsene, hva som har skjedd etter den formelle iverksettelse, i hvilken grad kommunene lærer og på variasjoner mellom kommene, vil jeg i denne delen koble de empiriske funnene med teoriene som jeg har redegjort for i kapittel 1. Fra tre forskjellige utsiktspunkt vil jeg prøve å forklare forberedelsene og implementeringene av samhandlingsreformen, planlagt endring, i de fem kommunene. Jeg vil sammenligne forventningene ut fra hver av de tre teoriene som ble utledet i kapittel 3 med de empiriske funnene, og drøfte i hvilken grad de teoretiske perspektivene kan forklare og gi en forståelse av måten kommunene har møtt samhandlingsreformen. Analysen vil både være induktiv og deduktiv dvs at funnene fra min kvalitative metode som i hovedsak jo er induktiv, holdes opp mot teoretiske forventninger. (Jacobsen 2010: 23, 193). Jeg vil vurdere - så langt data rekker - om de teoretiske forventningene innfris. Analysen organiseres etter de teoretiske perspektivene, hvor forberedelsene, grep og implementering i hver av kommunene sees på i lys av hvert perspektiv.

Det rasjonelle perspektiv og forventninger til kommunene

Ut fra forventninger om funn fra det rasjonelle perspektivet om ledelsen ser behovene og initierer de endringene som reformen krever ser vi at dette innfris. Når vi ser forberedelsene fra et rasjonelt perspektiv er en viktig forventning at det er tatt målrettede og bevisste valg. Videre at en analytisk og planmessig prosess har resultert i de grep og endringer, organisatorisk og rutinemessig, som er nødvendig. At tilpasningen til reformen gjennomføres av den politiske og administrative toppledelsen, rådmann, ordfører og kanskje helse og omsorgssjef. Lang innfasing og at der er oppgaver som kanskje bør løses i interkommunal regi forsterker nødvendigheten av at toppledelsen evner å tenke langsiktig og strategisk.

⁵ Register om betinga godkjenning og kontroll for kommuner som må ha godkjenning fra Kommunal- og regional departementet for opptak av lån og inngåelse av langsiktige leieavtaler (Wikipedia).

Mange faser og store oppgaver som tjenestavtalene, utskrivningsklare pasienter, medfinansiering, forebygging, akuttseng, lokalmedisinsk senter og lærings-/mestringscenter, burde tilsi at det ble utarbeidet en plan. For implementeringen er det nødvendig at ledelsen har evne til å vedta og iverksette beslutninger. Videre at de er tett på implementeringen kontrollerer, etterprøver og om nødvendig justerer kursen. Dette skal resultere i en relativ rask og uproblematisk ”tilkobling” av samhandlingsreformen til rutiner og daglig praksis.

Det rasjonelle perspektivet

Andøy

Forberedelser

Administrativ og politiske ledelse startet forberedelsene. Den administrative ledelsen satte i gang prosessen som fikk bred involvering. De søkte systematisk etter løsninger og dette ga et godt grunnlag for beslutningene. Start og prosess er i tråd med forventninger til funn ut fra det rasjonelle perspektivet. Det var utfordringene i forberedelsene, flere av oppgaver i reformen er ikke på plass og reformen ble bare forberedt i helsesektoren. At oppgavene som *måtte* gjennomføres i 2012 ble planlagt, men ikke oppgaver som forebygging tyder ikke på at det for samhandlingsreformen som helhet er tenkt langsiktig og strategisk.

Implementering

Implementeringen ble i liten grad fulgt opp av toppledelsen og funn viser ikke at overordnet ledelse ikke har deltatt i iverksettingsprosessen, kontrollert og etterprøvd. Så langt er det ikke tegn på at kursen ble justert. Operativt nivå har taklet implementeringen av struktur. Oppgaven med utskrivningsklare pasienter har behov for flere tiltak. De har tatt grep og de har vist evne til å vedta – og iverksette beslutninger. Det er ikke funn av motstand fra de ansatte.

Det rasjonelle perspektivets forklaringskraft

Forventingene om funn ut fra det rasjonelle perspektivet innfris gjennom analytiske forberedelser og en godt planlagt prosess, som ga et godt kunnskapsgrunnlag for de beslutningene som er tatt. Samhandlingsreformen har mange oppgaver, og funnene gir ikke grunnlag for å si at det for alle oppgavene har vært tenkt langsiktig og strategisk. Det å få koblet grep og rutiner til etablert praksis gikk greit og strukturelle endringer som rutiner og prosedyrer, har endret de ansattes atferd. For Andøy har det rasjonelle perspektivet delvis forklaringskraft for forberedelsene og implementeringen av samhandlingsreformen.

Bø

Forberedelser

Tilpasningene til reformen ble delvis gjennomført av toppledelsen i kommunen. Jeg har ikke funn som støtter at det har vært utredninger i perioden jeg undersøker og informanten uttrykker at de ikke har hatt store behov for endringer. Fordi de er en liten og oversiktlig organisasjon brukte de arenaene de hadde til planlegging og iverksettelse, men etablerte også et prosjekt. Informanten fremhever at de i organisasjonen har dyktige folk som ser framover. Funnet bekrefter at de viser at de har evne til å tenke langsiktig og strategisk, til å vedta og å iverksette beslutninger.

Implementeringen

At de planlegger ut fra klare mål, har evne til å iverksette og nå mål bekreftes. Der er oppgaver i forhold til reformen hvor både planlegging og iverksettelse mangler. Endringene er strukturelle og kommunen har ikke opplevd utfordringer i forhold til implementering. Manglende utfordringer kan også forklares av det informanten sier om at de hadde det meste på plass før reformen.

Det rasjonelle perspektivets forklaringskraft

Forventninger til funn ut fra det rasjonelle perspektivet til deltakelse fra toppledelsen i forberedelsene er delvis innfridd. Kunnskapsgrunnlaget oppleves som grundig, og de har vist evne til å vedta og til å iverksette beslutningene. Kommunalsjefen fulgte iverksettelsesprosessen. Implementeringene gikk raskt og uproblematisk. Fordi rådmann og politisk ledelse ikke har vært så involvert, og at de ikke har planlagt alle tiltak i reformen så har det rasjonelle perspektivet ganske god forklaringskraft for Bø kommune.

Hadsel

Forberedelser

Forventingene om aktiv deltakelse i tilpasningene til Samhandlingsreformen fra administrativ og strategisk toppledelse ut fra det rasjonelle perspektivet er disse delvis innfridd. De skaffet seg et godt grunnlag for vedtak. Strukturelle tiltak er løsningene på utfordringene i reformen. Det er i noen grad tenkt strategisk. Der er oppgaver i reformen som ikke er avklart.

Implementering

Toppledelsen er delvis fraværende. Der er ingen indikasjoner på graden av kontroll og etterprøving eller at det har vært nødvendig å justere kursen. Endringene er av strukturell karakter, og har ført til endring av atferd. Det er enda mange oppgaver i reformen som ikke er på plass. Grunnlaget for bevisste og målrettede valg ser ut til å være etablert. Funnene kan delvis under bygge en planmessig og analytisk prosess for forberedelsene og implementeringa.

Det rasjonelle perspektivets forklaringskraft

Liten deltakelse fra toppledelsen, et godt grunnlag og gjennomføring av første fase, strukturelle tiltak som er vedtatt er etablert og har gitt ønskede resultater, manglende plan for de tiltak som ikke er iverksatt gir det rasjonelle perspektivet delvis forklaringskraft for forberedelser og implementering i Hadsel kommune.

Sortland

Forberedelser

Forberedelsene ble ledet av administrativ ledelse. Forventingene om funn ut fra det rasjonelle perspektivet om deltakelse av toppledelsen er delvis innfridd. Bred involvering i organisasjonen ga godt kunnskapsgrunnlag for beslutningene. Ressurser og interesser ble kartlagt i helse/omsorgssektoren hvor tiltakene er forberedt. På noen områder er det tenkt langsiktig og strategisk, men en helhetlig plan for samhandlingsreformens mange oppgaver mangler. Forberedelsene har vært analytisk, men ikke planmessig for alle områdene.

Implementering

Ledelsen har delvis planlagt ut fra klare og entydige mål. Redskapene er endringer i formell struktur. De har gjort vedtak som er iverksatt. Funnene sier ikke noe om at forberedelsene i kommunen var preget av forhandlinger. Kommunalsjefen var med på iverksettingsprosessen og det ble evaluert underveis. Det er behov for endringer som enda ikke er planlagt. Det er ikke funn som viser at implementeringene ble møtt med motstand, noe som tyder på en uproblematisk "tilkobling" av reformideen til rutiner og daglig praksis.

Det rasjonelle perspektivets forklaringskraft

Deler av toppledelsen har deltatt i forberedelsene og implementeringen, grunnlaget for beslutningene er gjort i en analytisk prosess og grunnlaget er godt. Der er noen mangler i forhold til plan, langsiktig og strategisk tenkning, når ikke alle oppgavene i reformen er

ivaretatt. Implementeringen har ikke møtt motstand og endringene i formell struktur er etablert og har gitt effekt. Det rasjonelle perspektivet har delvis forklaringskraft i Sortland kommune.

Øksnes

Forberedelser

Deler av toppledelsen fulgte forberedelsene og implementeringen. Bred involvering ga oversikt og et godt kunnskapsgrunnlag. Når de så at regionale forberedelser ikke tilstrekkelig ivaretok kommunenes interesser planla de tiltak. Med kunnskap om reformen og gjennom en planmessig og analytisk prosess identifiserte de nødvendige tiltak. Tiltak er iverksatt, men manglende finansiering gjør at noe av det planlagte ikke er gjennomført. De har nådd vedtatte mål.

Implementering

Ifølge det rasjonelle perspektivet er endringer i formell struktur det viktigste redskapet for endringer av organisasjoner. Funnene viser at de tok strukturelle grep, men at de fortsatt har områder som krever tiltak. Det var forhandlinger mellom aktørene. I forberedelsene tok ledelsen initiativ til dialog og samarbeid og var samtidig opptatt av framdrift. Ledelsen i sektoren var med i hele iverksettelsesprosessen. Endring av struktur ble gjennomført uten at den ble møtt med motstand eller at der var større problemer med iverksettelsen.

Det rasjonelle perspektivets forklaringskraft

Ledelsen i sektoren deltok i forberedelsene og iverksettelsen. Forberedelsene ga oversikt og et godt kunnskapsgrunnlag. En planmessig og analytisk prosess ble gjennomført og planlagte tiltak i organisasjonen iverksatt. De har iverksatt strukturelle endringer, men også jobbet med verdier og holdninger. Det rasjonelle perspektivet har god forklaringskraft i Øksnes kommune.

Oppsummert for alle kommunene

Forventningene om funn ut fra det rasjonelle perspektivet om at reformen initieres og planlegges av den politiske og administrative toppledelsen støttes ikke for alle kommunene. I alle kommunene var det den administrative ledelsen i helse/omsorgssektoren som iverksatte reformen. Rådmennene initierte starten og pekte ut de som har vært ansvarlige og i fire kommuner var det kommunalsjefene - i den femte prosjektleder. Forventningene om

målrettede og bevisste valg oppfylles i stor grad for alle kommunene for det de har gjennomført, men ingen kommuner har inkludert hele kommunen eller forberedt alle oppgavene i reformen. Alle kommunene har hatt en prosess for å finne hvilke grep og endringer som skulle gjøres, og skaffet seg et godt kunnskapsgrunnlag gjennom bred deltakelse i helsesektoren. Strategisk og langsiktig tenking varierer i kommunene, men alle har vedtatt og iverksatt tiltak som har hatt effekt. Grad av oppfølging av implementering varierer. Teoriens forklaringskraft i forhold til rask og uproblematisk implementering av rutiner til daglig praksis støttes i stor grad av funn. Det rasjonelle perspektivet har forklaringskraft, men i varierende grad i de fem kommunene.

Det naturlige perspektiv og forventninger til kommunene

I det naturlige perspektivet sammenlignes organisasjoner med organismer. Det at organisasjonene er helheter som ikke kan splittes og med uformelle bånd som lim og hvor endogene endringer er de mest vellykkede påvirker forventningene til funn ut fra dette perspektivet.

Andøy

Forberedelser

Rådmannen initierte forberedelser og utredninger. Tiltakene kom fra overordnet gruppe med deltakelse fra flere nivå. De som skal utføre oppgavene ble inkludert og påvirket kartlegging og planlegging av endringene. Knapphet på økonomiske ressurser har vist at de har hatt en bevissthet om at det finnes alternative veier til mål, noe som er i tråd med det naturlige perspektivet. Midlertidige tiltak som er satt i verk og viser at de har vært opptatt av å realisere målene. De fikk på plass organisatoriske tiltak, men var også opptatt av helhetstenking og til en viss grad endringer av kulturen og uformelle normer, men hovedfokus var på strukturendringer.

Implementering

Planlagte endringer ble realisert uten at det er rapportert om de store utfordringene. Jeg har ikke data som sier noe om at der var behov for å gjøre endringer i tiltakene underveis. Samhandlingen i organisasjonen er påvirket av endringer av mål og av at oppgaver og ansvar ble flyttet. At reformen medfører behov for endringer i organisasjonskulturen er de klar over, men funn viser at det ikke har vært et spesielt fokus på endring av normer og verdier.

Overordnet gruppe har ikke hatt møter i 2012 og i oppfølginga har gruppa i stor grad vært fraværende.

Det naturlige perspektivets forklaringskraft

Forventningene om funn ut fra det naturlige perspektivet støttes av at ledelsen initierte forberedelsene. De som skal utføre oppgavene har deltatt og påvirket i forberedelsene og med sin kunnskap medvirket til løsninger, noe som støtter forventningene ut fra det naturlige perspektivet om at løsningene velges etter at problemene er kartlagt og analysert. Ledelsen har i stor grad vært fraværende i implementeringen. Etableringene av vedtatte tiltak har gått raskt og dette samsvarer ikke med at endringene ikke skjer hurtig. Det naturlige perspektivet har noe forklaringskraft i Andøy kommune.

Bø

Forberedelser

Det tiltaket funnene sier mest om er etablering av akutt seng. Ansatte som tenker framover tyder på at endringene kan være initiert nedenfra. I etableringen av akutt plass ble mange av oppgavene i reformen utredet, kunnskapsgrunnlaget var godt og løsningene kom etter kartlegging. Hvordan det forholder seg med innsikt i at det er mange mulige løsninger sier funnene ikke noe om. I forhold til organisasjonskulturen så har de fokus på forebyggingens påvirkninger uten at noe er gjort og det er strukturendringer som har vært styringsverktøy.

Implementering

De har ikke hatt store utfordringer i implementeringen, endringene har skjedd raskt. Det virker som de har hatt god planlegging, og har ikke rapporter om endringer som at tilpasninger underveis har vært nødvendig. Endringer var mest organisatoriske, med omstillinger kulturelt i forhold til samhandling med sykehuset. De er klar over at oppgavene med forebygging får betydning for organisasjonskulturen i hele kommunen, noe som viser at de ser behov for endringer av normer og verdier. Det at endringene ikke bryter så mye med det de hadde fra før kan fra det naturlige perspektivet forklare at implementeringen har gått uten de store utfordringene.

Det naturlige perspektivets forklaringskraft

Det naturlige perspektivet har noe forklaringskraft i Bø med initiering nedenfra, noe fokus på organisasjonskulturen og at det nye ikke bryter så mye med eksisterende.

Hadsel

Forberedelser

Administrativ ledelse og en enhetsleder initierte prosessen. Prosjektgrupper ble opprettet og fikk noe bredere deltakelse. Helseplanen og arbeidet i prosjektene dannet grunnlaget for analyse og kartlegging av endringene som ut fra dette kom både ovenfra og nedenfra. Det at de søkte kunnskap om hva andre har gjort, kan støtte at de ser at det er flere veier til målet og at de selv ikke har full oversikt over alle mulige løsninger.

Implementering

I reformen ble rutiner og prosedyrer implementert uten de store utfordringene. At de enda har tiltak som ikke er på plass, viser at det kan være store utfordringer med å gjennomføre planlagte tiltak. De er bevisst at reformen krever endring i utførelse og tjenester og i organisasjonskulturen. De planlagte tiltakene var mest strukturelle, med unntak legetjenesten hvor de har jobbet og fortsatt jobber med kulturen. Funnene sier ikke noe om behov for justering av kurs underveis, eller at det oppsto komplikasjoner i implementeringa.

Det naturlige perspektivets forklaringskraft

Det naturlige perspektivet har noe forklaringskraft i Hadsel med initiering ovenfra og nedenfra og når de viser at der er flere veier som fører til målet og har tiltak som har vært mest strukturelle.

Sortland

Forberedelser

Rådmannen utpekte koordinator og tok initiativ til endringene, men deltakelsen har ført til at tiltak også er initiert fra dem som utfører oppgavene. Endringene kom i et samspill mellom kommunalsjef i sektoren, enhetslederne og andre ansatte, hvor de sammen søkte kunnskap og så på hvor utfordringene ville komme. Sammen har de involverte god kjennskap til forholdene i sektoren og hvordan de planlagte tiltakene ville påvirke det som var der fra før. De har hatt bevissthet om at der var flere løsninger og tiltakene er tilpasset ressursene.

Implementering

At planlagte endringer har gått uten store utfordringer, viser oppgaven med utskrivningsklare pasienter. At endringene er tatt gradvis og over tid og det støtter forventningene om funn fra

det naturlige perspektivet, det samme gjør det at tiltakene er tilpasset – tiltakene ble et resultat av kompromisser. Ny kompetanse kan påvirke kulturen. Informanten er opptatt av kulturen og behov for endringer som følge av samhandlingsreformen, men av funnene ser jeg et større fokus på tiltak i struktur enn i organisasjonskultur og uformelle normer, som det naturlige perspektivet forventer skal ha størst fokus i endringer.

Det naturlige perspektivets forklaringskraft

Initiering av endringer nedenfra i tilpasningene til reformen, deltagelse i iverksettelsen som er gjort gradvis, med inkludering av de ansatte og mulige kompromisser er i tråd med forventinger i det naturlige perspektivet. Med tiltak som i hovedsak er strukturelle, gradvis implementering og endringene implementert uten stor motstand får det naturlige perspektivet delvis forklaringskraft i Sortland.

Øksnes

Forberedelser

Ledelsen tok initiativet til endringene, ivaretok bred involvering av ansatte på flere nivå og brukere. De la til rette for initiering av tiltak nedenfra og opp, som passer til forventningene om funn fra det naturlige perspektivet. Deltakerne hadde veldig god kunnskap om forholdene før implementering. Tiltakene kom etter at oppgavene i reformen var sammenholdt med status, og løsningene ble valgt etter kartlegging og analyse, noe som er i tråd med det naturlige perspektivet. At reformen har betydning for organisasjonskulturen har vært tema, men tiltakene er mest strukturelle grep. Funnene sier ikke noe om at tilpasningene i organisasjonen ble møtt med motstand.

Implementering

Forventninger ut fra det naturlige perspektivet om at det kan være store utfordringer mht til å gjennomføre implementeringsprosesser innfris ikke. Endringene har skjedd på ganske kort tid som de for mottak av utskrivningsklare pasienter, og heller ikke forventninger om at endringene ikke skjer hurtig, men gradvis innfris. Forholdet mellom planlegging av tiltak og implementering av de samme er ikke dokumentert med funn.

Det naturlige perspektivets forklaringskraft

De som skal utføre oppgavene har deltatt i forberedelsene og veldig bred involvering har gitt et godt kunnskapsgrunnlag. Ansatte var med i implementeringsprosessen. Å iverksette

vedtatte tiltak gikk ganske raskt. Tiltakene har i større grad vært endring i struktur enn kultur. Funnene sier ikke noe om at der var motstand mot endringene. Ut fra dette har det naturlige perspektivet delvis forklaringskraft i Øksnes.

Oppsummert for alle kommunene

Ledelsen initierte forberedelsene i alle kommunene. Det at ledelsen inkluderer og lar de som skal utføre oppgavene medvirker til tilpasningene til reformen, gjør at forventningene om funn ut fra det naturlige perspektivet innfris. Bredden av involvering har variert. Med de som ble involvert fikk alle kommunene god oversikt over hvordan ting fungerte før reformen, og de som skulle utføre oppgavene fikk mulighet til å påvirke hvordan de nye oppgavene skulle løses. Etablering av vedtatte tiltak har gått raskt i alle kommunene. Alle kommunene er klar over at reformen krever endringer i organisasjonskulturen, men der var lite fokus på kultur- og endringer kom i struktur, rutiner og tiltak. Oppfølging av implementeringen har variert. Om planlagte tiltak er endret underveis er ikke dokumentert med funn. Det naturlige perspektivet har samlet for alle kommunene noe forklaringskraft.

Det åpne – nyinstitusjonelle – perspektivet og forventninger til kommunene

I det åpne - nyinstitusjonelle perspektivet betraktes organisasjoner som økologiske system og som er fanget av omgivelsene som skaper usikkerhet. Dette påvirker forventningene om funn ut fra dette perspektivet som at løsninger kopieres, at legitimitet og overlevelse er viktigst, at ledelsen ikke er opptatt av reformen, det er mest prat og at lite skjer.

Andøy

Forberedelser

Andøy kommunen søkte kunnskap om reformen og hvordan andre kommuner forberedte seg, som tiltak i Lenvik kommune. I arbeidet med prosessplanen er helse/omsorgssektoren involvert og har deltatt i kartlegging av tiltak. Løsningene på oppgavene i helsesektoren er resultat av analyse av egen organisasjon, mer enn adopsjon av det andre gjør, noe som ikke støtter forventninger om funn ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet.

Implementering

Ledelsen var ikke så opptatt av implementeringen, noe som bekreftes av at overordnet gruppe ikke fulgte eller var så opptatt av implementeringen. Med prosessplanene kom koblingen

mellom forberedelser og implementering og de utledede forventningene om at disse koblingene ikke er så tydelige, støttes ikke. At tiltak ble satt i verk og at trekk av reformen finnes i rutiner, samsvarer ikke med forventningene om at det er mest prat. I resten av kommunen har lite skjedd. For forebygging er det mer prat enn tiltak, men planene er der og økonomien begrenser.

Det åpne – ny institusjonelle - perspektivets forklaringskraft

Det at der er søkt kunnskap om hva andre kommuner gjør og at ledelsen er så ikke opptatt av implementeringen viser at for Andøy kommune har det åpne nyinstitusjonelle perspektivet litt forklaringskraft.

Bø

Forberedelser

I Bø har de utredet og analysert tiltak i reformen før den var vedtatt, og har ikke ventet på de andre kommunene, noe som ikke støtter forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at løsningene er mer adopsjon av hva andre gjør enn en analyse av egen organisasjon. Forventningene om at det å bevare legitimitet er sentralt i de endringene som initieres, støttes av at de er opptatt av at de ikke vet om noen oppgaver i reformen som de ikke har gjort.

Implementering

Forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at om at ledelsen ikke er så opptatt av implementeringene, støttes ikke helt, leder i sektoren har fulgt implementeringen. Endringer som er gjort i struktur og som virker, støtter ikke forventningene om at det er lite nytt, mest prat. Reformen har ikke nådd resten av organisasjonen eller området forebygging.

Det åpne – ny institusjonelle - perspektivets forklaringskraft

Det at legitimitet er viktig, gir det åpne – nyinstitusjonelle perspektivet har litt forklaringskraft i Bø kommune.

Hadsel

Forberedelser

Endringene som ble initiert er løsninger på de utfordringene som oppgavene i reformen gir, og finn støtter ikke forventninger ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at det å bevare

legitimitet er det sentrale. De forberedte seg både ved å analysere egen organisasjon og i prosjektene - løsningene kom ikke før kartlegging og analyse. Endringene i formell struktur er tiltak som kom i forberedelsene og ikke noe de har hentet fra oppskrifter om hva som er god organisering. Samtidig sier informanten at de ikke trenger finne opp kruttet på nytt, og oppfordrer ansatte til å hente ideer fra andre, noe som kan bety at de er åpne for å adoptere andres løsninger.

Implementering

Politisk ledelse var fraværende og administrativ ledelse mer informert, men ikke så opptatt av implementeringen, noe som støtter forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet. Ledelsen ikke er så opptatt av implementeringene. Forberedelsene i prosjekt har ført til tiltak som er implementert, og dermed støttes ikke forventningene om at koblingene mellom forberedelse og implementering ikke er så tydelige. De har flere oppgaver som ikke er løst, og har tatt tak i det som måtte løses første året, og det nyinstitusjonelle perspektivets forventninger om tvangsmessig adopsjon av reformen passer derfor ikke helt.

Det åpne – ny institusjonelle - perspektivets forklaringskraft

Det at de er åpne for å søke løsninger hos andre og at ledelsen ikke er direkte involvert i implementeringen, gir det åpne nyinstitusjonelle perspektivet litt forklaringskraft i Hadsel kommune.

Sortland

Forberedelser

At planlagte endringer var identifiserte løsninger på oppgaver i reformen støtter ikke forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at legitimitet er viktigst. Reformen har vært diskutert i flere fora, men det at de som eneste kommune i Vesterålen tidlig endret rutine til sykehuset, viser at de ikke bare har vært opptatt av å kopiere andre. Endringer i formell struktur var en følge av forberedelsene til reformen og ikke av føringer på hva som er god organisering.

Implementering

Kommunalsjefen fulgte implementeringen, men politisk ledelse var ikke så opptatt av den. Dette støtter delvis forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at ledelsen ikke er så opptatt av implementeringen. Det var registrerte behov for kompetanse og strukturelle

tiltak fra forberedelsene som ble etablert, noe som ikke støtter forventningene om utydelige koblinger mellom planlegging og implementering. For forebygging har det vært mest prat, og for hele kommunen er lite gjort.

Det åpne – ny institusjonelle - perspektivets forklaringskraft

Det at det er områder som så langt mest er prat og at lite er gjort for hele kommunen gir det nyinstitusjonelle perspektivet litt forklaringskraft i Sortland kommune.

Øksnes

At planlagte endringer er kommet etter heftige rådslag med enhetslederne og det som har skjedd i SR-teamet passer ikke med forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at løsningene på utfordringene kommer før analyse. Når endringer er identifiserte tiltak i rutiner og prosedyrer for å løse nye oppgavene, blir ikke det sentrale å bevare legitimiteten. Reaksjonene på de fremforhandlede tjenesteavtalene viser at de i Øksnes ikke er mest opptatt av å kopiere andre. Formell struktur er endret som et resultat av de nye oppgavene og behovet til omsorgsektoren og dette innfrir ikke forventningene om at endringer i formell struktur er gjort ut fra føringer fra oppskrifter på hva som er god organisering, og støtter ikke forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet.

Implementering

Det at kommunalsjefen har fulgt forberedelsene og implementeringa, rådmann og politisk ledelse er holdt informert, støtter ikke forventningene ut fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at ledelsen ikke er så opptatt av implementeringen. Nytt utstyr er anskaffet, reformen er satt seg i prosedyrer, rutiner og denne implementeringen er en direkte følge av forberedelse. Dette innfrir ikke forventningene om at koblingene mellom forberedelser og implementering ikke er så tydelige. Samhandlingsreformen har ikke satt spor i andre sektorer enn helse/omsorg.

Det åpne – ny institusjonelle - perspektivets forklaringskraft

Det nyinstitusjonelle perspektivet ser ikke ut til å ha liten forklaringskraft i Øksnes kommune.

Oppsummert for alle kommunene

Perspektivet har varierende forklaringskraft i de fem kommunene for det som har skjedd i helse/omsorg. Forventningene om funn fra det nyinstitusjonelle perspektivet om at det ikke er

foretatt en kartlegging og analyse av organisasjonens behov for endring og at reformen bare er prat, innfris ikke. Det at den øverste ledelsen ikke er opptatt av implementeringen passer i stor grad. At kommunene forbereder seg ved å kopiere andre støttes i liten grad. For kommunene som helhet er forklaringskraften større, siden lite og ingenting har skjedd i de andre sektorene. Det kan forventes tvangsmessig adopsjon fordi samhandlingsreformen er et statlig pålegg, men når reformen ikke gjennomsyrrer kommunen som helhet, er dette noe som i liten grad er innfridd. Det nyinstitusjonelle perspektivet har noe forklaringskraft for alle kommunene.

Kapittel 12: Konklusjoner og oppsummering

Tema for oppgaven har vært å forske på hva som skjedde og om mulig forklare planlagte endringer i fem kommuner i Vesterålen som følge av innfasing av Samhandlingsreformen. Jeg har beskrevet organisatoriske prosesser i de fem kommunene i Vesterålen i den første innfasingsperioden av samhandlingsreformen. Dette undersøkte jeg ved å ta utgangspunkt i tre teoretiske teorier som gir ulike perspektiver på og forventninger til hvordan kommunene ville reagere på reformen.

12.1 Begrensninger i studien og feilkilder

Studien baserer seg på data fra strukturerte intervju, Dette begrenser informantenes muligheter til å reflektere fritt, noe som begrenser datatilgangen. Informantene har stillinger på mellomledernivå, noe som kan begrense deres kjennskap til synspunkter og praksis på grunnplanet i sektoren. Intervjuer som også har laget intervjuguiden er økonom og mellomleder i kommunen. Dette kan påvirke temavalg og spørsmål som ble stilt til informantene. Samlet kan dette ha bidratt til at noen relevante tema er blitt lite belyst. Det jeg strevde med var usikkerhet i forhold til om spørsmålene mine ville matche min operasjonalisering av de tre teoretiske perspektivene. Manglende tilgang til liknende studier og sammenlignbare intervjuguider har vært en begrensning.

I forhold til teoriene er hovedfunn at det rasjonelle perspektivet synes å fange opp flere sider ved mine case. De to andre perspektivene har noe mindre forklaringskraft. Men det avspeiler også - og iallfall hva angår det naturlige perspektivet – at mine data sannsynligvis har vært mer egnet til belyse de mer rasjonelle aspekter ved prosessene enn de mer uformelle og relasjonelle. Jeg har like fullt gjort flere funn som lar seg fortolke og fange opp i lys av det naturlige og av det nyinstitusjonelle organisasjonsperspektivet.

12.2 Hovedfunn i forhold til problemstillingen

Ingen av teoriene stemmer helt med praksis i kommunene. I forberedelsesfasen beskriver den rasjonelle teorien ganske godt det som skjer i kommunene. I implementeringsfasen har teorien delvis forklaringskraft i helse/sosialektoren.

Forberedelsesfasen er toppstyrt, men den naturlige teorien den kan belyse en del av det som skjer i denne fasen etter hvert. Implementeringsfasen blir overlatt til helse/sosialektoren, og innenfor helse/sosialektoren belyser den naturlige teorien i større grad det som skjer.

I forberedelsesfasen beskriver den åpne teorien den enkelte kommune som helhet, men ikke det som skjer i helse/sosialektorene. I implementeringsfasen beskriver teorien godt fortsatt godt det som skjer i kommunene, men i varierende grad i helse/sosialektoren.

Det naturlige perspektivet forklarer læringsprosessen best, kommunene var uforberedt og det at de har vært med på mange reformer har ikke har satt seg i organisasjonene som læring. Dette er likt for alle kommunene. Alle har gjort justeringer underveis, men ingen store endringer.

De tre teoretiske perspektivene har bidratt til å synliggjøre og tydeliggjøre hvordan kommunene fungerer som organisasjoner.

Litteraturliste:

- Andersen, S., 2010, *Case-studier og generalisering, forskningsstrategi og design*, 6. utgave, Bergen: Fagbokforlaget
- Christensen, T., Læg Reid P., Roness P., Røvik K.A., 2009: *Organisasjonsteori for offentlig sektor*, Oslo: Universitetsforlaget
- Etzioni. A., 1978: *Moderne organisasjoner*, Oslo: Forlaget Tanum-Norli.
- Flaa, P., Hofoss D., Hoven F.H., Rønning R., 1981, 2. opplag: *Innføring i organisasjonsteori*, Oslo, Universitetsforlaget
- Jacobsen D.I., 2005: *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*, 2. utgave, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jacobsen D.I. og Thorsvik, 2007: *Hvordan organisasjoner fungerer*, 3. utgave, Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen D.I., 2009: *Organisasjonsendringer og endringsledelse*, er, 4. opplag, Bergen: Fagbokforlaget
- Morgan, Gareth 1991: *Organisasjonsbilder*, 4. opplag. Oslo: Universitetsforlaget
- Røvik, K.A. 2005: *Moderne organisasjoner*, 5, opplag, Oslo: Universitetsforlaget
- Røvik, K.A. 2007: *Trender og translasjoner*, Oslo: Universitetsforlaget
- Stortingsmelding nr. 47 2008-2009: Samhandlingsreformen
- Kommunal Rapport, 09.08.2012

Vedlegg:

Brev til kommunene

Intervjuguide

Venche Fagereng
8400 Sortland

7. juni 2012

Til rådmennene i Vesterålen

Masteroppgave - søknad om å få gjennomføre intervju og relevante dokumentstudier

Jeg er ansatt i teknisk enhet Sortland kommune og er masterstudent i emnet Strategisk ledelse og økonomi ved Universitetet i Tromsø. Studiet avsluttes med masteroppgave, 30 studiepoeng, som skal være ferdig medio november 2012.

Tema for masteroppgaven min er samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen skal imøtekomme dagens og framtida helse- og omsorgsutfordringer. Statlige initierte reformer betyr endringer i kommunene, og jeg vil forske på hvordan kommunene møter disse utfordringene. I oppgaven vil jeg beskrive og karakterisere status og organisatoriske prosesser i utvalgte Vesterålskommuner (VK) ved innfasing av samhandlingsreformen, med følgende forskningsspørsmål:

Hvor forberedt var VK på Samhandlingsreformen? Hva har skjedd etter den formelle iverksettelsen? Hva kjennetegner den første fasen i innføring av samhandlingsreformen i VK og hva kan forklare eventuelle variasjoner mellom kommunene?

I analysen av funnene vil bruke tre organisasjonsteoretiske perspektiv. Utvalg av data har jeg planlagt gjennom intervju av personer som er sentrale i innføringen, 1-2 informanter fra hver kommune og koordinator for samhandling i regionrådet, samt dokumentstudier. Intervjuene vil bli tatt opp og hvis nødvendig skrevet ut.

Mvh



Venche Fagereng

977 66 352

Intervjuguide til prosjektoppgaven: Hvordan gikk det da samhandlingsreformen møtte Vesterålskommunene?

A Data om den som er intervjuet

1. Bakgrunn - utdanning og yrkeserfaring
2. Rolle i innføringen av reformen
3. Annet relevant i forhold til bakgrunn/rolle

B: I hvilken grad og eventuelt hvordan hadde kommunen forberedt innføringa av samhandlingsreformen

Prosesser før implementering

1. Når hørte du først om samhandlingsreformen?
2. Husker du NÅR dere startet forberedelsene?
3. HVA konkret gjorde dere da?
4. HVEM var involvert i forberedelsesfasen?
5. Hvilke PROSESSER har kommunen hatt /deltatt i for å forberede innføringa?
6. HVILKE enheter/nivå har deltatt? Politisk - administrativt - regionalt
7. Hvordan ORGANISERTE dere denne tidlige fasen?
8. Er det noen politikere i kommunen som er spesielt engasjert i samhandlingsreformen?
9. Hvilke organisatoriske grep ble tatt i forberedelsene - Prosjektgruppe?
10. Samhandlingsreformen fases inn i flere trinn – har kommunen utarbeidet en plan for fasene: for 2012 og fra 2012 og utover?

Oppgaver, behov for endring og grep

11. Har kommunen kartlagt hvilke oppgaver samhandlingsreformen utløser i egen organisasjon?

12. Hvem har i så fall gjort det?
13. Hvordan ble denne kartleggingsjobben gjennomført?
14. Hvordan har dere involvert egen organisasjon i jobben med å kartlegge og analysere?
15. Hvordan og i hvilken grad var følgende aktører involvert: Ansatte, ledergruppa, politisk ledelse, regionalt nivå? Eventuelt andre? Hva var begrunnelsen for at akkurat disse var involvert? Hvem bestemte hvem som skulle gjøre dette arbeidet?
- 16. Hva kom ut av dette arbeidet; avdekket man for eksempel behov for endringer og justeringer for å kunne møte reformen?**
- 17. Hvor i organisasjonen var behovene for endring?**
- 18. Er det oppgaver i samhandlingsreformen som er av en størrelse at de må løses på regionalt nivå?**
19. Hvordan har kommunen kommet fra til hvilke grep som må tas for å møte oppgavene?
20. Har man gjort noen organisatoriske tilpasninger av formell struktur, altså organisasjonskartet, for å forberede reformen?
21. Hvordan ble implementeringa forberedt? Organisatorisk, administrativt, politisk, regionalt
22. Har dere hatt en kritisk gjennomgang av prosedyremessige og/eller rutinemessige grep – som gjennomgang av eksisterende rutiner og eventuelt laget nye.
23. Har dere endret på eller skjerpet ansvarsfordelingen mellom ulike ledere?
24. Har dere sett behov for og har man tatt *ledelsesmessige* grep, som bevisstgjøring av hvilke ledelsesmessige utfordringer som samhandlingsreformen innebærer? .
25. Krever samhandlingsreformen endringer i organisasjonskulturen?
- 26. Hvordan er behovene for endring avdekket?**

C: Hvordan har det gått i tiden etter 1.1.12

- 27. Kom avtalene på plass 1.2. og 1.7.**
- 28. Har kommunen hatt et apparat som har klart endringen i forhold til spesialisthelsetjenesten: som har klart å behandle før innleggelser og imot utskrivingsklare pasienter?**
- 29. Hvordan gikk det - har det vært samsvar mellom det som ble planlagt og behovet på disse områdene - og hvor har de største utfordringene vært:**

Holdt disponeringen av de statlige overføringene i forbindelse med samhandlingsreformen:

Forberedt kommunal medfinansiering

Forberedt betaling for utskrivningsklare pasienter:

Kommunespesifikk del i samarbeidsavtalene med NHLS

Overføring av ansvaret for folkehelsearbeidet til kommunene

Reformens intensjoner om forebygging innen helse- og omsorg (alle grupper, eldre, tjenester)

Medisinsk faglig kompetanse (endringer i andel kommunalt ansatte leger, tilsyn, fastlegehjemmel)

Annen helsefaglig kompetanse (eventuelt behov for grunn eller videreutdanning, nye faggrupper)

Organisatoriske forhold (evt behov for å endre internt eller samarbeid med andre)

Koordinering av tilbud og samhandling med HF (inkl koordinerende enhet, saksbehandling, økonomi)

Lavterskeltilbud og fagteam (helsestasjon unge og eldre, diabetesteam, kols, kreft, med mer)

Kommunalt lærings og mesteringsenter.

Dimensjonering av tilbud, omsorgstrapp (f.eks endret behov for institusjonsplasser, hjemmetjeneste, med mer)

Helseprofiler, statistikk og planarbeid (bruk av profilene til planlegging, forebygging, osv):

Forskning og utvikling (bruk av utviklingsprosjekt, evidencebasert kunnskap, forskning, spesielt omsorgsforskning)

Eventuelt annet

D: Endringsprosesser i organisasjon - læring

30. Hva har kommunen lært av forberedelsene til samhandlingsreformen?
31. Hva har kommunen lært av den første fasen i implementeringa? Har man måtte gjøre justeringer underveis? Har dere måttet justere ned ambisjonene Hvordan har reaksjonene vært hos de tillitsvalgte i prosesser?
32. Hvordan følges innføringen av samhandlingsreformen?
33. Har kommunen en strategi for å fange opp kunnskapen som skapes i endringsprosesser?
34. På hvilke etablerte arenaer skjer kunnskapsutveksling? I enhetene ? Mellom enhetene, mellom kommunene

1.5. Oppsummering