

UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Handelshøyskolen og

Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging

*Samhandlingsreformen – Har de tre kommunene valgt ulike
implementeringsstrategier og hva består forskjellene i?*

Hva kan eventuelt forklare at de har valgt ulike strategier?

Therese Thomassen

*Masteroppgave i erfaringsbasert master i strategisk ledelse og økonomi -
november 2015*



Forord

Denne masteroppgaven har endelig kommet til sin slutt. Oppgavens tema er valgt på bakgrunn av egne faglige interesser, og er et dagsaktuelt og omdiskutert område – Samhandlingsreformen.

Etter diverse andre ”viktige prosjekter” som barneforøkelse med mer, var det tid for prioriteringer for å få denne oppgaven i mål.

Intervjuene ble foretatt i juli 2015 og selv om en stund har gått, takker jeg informantene som delte sine tanker med meg om et svært interessant tema. Håper dere finner noe av det som er beskrevet av interesse og at dere kjenner dere litt igjen i min konstruksjon av datamaterialet. Som sagt, denne masteroppgaven har tatt sin tid, og jeg vil gi en spesiell takk til min supre veileder Einar Brandsdal for tålmodighet, oppmuntring og støtte i alle faser av arbeidet.

Selv om undertegnede står ansvarlig for oppgaven, er det alltid noen å takke underveis. I innspurten har det vært mange hjelpsomme og støttende personer rundt meg. Takk for god hjelp og ”hyggelige avbrekk” til medstudenter.

Takk til vidunderlige mann Roman som har stilt opp, motivert og støttet meg underveis. Takk til mine tre barn Daniel, Benedicte og lille Julie, som aldri har klaget over at mamma har jobbet med oppgaven.

Som sagt, selv om oppgaven er mitt produkt, hadde jeg aldri fått mulighet til å skrive den ferdig hvis det ikke hadde vært for min supre veileder og mine kjære. Tusen takk!!

Lakselv mai 2016

Therese Thomassen

Sammendrag

Denne masteroppgaven er skrevet som avslutning på min MBA- utdanning ved Universitetet i Tromsø (UiT). Arbeidet med masteravhandlingen har vært en lang prosess fra jeg bestemte meg for tema til ferdig avhandling. Tema er Samhandlingsreformen og kommunenes implementeringsstrategi av denne. Etter analyser basert på tre kommuner i Finnmark, har jeg fått noen mulige svar, men sitter også igjen med nye spørsmål.

Kommunene har fått et større ansvar for helse- og omsorgstjenestene, og vil også overta flere oppgaver fra spesialisthelsetjenestene i årene som kommer. Hvordan den nye oppgavefordelingen vil slå ut for den enkelte kommune er likevel uklart. Spesielt er det mye usikkerhet omkring de små kommunenes evne til å møte reformens krav.

Samhandlingsreformen peker på en framtidig endret kommunerolle, men overlater til kommunene selv å meisle ut nye samarbeidsformer og strukturer, enten det er snakk om å løse oppgavene alene eller i samarbeid med andre.

Formålet med oppgaven er å undersøke hvilke implementeringsstrategier de tre utvalgte kommunene i Finnmark har valgt overfor Helseforetaket ved oppstart av Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr. 47). Med implementeringsstrategier mener jeg å undersøke om kommunene har satt seg spesifikke mål og har langsiktige planer ift. implementering av Samhandlingsreformen. Kommunene forventes å overta oppgaver fra Helseforetak og i møte med den nye helsepolitiske statusen velger kommunene ulike strategier. Og det er disse strategiene, eller fraværet av dem, som er tema for denne oppgaven. Hvordan tenker, planlegger og handler sentrale aktører når en slik reform lanseres og iverksettes? Dominerer lokale, kommuneinterne strategier, eller formes den nye kommunerollen også sammen med nabokommuner? Dette er også i tråd med det økende fokuset på New Public Management (NPM) i Norge de siste 30 årene.

Min problemstilling:

Samhandlingsreformen – Har de tre kommunene valgt ulike implementeringsstrategier og hva består forskjellene i?

Underspørsmål:

Hva kan eventuelt forklare at de har valgt ulike strategier?

I min studie, anvender jeg John P. Kotter sin åtte – trinns modell og organisasjonsteori, supplert med annen relevant teori, som rammeverk for undersøkelsen. Jeg har utført semistrukturerte intervjuer med klinikksjefer og politisk og administrativ ledelse i kommunen og ved helse- og omsorgsavdelingene. Disse ble valgt da de er beslutningstakere og operative aktører i forhold til valg av strategi og implementering av Samhandlingsreformen i kommunene.

Formålet med intervjuene var å avdekke funn som var egnet som bidrag til å svare på oppgavens problemstilling, og eventuelt bidra til å avkrefte eller bekrefte mine hypoteser.

Som forskningsdesign har jeg valgt kvalitativ metode. Materialet er innhentet gjennom strukturert intervju med informanter fra tre kommuner og helseforetaket i Finnmark. Jeg har også valgt å bruke sekundær data.

Undersøkelsen avdekker at det kan være rimelig grunn til å anta at de utvalgte kommunene har valgt ulike strategier i forhold til Helseforetaket, hva gjelder implementering av reformen. De fleste opplevde å ha fått lite eller svært dårlig informasjon i forkant av og kommunikasjon underveis ift. oppstart av reformen. De viste lite av hvilke utfordringer og konsekvenser reformen ville få for deres kommune. God kommunikasjon er et vesentlig verktøy og av avgjørende betydning for å lykkes med implementeringsprosesser.

Funnene, representerer min tolkning av respondenters subjektive forestilling om sin virkelighet. Mine data er derfor ikke generaliserbare, men kan være et bidrag til å peke på problemstillinger som foretaket kan se nærmere på.

De tre kommunene har valgt ulike strategier for gjennomføring av reformen, noe av ulikheten refereres under.

Karasjok har satset på flere korttidsplasser, bygd opp kompetanse og inkludert ledere mer, større fokus på å beholde pasientene i kommunen, ønske om å gi en helhetlig og samordnet tjeneste i kommunen. Prøvde seg på et samarbeidsprosjekt med tre nabo kommuner, dette samarbeidet døde ut før noen avtaler ift. tjenester ble et faktum.

Alta har satset på å styrke hjemmebasert omsorg og samtidig økt korttidsplasser. De har også vedtatt å bygge omsorgssenter og de har planlagt tjenesten, styrket og omdisponert personell. De har også bygd opp spesialisthelsetilbud i kommunen og har opprettet ressursgruppe på

overordnet nivå i kommunen. De har nedfelt strategien i kommuneplanen, omorganisert helse- og omsorg og lagd egen folkehelseplan.

Hammerfest har prøvd å tilpasse tjenestebehovet og økt kompetansen på tjeneste og ledernivå. Bygger omsorgssenter og etablert eget dagsenter, økt fokus på folkehelse og hverdagsrehabilitering. De har opprettet folkehelsekoordinator og har folkehelseplan.

Det som blant annet kan forklare valg av ulike strategier kan være relatert til; språk-samisk/norsk, kulturforståelsen i organisasjon, politisk og administrativt styre, stabilitet i organisasjonen, forkunnskaper og kunnskaper om Samhandlingsreformen, engasjement og interesse for endringer og innføring av Samhandlingsreformen, samarbeid med ander kommuner og foretaket, kommunikasjon og samarbeid internt og eksternt, arbeidsmengde og opprettelse av stillinger ift. Samhandlingsreformen mm.

Innhold

.....	i
1 Innledning.....	1
1.1 Problemstilling og bakgrunn for valg av problemstilling.....	1
1.2 Rapportens oppbygning	3
2 Empirisk kontekst	4
2.1 Historien før Samhandlingsreformen	4
2.2 Samhandlingsreformen	5
2.3 Hva betyr dette for kommunene generelt?	8
2.4 Hvilke valgmuligheter har kommunene ift. implementeringsstrategi?	9
2.5 Presentasjon av de tre kommunene og helseforetaket	9
3 Teori og tidligere forskning	14
3.1 Begrepsavklaring	15
3.2 New Public Management (NPM) og innføring i Norge.....	16
3.2.1 Kritikk av NPM.....	17
3.3 Makt og avmakt i samspill mellom to parter	17
3.4 Tidligere forskning	19
3.5 Kotters 8 trinns modell om endringsledelse	21
3.5.1 Etablere forståelse av krise eller nødvendighet.....	21
3.5.2 Etablere gruppe for å lede endringen	21
3.5.3 Formulere endringsvisjon og strategi	22
3.5.4 Kommunisere endringsvisjon.....	22
3.5.5 Gi ansatte handlekraft via fullmakter og handlingsrom	22
3.5.6 Synliggjøre kortsiktige gevinster	23
3.5.7 Konsolidere og initiere nye delprosjekter	23

3.5.8	Forankre nye tilnæringsmetoder i organisasjonskulturen	24
4	Metode	25
4.1	Reliabilitet og validitet	27
4.1.1	Reliabilitet/pålitelighet	27
4.1.2	Validitet/gyldighet	28
4.2	Utvalg av respondenter	28
4.3	Svakheter ved valg av kvalitativ metode	29
5	Presentasjon av resultater og drøfting av problemstilling	30
5.1	Presentasjon av innsamlet datamateriale	30
5.1.1	HELSEFORETAK – kliniksjefer	31
5.1.2	ADMINISTRATIV LEDELSE KOMMUNE – Rådmenn	32
5.1.3	ADMINISTRATIV LEDELSE I KOMMUNENE– Helse- og omsorgssjefer	32
5.1.4	POLITISK NIVÅ	33
5.1.5	Karasjok kommune	33
5.1.6	Alta kommune	34
5.1.7	Hammerfest kommune	35
5.2	Har kommunene valgt ulike implementeringsstrategier og hva består forskjellene i? 36	
5.2.1	Etablere forståelse av krise eller nødvendighet	37
5.2.2	Etablere gruppe for å lede endringen	38
5.2.3	Formulere endringsvisjon og strategi	39
5.2.4	Kommunisere endringsvisjon	40
5.2.5	Gi ansatte handlekraft via fullmakter og handlingsrom	40
5.2.6	Synliggjøre kortsiktige gevinster og konsolidere og initiere nye delprosjekter.	41
5.2.7	Forankre nye tilnæringsmetoder i organisasjonskulturen	42

5.3	Hva kan eventuelt forklare at de har valgt ulike strategier?.....	43
6	Avslutning og konklusjon	44
7	Referanseliste.....	46
7.1	Nettlinker.....	48
8	Vedlegg.....	51
8.1	Spørsmålsoversikt.....	51
8.2	Informert samtykke	54
1	Bakgrunn og formål	54
2	Hva innebærer deltakelse i studien?.....	54
7.3	Meldeskjema NSD	56
	MELDESKJEMA.....	56

1 Innledning

Denne oppgaven handler om hvordan en offentlig reform – Samhandlingsreformen, og tre kommuners valg av implementeringsstrategi overfor Helseforetakene.

Reformen er politisk planlagt. Den kommer som følge av endringer i det demografiske bildet. Folk lever lengre og sykdomsbildet har forandret seg betydelig de siste tiårene (St. melding nr. 47, 2008-2009). Fokuset skal endres fra behandling til forebygging og tidlig intervensjon, og et vesentlig poeng er at forebygging og behandling så langt som mulig skal skje i kommunene og ikke i spesialisthelsetjenesten (St. melding nr. 47, 2008-2009 – kap. 6). Samhandlingsreformen innebærer en klar forskyvning av oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Implementering av Samhandlingsreformen gir en god anledning til å studere hvordan og evt. hvilke strategier - kommuner har valgt for å imøtekomme reformen og de nye lovkrav som følger. Dette er nyttig å vite i ettertiden ved en eventuell innføring av en ny reform, ta lærdom av det som har fungert og det som ikke har fungert.

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan ulike kommuner har valgt å legge opp sin strategi i forhold til å implementere Samhandlingsreformen i sine respektive kommuner. Jeg ønsker å presisere problemstillingen nærmere etter en kort presentasjon av hovedelementene i Samhandlingsreformen.

1.1 Problemstilling og bakgrunn for valg av problemstilling

Samhandlingsreformen omtales som en retningsreform; kommunene forventes å ta et større ansvar for forebyggende arbeid og helseforetakene skal bli mer spesialiserte. Dette innebærer omfattende endringer i oppgavefordeling, ansvar og roller mellom kommunene og helseforetak. Disse endringene mellom stat og kommune gjør reformen også til en forvaltningsreform. Når oppgaver og ansvar forflyttes mellom forvaltningsnivåer får det konsekvenser for de ulike partene, og det vil være nødvendig med gode strategier og styring for å oppnå ønsket målsetning. Konsekvenser for kommunene når oppgaver flyttes kan være av økonomisk art eller føre til mangel på kompetanse eller personell. Nye oppgaver krever

omstrukturering av tjenesten. Kommunene skal ta over oppgaver fra helseforetaket, som er på spesialistnivå. Dette betyr at kommunene må utføre flere oppgaver som før 01.01.2012 ble utført på sykehus. Dette koster penger, krever personell, mye administrativ jobbing, ny IKT verktøy og planlegging og samarbeid med helseforetaket. Dessuten må både kommunene og foretakene jobbe etter to nye lovverk, noe som krever kursing og mye tid for å sette seg inn i. Helseforetakene får også nye oppgaver, da de har veileder- og hospiteringsplikt overfor kommunene. De må også ta i bruk nytt IKT (Informasjons- og kommunikasjonsteknologi) verktøy og økonomisystemer.

Samhandlingsreformen, representerer store endringer og utfordringer for kommunene og helsesektoren. Tyngden av utfordringer vil komme i kommunal sektor. Kommunene kan etter innføringen av Samhandlingsreformen velge å kjøpe tjenester av helseforetaket, fra andre kommuner eller bygge opp alt i egen kommune. De kan for eksempel velge å betale, om de ikke kan ta imot utskrivningsklare pasienter, det samme kan de gjøre med pasienter de ikke kan gi tilbud til i kommunen (eks; dialyse, - kreft og KOLS pasienter). De kan også kjøpe 116117 tjenesten fra foretaket og ikke opprette egen sentral i kommunen.

Videre ønsker jeg å få svar på hva som eventuelt forklarer disse ulike strategiske valgene. Jeg har tatt utgangspunkt i forklaringer gitt av politisk og administrativ ledelse i kommunen (Ordfører og Rådmann), politisk og administrativ ledelse i den kommunale helsesektoren (Helse- og omsorgssjef/sectorleder og utvalgsleder/sector leder – politisk) og klinikksjefer ved begge foretakene.

Min problemstilling:

Samhandlingsreformen – Har de tre kommunene valgt ulike implementeringsstrategier og hva består forskjellene i?

Underspørsmål:

Hva kan eventuelt forklare at de har valgt ulike strategier?

Temaet mitt er en omfattende reform, men jeg har avgrenset temaet til å se på hvilke strategier kommunene har valgt overfor Helseforetak og hva som eventuelt kan forklare disse valgene. Temaet jeg har valgt er veldig interessant da det er veldig nytt og veldig lite forsket

på tidligere. Det finnes derfor lite teori om emnet, og man vet ikke ennå helt effekten av reformen. Dette gjør temaet enda mer spennende å forske på.

1.2 Rapportens oppbygning

Denne oppgaven har 6 kapitler. I kapittel 1: Innledning, har jeg gitt en kort presentasjon av Samhandlingsreformen, problemstilling og bakgrunn for valg av problemstilling og disposisjon av oppgaven.

I kapittel 2 presenteres empirisk kontekst, Samhandlingsreformen, - bakgrunn, - hva og hvordan. Hva reformen betyr for kommunene generelt og hvilke valgmuligheter kommunene har. Videre vil jeg presentere de tre kommunene og helseforetaket.

I kapittel 3 tar jeg for meg teori og tidligere forskning, teoretisk perspektiv og begrepsavklaringer. Teori om implementeringsstrategi, New Public Management (NPM) og kritikk av denne, samt makt/avmakt og tidligere forskning.

Kapittel 4 presenterer metoden jeg har benyttet, reliabilitet og validitet, utvalget av respondenter, og styrke og svakheter ved valg av min metode.

Kapitel 5 har jeg brukt til presentasjon innsamlet data, drøfting av resultater/funn.

I kapittel 6 konkluderer jeg og peker på problemstillinger for videre arbeid.

2 Empirisk kontekst

2.1 Historien før Samhandlingsreformen

Helse- og omsorgssektoren som helhet har hatt en sterk vekst innenfor flere områder, og utviklingen har vært preget av lovendringer og reformer. Perioden fra 1960-1980 omtales som den offentlige revolusjon i velferdsstaten, og er preget av velferdskommunenes framvekst. Flere viktige lover ble implementert i denne perioden, som Sosialomsorgsloven (1964), folketrygdloven (1966) og lov om sykehus (1969). I tillegg foregikk det en omfattende utbygging av pleie- og omsorgstjenester i norske kommuner i perioden 1960-80.

I 1970- årene begynte desentraliseringen og primærhelsetjenesten ble prioritert styrket i 1972 og økonomiske incentiver ble innført. Dette bidro til at de fleste kommuner opprettet hjemmesykepleien i perioden 1972-76.

De økonomiske ordningene førte til at de kommunale hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenestene tidlig i 1980- årene hadde større vekst enn institusjonstjenesten. Dette svekket institusjonstilbudet, selv om etterspørselen økte i kroner og ører. Satsing på åpen omsorg kan sees som et uttrykk for både en differensiering og en institusjonaliseringsprosess. Med differensiering menes her atskillelse og institusjonalisering er prosessen det tar å få noe inn i faste, regelstyrte former eller gjøre det til en institusjon. Altså å etablere det som en grunnleggende og normgivende tjeneste, innretning eller faktor i samfunnet (<http://institusjoner.no/institusjonalisering/> - lest 26.04.16 kl. 20.42).

Reformen legger opp til mer bruk av hjemmebaserte tjenester da dette er mer samfunnsøkonomisk. Man dreier fra institusjon til hjemmebasert og skal dreie fra å bruke sykehus til å gi mest mulig tjenester i kommunen.

Selv om omsorgstjenesten har hatt sterk vekst, har ikke veksten klart å holde tritt med økningen i behovet for tjenester. Helse- og omsorgstjenestene i kommunene har fra 2012 vært regulert av en felles lov for helse- og omsorg som heter Helse- og omsorgstjenesteloven forkortet til HOL (Kassah, Tingvoll og Kassah (red) (2014:18-19).

2.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge som ble initiert av daværende Helse- og sosialminister Bjarne Håkon Hansen i Jens Stoltenbergs andre regjering. Denne ble framlagt gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Reformen trådte i kraft 1. januar 2012 og hovedfokuset var: - Rett behandling- på rett sted - til rett tid.

Reformen begrunnes med at den skal løse tre hovedutfordringer:

Utfordring 1: Fragmenterte tjenester; Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok. Pasienter med sammensatte behov og behov for hjelp fra flere instanser, skal få et bedre tilbud og slippe å forholde seg til så mange instanser.

Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det skal fokuseres mer på å forebygge og begrense sykdom, istedenfor å behandle. Tidlig innsats, hjelpemidler i hjemmet, kostveiledning, røykeslutt, stort fokus på folkehelse og folkehelsearbeid.

Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Mennesker lever lengre og får en mer sammensatt sykdom, oftest flere og mer sammensatte diagnoser.

Kommunene gis ansvar for å sørge for sine borgeres behov for helsetjenester, uavhengig av om tjenestene skal leveres av kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

I forbindelse med Samhandlingsreformen ble Statens overføringer til kommunene økt noe, og kommunene ble oppfordret til å forberede seg på reformen og det ansvaret den medførte (<http://no.m.wikipedia.org/wiki/Samhandlingsreformen> - lest 14.02.2015 kl. 11.20).

Helse- og omsorgstjenesteloven, kapittel 6, forplikter kommuner og helseforetak til å inngå 11 samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Minimumskravene til innholdet i avtalene er med på å sikre nødvendig samhandling mellom kommuner og sykehus. Partene kan inngå samarbeidsavtaler om mer enn det som er minstekravene, f.eks. kan de inngå avtaler om spleiselag (ambulante tverrfaglige team,

lokalmedisinske sentre, tjenester i hjemmet o.l.) når det gir en bedre løsning for pasientene. Det er lovpålagt at alle landets helseforetak skal ha et formelt samarbeidsorgan mellom regionens helseforetak og kommunene i dets opptaksområde, et OSO (overordnet samarbeidsorgan). OSO-et skal blant annet sikre at samarbeidsavtalene mellom helseforetaket og kommunene følges opp og kan ha representanter fra ulike kommuner i regionen, fra helseforetak, KS og Fylkesmannen (<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak> - lest 09.05.16 kl. 11.12).

Finnmarkssykehuset har 5 medlemmer og kommunene 5 medlemmer i Overordnet samarbeidsorgan (OSO) mellom Finnmarkssykehuset og kommunene i Finnmark (<http://www.finnmarkssykehuset.no/overordnet-samarbeidsorgan/category32780.html> - lest 11.05.16 kl. 11.45)

Kommunene skulle etter 01.01.2012 betale 20% av total kostnad når somatiske pasienter ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

For den enkelte kommune medførte dette store organisatoriske og økonomiske utfordringer. Kommunen skulle etter 01.01.2012 tilby et faglig forsvarlig tilbud og ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Kommuner som ikke evnet å ta imot utskrivningsklare pasienter, måtte da betale kroner 4000,- til sykehuset pr. døgn pasienten ble liggende.

I kjølevannet av reformen kom også ny folkehelselov (Lov om Folkehelsearbeid), som skulle styrke kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorer (<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> - lest 31.08.2015 kl.15.37).

Det kom også en ny lov for helse- og omsorgssektoren, og en felles lov (HOL) samler kommunenes plikter. Klageinstans for kommunale vedtak, blir Fylkesmannen. Kommuner og sykehus plikter å samarbeide og kvalitet skal måles. Intensjonen var at pasienter skal oppleve et bedre og koordinert tilbud (<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> - lest 14.02.2015 kl. 11.36).

Pasientrettighetsloven endres også til Lov om pasient og brukerrettigheter, og blir en rettighetslov som gir pasienter og brukere sterkere rettigheter og som skal fremme tillitsforhold overfor helse- og omsorgstjenesten jmf. §1-1.

Formålet med den nye pasient- og brukerrettighetsloven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester, fremme tillitsforhold mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten og at rettighetene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven må ses i sammenheng med motsvarende plikter for helsepersonell i helsepersonelloven, spesialisttjenesteloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukerrettighetsloven lovfester rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen, nødvendig helsehjelp fra kommunen og spesialisthelsetjenesten, rett til fastlege, fritt sykehusvalg, rett til syketransport, rett til medvirkning, informasjon og konfidensialitet, krav om samtykke til helsehjelp og vilkår for å kunne yte helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse. Pasienter/brukere som mener at bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven er brutt har rett til å klage til Fylkesmannen. Pasient- og brukerombudet bistår pasienter/brukere med informasjon, råd og veiledning.

(<https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven> - lest 19.03.15 kl.10.30)

St. melding nr. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen, sier i kap. 9.2 at det viktige med økonomiske incentiver, er at det må jobbes aktivt for å få til gode tilbud i kommunen. Dette for å redusere presset på innleggelser og reinnleggelser i spesialisttjenesten. Kommunene forventes også å kunne overta en del av tilbudene som spesialisthelsetjenesten har i dag, eks. polikliniske konsultasjoner.

Samhandlingsreformen representerer en utfordring for kommunene når det gjelder økte oppgaver, økt kompetansebehov, organisering av tjenestene og tilgjengeligheten på tjenestene i kommunene. Samhandlingsreformen har lagt opp til at hver kommune selv kan møte utfordringene slik de ønsker, så lenge de holder seg innenfor lovverket og bygger opp et faglig forsvarlig helsetilbud (<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Regjeringen-vil-avvikle-kommunal-medfinansiering/id759734/> - lest 25.02.2015 kl. 10.45).

2.3 Hva betyr dette for kommunene generelt?

Når kommunene iverksetter en nasjonal vedtatt velferdspolitik, er handlingsrommet til den enkelte kommune begrenset. Lover, forskrifter og retningslinjer utgjør sammen med en stadig sterkere rettighetsfesting av tjenester, et dobbelt press på lokalpolitikkerne: En ny form for statlig styring kombineres med krav og forventninger fra befolkningen om flere og bedre tjenester (Fimreite 2002, s. 24).

Samhandlingsreformen inntog betyr at kommunene må overta en del oppgaver fra helseforetak, noe som medfører at de må ha flere og spesialisert personell. De kommunene som av økonomisk grunner eller mangel av personell ikke er i stand til å ta over oppgavene, må kjøpe disse tjenestene fra helseforetaket. Kommuner og sykehus skal samarbeide, og kvaliteten måles. Kommunene plikter å opprette øyeblikkelig hjelp – døgntilbud for pasienter som har behov for akutt hjelp eller observasjon (<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> - lest 07.03.2016 – kl. 18.31).

“Kommunene får ansvaret for å sørge for sine borgeres behov for helsetjenester, uavhengig av om tjenestene skal leveres av kommunal omsorgstjeneste eller av statlige sykehus. Tanken er at dette ansvaret skal gi kommunene et motiv til å satse på forebyggende helsevern, og dermed spare kostnader ved sykehusinnleggelse. Ved å samordne ansvaret for helsetjenester, sosialomsorg og eldreomsorg i kommunene, er det et mål å få realisert synergier og en helhetlig tenkning hvor tilbudet overfor borgerne settes inn på et tidligst mulig tidspunkt – gjerne forebyggende“
(<https://no.wikipedia.org/wiki/Samhandlingsreformen> - lest 07.03.2016 kl. 18.21).

Kommunene ble pålagt nye oppgaver og nytt lovverk, noe som resulterte i at de måtte skolere eksisterende personale og ansette mer personell. Også sentraladministrasjonen i kommunene og administrasjon på helse- og omsorg fikk mer arbeid og flere oppgaver ift.

Samhandlingsreformen, da det måtte innføres nye IKT programmer og tjenester gitt i kommune skulle måles og rapporteres.

Spesialisthelsetjenesten har etter 1. januar 2012 anledning til å gi kommuner dagsbøter på 4000,- om ikke kommunene klarer å ta imot sine utskrivningsklare pasienter. Kommunene må også delfinansiere med 20% når de sender pasienter til spesialisthelsetjenesten. Kommunene

har ingen muligheter til å få utsettelse på oppstart eller muligheter til å fortsette som før reformoppstart.

2.4 Hvilke valgmuligheter har kommunene ift. implementeringsstrategi?

Kommunene har ingen valgmuligheter i forhold til oppstartdato eller omfang av reformen. Men kommunene har valgmuligheter ift. om de selv ønsker å lage og implementere langsiktige planer og strategi for å imøtekomme reformkravene. De kan også avgjøre om de ønsker å opprette tjenester selv og eventuelt omfanget av helsetjenester de ønsker å opprette i kommunen. Kommunen kan kjøpe tjenester av andre kommuner eller benytte helseforetaket sine tjenester mot betaling. Å kjøpe tjenester vil være både dyrt og gi et dårligere tilbud til befolkningen, da det kommunale tjenesteapparatet kjenner pasienten best. De kan også inngå samarbeid med andre nærliggende kommuner eller jobbe for en kommunesammenslåing. Ved en sammenslåing av kommuner, er kommunen ikke så sårbar og har et høyere folketall, slik intensjonen med reformen var (folketall høyere enn 15 000 i kommunene).

2.5 Presentasjon av de tre kommunene og helseforetaket

Kommune 1 – Karasjok kommune

Karasjok er nest største kommune i utstrekning, men en middels stor kommune i Finnmarks sammenheng hva angår folketall (antall innbyggere er 2668). Fylkesmannens statusbilde av kommunen viser at det fram mot 2040 vil bli færre yrkesaktive pr. pensjonist. Dette indikerer at en forgubbing er et faktum

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Kommunal%20styring/Kommunereformen/Karasjok.pdf> -lest 10.04.16 kl. 15.41

Karasjok betegnes som en samisk kommune, da store parten av innbyggerne har samisk som første språk. Reindrift er en viktig næring sammen med jordbruk og utmarksnæringer som jakt og fiske. Men i dag er de fleste sysselsatt i offentlig forvaltning, tjenesteyting mv.

Kommunens politiske organisering er bygd opp etter hovedutvalgsmodellen, og har i tillegg til de lovbestemte utvalgene (kommunestyret og formannskapet) tre hovedutvalg (helse- og omsorg, oppvekst/utdanning/språk og kultur og miljø/plan og utvikling.

(<http://no.wikipedia.org/wiki/Karasjok> - lest 27.04.15 kl.13.17).

Helse og omsorgstjenesten er organisert i egne avdelinger som ledes av enhetsledere, hvorav helseavdelingen har ansvaret for primærhelsetjenesten, helsestasjon, skolehelsetjeneste, ergo/fysioterapi og lege, mens pleie og omsorg ivaretar institusjonsbasert omsorg (herunder 18 sykehjemsplasser, sykestueplasser og 1 akutt plass) og åpen omsorg (hjemmebasert omsorg)

(<http://www.karasjok.kommune.no/Modules/theme.aspx?ObjectType=Article&ElementID=663&Category.ID=1194&NewsCategory.ID=1265> – lest 02.05.16 k. 12.00)

Arbeiderpartiet med Høyre, SaB og JSB styrer i perioden 2015- 2019

(<http://www.ifinnmark.no/karasjok/valg2015/disse-skal-styre-karasjok/s/5-81-125035> - lest 25.02.2016 kl. 12.41)

Kommunen har vært i ROBEK (register om betinget godkjenning og kontroll) i perioden 2005-2007 og 2012-2015. ROBEK er et register over kommuner og fylkeskommuner som er i økonomisk ubalanse og må ha godkjenning fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet for å kunne foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler, samt at lovligheten av budsjettvedtakene skal kontrolleres.

(<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/robek-2/kommuner-som-er-oppfort-i-registeret/id415422/> -lest 02.05.16 kl. 11.05).

At kommunen har vært i ROBEK i perioden reformen startet opp, kan ha fått uheldige konsekvenser.

Kommune 2 – Alta kommune

Kommunen fikk bystatus i 2000 og har 20097 innbyggere. Kommunesenteret Alta er Finnmarks største tettsted og har store kjøpesentre i sentrum, noe som har også ført til at byen er blitt et handelssenter i Vest-Finnmark (<http://no.wikipedia.org/wiki/Alta> - lest 27.04.15 kl.13.30). Tradisjonelt har dette vært et samfunn med småbrukere og skiferdrivere, dvs. mange har livnært seg av en kombinasjon av småbruk med melkekyr og sauer, hvor mennene jobbet hjemme på gården om sommeren og i skiferfjellet om vinteren.

Samfunnet i dag preges av mange selvstendig næringsdrivende og store entreprenørselskaper innen bygg og anlegg. Horisontene utvides stadig, og Statoils gassterminal på Melkøya har også tilført næringslivet arbeidsoppgaver. Fylkesmannens statusbilde av kommunen viser også at Alta fram mot 2040 får færre yrkesaktive pr. pensjonist, dette til tross for at kurven for barnefødsler stiger mot 2040

(<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Kommunal%20styring/Kommunereformen/Alta.pdf> – lest 10.04.16 kl. 15.55).

Kommunen har også høgskole, som er en del av Høgskolen i Finnmark. Høgskolen har ca. 270 årsverk og server ca. 1800 studenter fordelt på rundt 60 forskjellige studier. Høgskolen er lokalisert med to avdelinger i Alta og en avdeling i Hammerfest

(<http://studievalg.no/skoler/hogskole/finnmark/alta/hogskolen-i-finnmark-alta> -lest 31.08.2015 kl. 15.59).

Alta kommune har følgende organisering: Under Rådmannen er kommunalleder for oppvekst/kultur, helse- og omsorg og drift- og utbyggingstjenesten.

(<https://www.alta.kommune.no/tjenestekomraader-og-virksomheter.73553.no.html> - lest 25.02.2016 kl. 14.02).

Helsetjenesten er organisert med hjemmetjeneste, 5 sykehjem, bistand -herunder psykiatri og rus, botiltak og miljøarbeidertjenesten, helse- herunder lege føden, sykestue og rehabilitering og NAV (<http://www.alta.kommune.no/tjenestekomraader-og-virksomheter.73553.no.html> - lest 02.05.16 kl. 12.00). Arbeiderpartiet med SV styrer i perioden 2015-2019.

(<https://www.alta.kommune.no/offentlig-utvalg-kommunestyret.157671.20260a3c565.euu.html> - lest 25.02.2016 kl.14.06).

Kommune 3 – Hammerfest kommune

Hammerfest er en bykommune i Finnmark med 10445 innbyggere. Kommunen er i vekst og utvikling og ble etablert som fylkets petroleumssenter og er vertskommune for Snøhvit LNG og en landorganisasjon for Goliat-feltet. Kommunen har et variert næringsliv og et offentlig tjenestetilbud med bl.a. sykehus og høyskole (se for øvrig under kommune 2 ang. høyskolen) (https://www.facebook.com/hammerfest.kommune/info?tab=page_info – lest 27.04.15 kl. 15.10). Fylkesmannens statusbilde av kommunen viser at også i Hammerfest vil yrkesaktive pr. pensjonist fram mot 2040 synke, selv om det i samme tidsrom er positive tall ift. fødsler (<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Kommunal%20styring/Kommunereformen/Hammerfest.pdf> - lest 10.04.16 kl. 16.24).

Hammerfest kommune er vertskommune for helseforetaket og har et av to sykehus i fylket.

Kommunen har følgende organisering: Under Rådmannen er kommunalsjefer for helse- og omsorg, barn- og unge og kultur- og samfunn. På siden av Rådmannen finner vi rådgivere, folkehelsekoordinator og NAV sosiale tjenester. Stabsfunksjonen med assisterende Rådmann, prosjektavdeling, service og utvikling, servicesenter, økonomi, IT avdelingen, lønn og personale og plan og utviklingsavdelingen med følgende underavdelinger; byggesaksavdeling, miljøavdeling og næringsavdelingen (<http://www.hammerfest.kommune.no/organisasjonskart.154743.no.html> - lest 25.02.2016 kl. 14.20).

Helse- og velferd i Hammerfest er delt i fire hovedtjenester; helsetjenester (ergo/fysioterapi, helsesøster, kreftkoordinator, kriseteam, svangerskap, syn/hørsel, helsestasjon for ungdom), legetjenester (3 legesentre og øyeblikkelig hjelp), pleie- og omsorg (brukerstyrt personlig assistent, hjemmetjeneste, rus/psykiatri, alderspensjonat, bokollektiv og sykehjem) og sosiale barnevern, NAV, krisesenter og innvandretjenesten) (<http://www.hammerfest.kommune.no/sosiale-tjenester.154659.no.html> - lest 02.05.16 kl. 12.10)

Vært i ROBEK i 2001 og 2003-2005 (<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/robek-2/kommuner-som-er-oppfort-i-registeret/id415422/> -lest 02.05.16 kl.11.05).

Helseforetakene i Norge.

Et helseforetak er en statlig virksomhet, som eies av et regionalt helseforetak. Helseforetakene yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette. Foretakene reguleres av helseforetaksloven av 2001.

Hvert foretak ledes av et styre og en administrerende direktør. Det er de regionale foretakene som selv fastsetter hvordan de ønsker å fordele tjenesteytelsen mellom sitt underliggende foretak. Et foretak kan bestå av flere sykehus og andre institusjoner, men hver av disse representerer ikke egen virksomhet etter helseforetaksloven

(<https://no.wikipedia.org/wiki/Helseforetak> - lest 25.02.2016 kl. 20.15).

Helseforetaket Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset er et av fem helseforetak i Helse Nord og har ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet i Finnmark fylke. Finnmarkssykehuset har administrativ hovedbase i Hammerfest, hvor også et av to sykehus ligger. Det andre ligger i Kirkenes. Den psykiatriske helsetjenesten og rusomsorgen er desentralisert og lokalisert i hele fylket.

Finnmarkssykehuset har organisert sin virksomhet i 5 enheter/klinikker: Kirkenes, Hammerfest, klinikk for psykisk helsevern og rus, prehospitale tjenester og drift

(<http://www.finnmarkssykehuset.no/om-helseforetaket/category29691.html> - lest 11.08.15 kl. 12.22).

3 Teori og tidligere forskning

I dette kapittelet tar jeg for meg begrepsavklaring og teori som kan belyse min problemstilling. Her vil organisasjonsteori for offentlig sektor være sentral. Videre har jeg tatt for meg teori om implementeringsstrategi, da dette er kjernen i min problemstilling. Videre vurderer Samhandlingsreformen i lys av prinsippene i New Public Management. Dette da reformen er en del av den store reformtrenden i offentlig sektor. Jeg ønsker også å rette fokus mot makt og avmakt, da flere av informantene har uttrykt at de opplever et makt/avmakts forhold mellom kommune og foretak og dette har betydning for hvordan implementerings forløpet forløper. Jeg bruker også JP Kotters 8 trinns modell om endringsledelse, da jeg anser denne som svært relevant.

For å forstå dynamikken i en kommune, er det viktig å vite forskjell mellom politikk og administrasjon. Alle kommuner i Norge har kommunestyre eller bystyre som politisk organ, der øverste leder er ordfører. De fleste styrer etter formannskapsmodellen, der minst fem av kommunestyrets representanter utgjør et arbeidsutvalg som heter formannskapet. Rådmannen er kommunens administrative leder og er ikke politisk valgt. Det er et klart skille mellom politikere og administrasjonen, og politikerne har dermed et begrenset ansvar for kvaliteten og gjennomføringen av kommunens tjenester (<http://ndla.no/nb/node/7831> - lest 10.04.16 kl. 18.00).

Det er også viktig å forstå at offentlige organisasjoner preges av hierarki og forhandlinger, kultur og myter, som påvirker innholdet i offentlig politikk (Christensen mfl. 2004:11-31 og 149-170). Dette kan forklare hvorfor de forskjellige kommunene har valgt forskjellige strategier.

3.1 Begrepsavklaring

Implementeringsstrategi er et ledelses- og styringsdokument, som inneholder vurderinger og begrunnelser for den overordnede måte implementering gjøres på. Det handler om endring og overgang fra program til drift.

Endringsledelse; rammeverk for endringsledelse i organisasjon og overgang (fra søknad til operasjon); rammen fra overgangen fra program til å operere – og dermed sikre en effektiv gjennomføring. Implementeringsstrategien skal sette rammer for både forberedelse av overgang til drift, selve utrulling og den etterfølgende driftssituasjonen (http://www.digst.dk/~media/Files/Styring/Ny-struktur_Marts-2015/2-Programmodel/Programmodel_Produkt_Implementeringsstrategi.docx - lest 01.05.16 kl 21.00).

Implementere betyr rett og slett iverksette eller fullføre, så da betyr implementering at man iverksetter noe eller fullfører noe (<http://www.ordetbetyr.com/synonym/implementere> - lest 27.04.16 kl. 13.34).

Strategi handler om å se det hele og langsiktige bildet, på samme tid som du må se alle enkeltdeler og ytre og indre krefter som påvirker disse. Du må ta noen valg for å nå målet. (<http://ledelsesspire.blogspot.no/2013/02/hva-er-strategi.html> - lest 5.09.2015 kl. 17.10).

“**Samhandling** er et begrep som benyttes om koordinering og gjennomføring av aktiviteter i en prosess der ingen enkeltperson eller institusjon har totalansvar for prosessen, f.eks. å lande et fly. Prosessen må derfor finne sted i forhandlinger mellom aktørene“ (<http://no.wikipedia.org/wiki/Samhandling> - lest 24.04.15 kl. 13.47).

Samhandling er helt nødvendig mellom kommunene og helseforetaket, for å kunne implementere Samhandlingsreformen. Dess bedre samhandling, dess lettere vil innkjøringen, implementeringen og samarbeidet mellom kommunene og helseforetaket gå. For å kunne imøtekomme reformen, nytt lovverk og alle krav, måtte kommunene tenke på om de også skulle samhandle med andre kommuner.

3.2 New Public Management (NPM) og innføring i Norge

Jeg mener at NPM er relevant for min oppgave for å belyse at det har skjedd store endringer innen helsesektoren i perioden 2000-2010, noe som også har hatt sammenheng med at ideen om markedsstyring innenfor sektoren har gjort seg gjeldende. (Kassah, Tingvoll og Kassah (red) (2014:21-22).

NPM benyttes ofte som et samlebegrep for denne utviklingen- selv om det ikke er en entydig trend. Klausen (1998) hevder at det finnes en del ideer og forestillinger om den offentlige sektor;

1. Den offentlige sektor er for stor og bør privatiseres/omorganiseres etter modeller i privat sektor.
2. Den offentlige sektor er ineffektiv og dårlig ledet og kan lære styring av privat sektor.
3. Politikerne bør konsentrere seg om politiske beslutninger og overlate detaljstyring og gjennomføring til administrasjonen.

Ut fra dette har vi fått en utvikling innen offentlig sektor som er preget av overføringer av modeller fra privat næringsliv. Med større vekt på konkurranse, resultatmålinger, fokus på kunden, sterkere styring og mer vekt på ansvarliggjøring (Busch, Johnsen og Vanebo 1999:13-14).

Samhandlingsreformen spinger ut fra punktene ovenfor og skal effektivisere og omorganisere helsesektoren- tjenester skal måles. Implementeringen av Samhandlingsreformen preges av at alt skal gjøres så effektivt, kommunene skal ta mer ansvar og ansatte må yte mer, da økonomiske virkemidler ikke følger med. Dette vil ha konsekvenser for implementeringen av Samhandlingsstrategier i kommunene.

Jeg ønsker med dette å illustrere at det er sammenheng mellom NPM og innføringen av Samhandlingsreformen. I Norge opplever jeg at det blitt stadig strengere og strengere krav om effektivisering og rapportering i helsesektoren, og det skal gis bedre og flere tjenester for stadig lavere kostnader. Kommunene påleggs å effektivisere og sentralisere, pga. økonomi. Samhandlingsreformen satte ytterligere press både ift. økonomi og sentralisering, mer og flere tjenester skal ytes til befolkningen uten at økonomiske virkemidler følger med. Samhandlingsreformen springer ut fra punktene som representeres ovenfor ift. NPM.

Daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen konkluderte i forordet til Stortingsmelding nr. 47 Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid (2008-2009) med at samfunnet ikke fikk nok helsetjenester igjen for pengene. Han mente at man måtte tenke nytt og annerledes for å være i stand til å møte framtidens utfordringer.

3.2.1 Kritikk av NPM

Den stadig mer omfattende bruken av prinsippene i NPM møter kritikk fra flere hold, på landsmøtet til Fagforbundet i 2009 tok leder Jan Davidsen et sterkt oppgjør med det han kalte et “markedsliberalistisk eksperiment”, som han hevder overfører makt fra politikerne til det private markedet og gjennomsyrrer offentlig sektor på alle nivå (<http://www.velferdsstaten.no/Nyhetsbrev/?article%20id=45362> – lest 09.05.16 kl. 13.11).

I følge Lie og Christensen (2007) har et av hovedproblemene med NPM vært at det har ført til fragmentering og oppsplitting av tjenestene.

3.3 Makt og avmakt i samspill mellom to parter

Jeg har valgt å ta med temaet om makt og avmakt, da flere av informantene følte et makt og avmakts forhold mellom kommuner og helseforetak. I tillegg er det et viktig tema da det påvirker samarbeid og samhandling mellom parter.

Sosiologen Max Weber sin definisjon av makt “et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand” (Weber og Fivelsdal 2000).

Makt er tilstede i nesten alle mellommenneskelige forhold. Den franske filosofen Michel Foucault sier “Makt er til stede over alt, ikke fordi den omfatter alt, men fordi den kommer fra alle steder” (Jensen 2006:90).

Avmakt er det motsatte av makt, man er maktesløs og har ikke innflytelse på egen livssituasjon. Man kan være handlingslammet og hjelpeløs i forhold til andre som kan ta

beslutninger som får konsekvenser for eget liv. Avmakt betyr avhengighet av andre og til dels at en kan bli utnyttet av andre (<http://ndla.no/nb/node/78354> - lest 17.08.2015 kl. 16.00).

Fordeling av makt påvirker samarbeidet mellom interessenter, ressursgrunnet er vanligvis begrenset og interessentene er alltid interessert i å skaffe seg større belønninger. Den enkeltes makt blir dermed avgjørende for å klare å skaffe større og bedre belønninger. I min studie opplever flere informanter et avmakts forhold ift. helseforetaket. De opplever at foretaket sitter med definisjonsmakten og at kommunen har få eller ingen medbestemmelse eller mulighet til å ta avgjørelser, dette var særlig sentralt ift. økonomi, overtakelse av oppgaver fra helseforetak og inngåelse av avtalene 1 til 11.

Guðmund Hernes skriver i boken "Makt og avmakt" "at det er en rekke ulike intuitive forestillinger som knytter seg til maktbegrepet og at man ikke kan fange inn alle. For å analysere maktforhold må man ta i betraktning de ulike *interessene* en aktør har, og den grad av *kontroll* andre har over realiseringen av disse interessene. I samfunnsforskning har en to tradisjoner som hver tar opp et av disse aspektene, konstitusjonsanalyse og interesseanalyse. Ved å se nærmere på disse, vil en få en bedre begrunnelse for elementene i maktmodellen (Hernes 1978: 17-23).

Når nye strategier skal implementeres er det viktig å tenke på hvordan man legger dette fram for og implementerer i organisasjonen. Man bør angi hvilke konsekvenser dette vil få for den enkelte ansatte. Forklare hvordan den enkelte ansatte skal få nødvendig opplæring for å mestre nye oppgaver og løsninger og gi tidspunkt for når opplæring skal gis og hvem som er ansvarlig. Videre må man ha tidsplaner, budsjetter, delegerer myndighet, koordinere tiltakene, motivere ansatte og prøve å endre kulturen blant ansatte, slik at mål oppnås

(<http://kunnskapssenteret.com/implementeringsstrategi-kommunikasjonsplanen/> - lest 27.04.16 kl. 22.05).

Jeg mener at makt og avmakt er viktig å ha med ift. min problemstilling og oppgave, da dette er forhold som kan påvirke valg av implementeringsstrategi for kommunene. Både kommunene og helseforetaket kan ha interesser og ulike grad av kontroll overfor hverandre, som gir en maktsituasjon. Eller de kan ha uklare interesser og/eller manglende kontroll, som gir en avmaktssituasjon. Flere av mine informanter bekrefter at de føler et makt/avmakts forhold ift. helseforetaket, der de føler at foretaket har definisjonsmakten. Kan denne følelsen

av avmakt være en “bremsekloss” ift. samhandling, samarbeid og kommunikasjon og kan det igjen få konsekvenser i forhold til implementering av strategier i kommunene?

3.4 Tidligere forskning

Siri Halvorsen konkluderer i sin Masteroppgave “Samhandlingsreformen og endringsledelse” at et av hennes hovedfunn er at det er mye usikkerhet knyttet til konsekvenser reformen vil gi de enkelte enhet og ansvarsavklaringen er uklart når det gjelder oppgaver. Lederne fremstår som avventende og venter på oversikt over økonomiske rammer og omfang av

utskrivningsklare pasienter. Det råder også en generell holdning om at den enkelte kommunen ønsker å løse nye oppgaver selv
(https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/153399/master_halvorsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y – lest 10.05.16 kl. 09.55)

Anita Nilsen peker på bla. dette i sin Masteroppgave “Samhandlingsreformen – Hva hemmer og hva fremmer samhandling?”. Etter reformen er kommunenes økonomi ytterligere truet, informantene opplevde økt grad av avmakt og opplever at kommunen er villig til endring, mens helseforetaket er avventende mtp. Samarbeid. Informantene opplevde større grad av “svingdørspasienter” etter reformens oppstart og tvungen koordinering ift. tjenesteavtalene – lite individuell tilpasning. De frykter at framtidig kompetanse vil bli en stor utfordring

(<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148160/Nilsen1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> - lest 10.05.16 kl. 10.20).

I boken “Organisasjonsteori for offentlig sektor”, tar forfatterne for seg organisasjonsteori for offentlig sektor, reformer og endringer. Hovedpoengene her er at offentlige organisasjoner skiller seg fra private organisasjoner ved at de er multifunksjonelle, har politisk valgt ledelse og ved at de vanligvis opererer i et marked preget av fri konkurranse. For å forstå hvordan organisasjoner i offentlig sektor fungerer i praksis, må en trekke veksler på både et instrumentelt perspektiv, som inkluderer en hierarkisk variant og en forhandlingsvariant, og også på institusjonelle perspektiver som fokuserer på både kultur og myter. Den organisasjonstilknytningen folk har og den organisasjonsmessige konteksten de fungerer

innenfor, vil påvirke deres tenkemåter og atferdsmønstre. Dette igjen påvirker innholdet i den offentlige politikken (Christensen mfl. 2004:11-31 og 149-170).

Om ikke kommuner og foretak klarer å engasjere og endre ansatte, vil de ha 11 sett med tjenesteavtaler og strategier som kun står skrevet på et stykke papir. Får å virkelig få til endringer i en organisasjon, må ledelsen i kommunene og helseforetaket klare å spille på lag med ansatte og få de med på endringen. De må klare å “selge” endringene som må til og få de ansatte til å ønske å jobbe for endringene.

3.5 Kotters 8 trinns modell om endringsledelse

For å forstå implementeringsstrategi i en organisasjon, må en ha en forståelse for hvordan endringsprosesser foregår i organisasjoner. Jeg tar for meg JP Kotter endringsprosesser i kortversjon og har nevnt 8 punkter for suksessfull endringsledelse.

3.5.1 Etablere forståelse av krise eller nødvendighet

I følge Kotters 8- trinns modell er det første trinnet å betrakte som det viktigste, man må etablere forståelse av nødvendighet eller krise (1996:21). Kotter (1996) fokuserer på "selvtilfredshet" som viktigste barriere mot å sikre nødvendig forståelse for endring. Jeg tolker dette dit hen at "selvtilfredshet" her er med på å hemme endringsmotivasjon og vilje. Om en er tilfreds med situasjonen, hvorfor skal en da gjøre endringer?

Kotter (1996) sier at det generelt sett legges for liten vekt på å kommunisere endringsbehovet. Bevist kommunikasjon som går ut på å kommunisere endringsbehovet eller ubevist kommunikasjon, som kan være uønskede signaler. Jeg kommer mer inn på kommunikasjon under kap.3.5.4.

Mellomledere har en sentral rolle i endringsprosesser, da de har direkte kontakt med og er nærmeste ledere for gruppen med arbeidstakere. I følge Kotter (1996) er mellomlederne avhengig av å skape forståelse for nødvendighet av endring blant ansatte og motarbeide likegyldighet og overdreven tilfredshet.

3.5.2 Etablere gruppe for å lede endringen

Store endringer er ofte forbundet med en sterk og synlig frontfigur, som evner å sammen de riktige menneskene i grupper for å drive endringsprosesser. Ingen kan stå alene og Kotter tar for seg for seg fire nøkkel karakteristikk som er viktig å fokusere på når en effektiv og solid prosjektgruppe skal etableres; Posisjon & makt, Ekspertise & kompetanse, kredibilitet & ledelse (Kotter 1996).

3.5.3 Formulere endringsvisjon og strategi

En god strategiformuleringsprosess er et viktig bidrag for en vellykket implementering. Kotter (1996) peker på at visjon ofte er mer suksessfull å bruke enn makt ved endringer, da en visjon refererer til et bilde av fremtiden sammen med kommentarer om hvorfor medarbeidere skal engasjere seg. Klarhet i forhold til hvilken retning en skal bevege seg, kan påvirke evnen og viljen til å ta beslutninger og stoppe endeløse og unødvendige diskusjoner. Gode prosesser er nøkkelen til suksess.

3.5.4 Kommunisere endringsvisjon

En god visjon kan ha stor betydning selv for en liten gruppe, om denne består av nøkkelpersoner. Men først når alle i organisasjonen forstår visjonens retning og mål, vil den få virkelig kraft. Om man har for stor og kompleks visjon, vil denne forsvinne i et hav av annen informasjon. Kotters råd er å gjøre visjonen kort og enkel. Han mener toveiskommunikasjon er nøkkelen for å få til en god endringsprosess (Kotter 1996).

Kotter (1996) mener toveis kommunikasjon er et absolutt ved endringsprosesser, og at enveis kommunikasjon fort kan føre til at arbeidstakere føler seg forbigåtte eller mindre viktige. Ulempen med toveis kommunikasjon er at feedback kan føre til forsinkelser i prosesser og at planer kanskje må endres, men i det lange løp vil dette være en god investering. Jeg har valgt å ikke ta for meg om kommunikasjonskanaler, kommunikasjon i organisasjoner, vertikal kommunikasjon, uformell kommunikasjon og projeksjon, da jeg mener dette ikke er relevant for meg og intervjuguiden ikke vil gi svar på dette.

3.5.5 Gi ansatte handlekraft via fullmakter og handlingsrom

Store endringsprosesser har stort engasjement og mange deltakere, medarbeidere kan gjøre lite med mindre de har fullmakter og handlingsrom. Det er derfor viktig at fullmakter gis og at handlingsrom skapes. Det er viktig å sikre at så stor bredde av arbeidstakere som mulig får de fullmakter og handlingsrom som er nødvendig. Kotter (1996) nevner fire hindringer som er

viktig å rydde av veien for å kunne iverksette prosesser på dette tidspunktet i implementeringsprosessen; disse fire er struktur, kunnskap, system og ledere. Organisasjonsstruktur kan være til hinder for endringsprosessen, barrierer mellom avdelinger og ansatte kan fungere som skott. Endringer i forhold til struktur kan føles truende, desto viktigere er det at strukturelle hindringer ryddes av veien tidlig i endringsprosessen. Om ikke kan disse barrierene skape frustrasjon og true hele endringsprosessen (Kotter 1996).

3.5.6 Synliggjøre kortsiktige gevinster

Endringsprosesser består ofte av en rekke delprosjekter som kan være omfattende og pågå over en lengre tidsperiode. Motstandere har en tendens til å bruke små tegn til ulempe i sin argumentasjon og opposisjon mot prosessen, stadig negativitet mot en prosess vil kunne påvirke berørte parter og kan til slutt ødelegge hele prosessen (Kotter 1996).

Synliggjøring av kortsiktige gevinster og seiere, som kan relateres direkte til endringsprosessen vil være en effektiv måte å opprettholde tro og motivasjon. Kotter (1996) sammenfatter synliggjøringen av kortsiktige gevinster på følgende måte:

- Gir en bekreftelse på at det er verdt strev og forsakelser
- Fungerer som belønning for deltakere i prosessen
- Bidrar til å finjustere visjon og strategi
- Hjelper tilmed å underminere kyniske og egoistiske motstandere
- Bidrar til å opprettholde tillit til lederen
- Bygger tro, tillit og engasjement (Kotter 1996:123)

Motivasjon er en viktig faktor for at ansatte skal orke å jobbe.

3.5.7 Konsolidere og initiere nye delprosjekter

Organisasjonens struktur er ofte sammensatte systemer og avdelinger som er avhengige av hverandre. Dette medfører at endringer en plass kan genererer behov for endringer i andre systemer eller avdelinger også (Kotter 1996: 136-140).

3.5.8 Forankre nye tilnæringsmetoder i organisasjonskulturen

Organisasjonskultur sitter ofte “godt fast i veggene “. I en endringsprosess vil denne inngrodde kulturen ofte være en barriere, som man kanskje ikke klarer å endre. Utfordringen er å klare å forankre den nye praksisen i den gamle kulturen og eliminere de upassende normene. Utfordringen vil være større om den nye visjonen er totalt uforenelig med den eksisterende kulturen (Kotter 1996:154)

Implementering av store endringer eller strategier i organisasjoner anses generelt som svært krevende. Til tross for dette blir ifølge Kotter (1996) oppgavens kompleksitet ofte undervurdert, med den følge at det legges for lite vekt på å kommunisere behovet for endring. Kaplan & Norton (2000) oppdaget at 75% av organisasjoners ledelser savner konsensus i forhold til hvordan deres strategier skal formuleres og kommuniseres. De hevder at hvis strategiene hadde vært bedre formulert ville sjansen for å lykkes med implementeringen økt. En vellykket implementering av strategi forutsetter at strategien er godt forankret blant de ansatte og at disse stiller lojalt opp. Hvis strategien mangler støtte i organisasjonen, er risikoen for en mislykket implementering stor. En effektiv og vellykket implementering av strategien kan i seg selv være viktigere enn selve strategien. I følge Nutt (1999) blir mer enn en halvpart av all formulert strategi aldri implementert.

Tidligere forskning innen temaet har vist at kommunen opplever stor grad av usikkerhet, noe som vil gi innvirkning på hvordan de jobber med implementering av strategier i kommunene. Forskningen viser også at det oppleves et makt/avmaktforholdet fra kommunes side overfor helseforetak og man opplever stor grad av tvungen koordinering ift. tjenesteavtalene. Etter 01.01.2012 oppleves det å være stor usikkerhet og frykt for hvordan man skal klare å sikre kompetanse i kommunene.

Jeg har valgt å bruke disse teoriene for å få fram at makt og eventuelt avmakt kan sette en stopper for samarbeid og videre implementering ift. strategi. For å skjønne hvordan en offentlig organisasjon skiller seg fra private, har jeg tatt med organisasjonsteori. Her viser jeg også at endringer i en organisasjon er en tung og stor prosess. Kotter viser endringsprosessen i 8 punkter for å oppnå vellykket implementering. Kommuner med begrenset økonomi og personell, kan få problemer med å jobbe strategisk ift. reformen og implementering.

4 Metode

Jeg ønsker å undersøke noe på et bestemt tidspunkt og vil benytte en tverrsnittsundersøkelse, da dette kan gi informasjon om variasjoner. Jeg har hovedsakelig valgt å innhente data gjennom en semistrukturerte intervjuer med nøkkelpersoner. Intervjuguiden er lagd på forhånd med utgangspunkt i problemstillingen, teori og tidligere forskning.

Jeg har selv jobbet som både sykepleier og Helse- og omsorgssjef (2011-2016) i Porsanger kommune, så jeg har god innsikt og kjennskap til kommune som organisasjon og implementering av Samhandlingsreformen. Dette kan ha farget mitt syn og kanskje gitt meg føringer ift. oppgaven. Jeg har muligens også forutinntatte meninger om Samhandlingsreformen og implementering av strategier i kommunal sektor, noe som mitt arbeid kan bære preg av. Jeg har strebet etter å være objektiv og ikke legge føringer, men det kan selvfølgelig være rom for feiltolkning pga. mitt kjennskap til temaet og kommuneorganisasjonen.

Det er viktig å ha fokus på etiske utfordringer og etiske problemstillinger når man skal forske og bruke intervju. Det kan dukke opp både utfordringer og etiske problemstillinger, i løpet av undersøkelsen og til endelig resultat blir presentert. Jacobsen (2012) nevner tre grunnleggende krav knyttet til forholdet mellom forsker og de respondentene det forskes på;

1. Informert samtykke
2. Krav på privatliv
3. Krav på å bli korrekt angitt

Det er viktig at undersøkelsen er frivillig og at eventuelle farer eller gevinster er gjort kjent. Forskeren må informere om hva undersøkelsen skal brukes til, og hvilke ulemper og fordeler resultatene kan representere for intervjuobjektene og deres organisasjoner. Forskeren må sikre at de respondentene som avgir svar har forstått informasjon som er gitt og sikre at man har samme forståelse. Om man informerer for mye, kan dette få uheldige konsekvenser for resultatet.

Svarene trenger ikke å være anonyme, da dette ikke er personlige intervjuer. Alle som intervjues taler på vegne av sin stilling og ikke som privatpersoner. Men jeg skal prøve å anonymisere alle respondentene.

Styrken ved å samle inn empiri med intervju, er at informasjonen er førstehåndskunnskap og uklarheter kan derfor avklares underveis. Dette kan også være en svakhet, da svarene kan tolkes feil.

For å få svar på problemstillingen som nevnt tidligere, har jeg valgt å bruke kvalitativ metode som baserer seg på intervju, observasjoner og dokumentanalyse. Jeg har også brukt abduktiv tilnærming, som preges av dialektisk forhold mellom teori og data, ser på teorier som nødvendig for å forstå data, teori utvikles gjennom analyser av data og er vanlig tilnærming til kvalitativ analyse (<http://www.sv.ntnu.no/iss/Arild.Blekesaune/forelesning22.pdf> – lest 09.05.16 kl. 21.45).

Hensikten med innsamling av data er å belyse en bestemt problemstilling, datakvalitet avhenger av en rekke forhold. De viktigste forutsetningene for datakvalitet er;

1. Data må baseres på sann informasjon
2. Datainnsamling må baseres på logikk og ta utgangspunkt i så presise begreper og språklige formuleringer som mulig
3. Utvelgning av tekster må gjøres i samsvar med problemstillingen på en forsvarlig måte
4. Forskeren må være nøye på informasjonsutvelgelse (Grønmo 2004: 218).

I denne oppgaven har jeg for det meste brukt kilder i skriftlig form. Når det gjelder innhold, kan dokumentene inneholde meningsytringer av de som har skrevet dokumentene, eller de kan være fakta innhold om det enkelte tema.

Kilder deles inn i primær, sekundær og tertiærkilder. Primærkilder er innsamlet av forskeren eller andre for å belyse en problemstilling. I litteraturstudier er primærkilden den originale publikasjonen. Om man ikke har tilgang til primærkilden, kan man bruke sekundærkilden som er tekster som beskriver primærkilden. Tertiærkilde sammenfatter litteraturen innen et emne, som for eksempel forskningsrapporter utredninger og oppslagsverk. (Kjeldstadli 1992: 169-170).

4.1 Reliabilitet og validitet

Kvaliteten i studiet vurderes ut fra to kriterier, studiens reliabilitet og validitet (Kvale & Brinkmann 2009).

Reliabilitet, brukes om konsistens eller stabilitet i målinger og bør foreligge i alle målinger som har teoretisk eller praktisk interesse. At en test har høy reliabilitet er ingen garanti for at den måler den egenskap den er ment å skulle måle, altså validiteten. Validiteten måler graden av gyldighet i en studie (<https://snl.no/reliabilitet> – lest 21.09.15 kl. 15.08).

4.1.1 Reliabilitet/pålitelighet

Når prosessen og innsamlingen av data gir pålitelige svar, gir dette stor grad av reliabilitet. Reliabilitet handler om at man forsøker å motvirke en tilfeldig subjektivitet (Kvale 1997: 164).

Jeg har valgt strukturert intervju av informantene, noe som gir stor grad av reliabilitet ift. min oppgave. Dette da jeg har intervjuet informanter i sentrale posisjoner både administrativt og politisk, som kan besvare det jeg etterspør. For å sikre likhet har jeg valgt samme stillinger og verv i alle tre kommunene, da blir det lettere å sammenligne.

Svakheter ved å velge stillinger og verv, er at informantene kan være nye i disse og kunnskap og kjennskap kan være liten eller mangelfull. Det kan også være en mulighet at informantene pga. av arbeidsmengde, stress eller ytre/indre påkjenninger ikke klarer å gi den besvarelsen de ønsker eller burde.

Forskereffekter vil alltid være en risiko som man må se på med kritiske øyne. Min bakgrunn, forforståelse og oppfatning av Samhandlingsreformen vil kunne påvirke undersøkelsen, både når jeg intervjuer, analyserer og tolker data.

4.1.2 Validitet/gyldighet

“I vitenskapelig forskning er validitet eller gyldighet en betegnelse på hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. Det er tolkningen av dataene som valideres, ikke selve målemetodene eller testene. En konklusjon er sann dersom den er basert på sanne premisser. En konklusjon basert på en eller flere usanne premisser er ikke valid “ (<http://no.wikipedia.org/wiki/Validitet> - lest 21.03.2015 kl. 12.36).

Dersom undersøkelsen og innsamlet data er relevant i forhold til problemstillingen og data og utsagn er definert systematisk, er det god validitet i studien. Validitet er i hvilken grad en metode undersøker det den skal undersøke, problemstillingen blir besvart og tidligere studier støtter opp om funn.

Styrken ved validiteten er at flere av informantene har vært i nåværende stillinger ved Samhandlingsreformens oppstart, og kan gi et klart bilde av implementeringen. Det finnes også en del tidligere studier om temaet, så problemstillingen blir besvart.

Svakheten ved min validitet er at spørreskjemaet kunne vært bedre utformet og spørsmålene bedre spisset ift. min problemstilling. Min undersøkelses design har reelle svakheter i det at flere av mine respondenter hadde liten kunnskap om temaet problemstillingen belyser. På den annen side så førte dette til viktige funn som jeg på forhånd ikke så ville komme. Funnene bidro igjen til justering av problemstillingen. Det er på det rene at min respondentgruppes sammensetning ikke kvalifiserer til generalisering, til det er de for få.

4.2 Utvalg av respondenter

Jeg har valgt å intervju en til en og har i forkant sendt ut spørsmålsoversikt (vedlegg nr. 1) og informert samtykke (vedlegg nr. 2). Informert samtykke sier noe om hva jeg skal bruke materialet til og hva jeg vil gjøre med informasjon når oppgaven er ferdig.

Jeg ønsker å undersøke få enheter (3 kommuner) og helseforetaket (nøkkelpersoner), og har valgt å bruke semistrukturert intervju. Denne prosessen med intervju som empirisk kilde er veldig tidkrevende, derfor ønsker jeg å begrense antallet respondenter til et fåtall (Politisk og administrativ ledelse i kommunen og politisk og administrativ ledelse i helse og

omsorgssektoren i den enkelte kommune). Jacobsen sier at det åpne intervjuet er best, når relativt få enheter skal undersøkes, når enkelt individets utsagn er interessant og når man ønsker å vite hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et fenomen (Jacobsen 2005: 142). Det er viktig å lage rammer for hvordan et intervju skal gjennomføres, da dette er et krevende arbeid.

Validiteten ved å velge Ordfører og Rådmenn er at disse er øverste politisk og administrativ ledelse i kommunen.

Validiteten ved å velge Helse- og omsorgssjef og politisk sektorleder, er at disse har forhåndskjennskap/primærkunnskap om sektoren og Samhandlingsreformen.

4.3 Svakheter ved valg av kvalitativ metode

Dag Ingvar Jacobsen sier i sin forelesning fra 28.01.09 at eventuelle svakheter ved kvalitativ metode kan være at det er for ressurskrevende, kompleks informasjon og stor generaliseringsgrad (http://www.uio.no/studier/emner/jus/afin/.../forelesn_280109_tranvik.ppt - lest 11.08.15 kl. 14.49).

Jeg synes den kvalitative metoden har vært ressurskrevende, og da spesielt med tanke på innsamling og tolking av informasjon. Mye informasjon som skal kategoriseres, men samtidig gir denne informasjonen meg klare og en del gode svar.

5 Presentasjon av resultater og drøfting av problemstilling

I dette kapittelet presenterer jeg innsamlet data relatert til min undersøkelse. Formålet, er å gjøre rede for informasjon og funn som kan være relevant i forhold til å belyse og svare på prosjektets problemstilling. Omfanget av datainnsamlingen er forholdvis stort og ganske omfangsrikt, dette gir en utfordring i forhold til presentasjon av datamaterialet. Jeg vil få fram synspunkter fra henholdsvis;

1. Helseforetaket og de tre ulike nivåene; politisk, administrativ og informanter fra helseforetak. Dette har jeg valgt, fordi informantene har ulike hieratiske roller i kommunen og helseforetaket.
2. De tre kommunene

“Vi omformer verden fortere enn vi klarer å forandre oss selv, og anvender gårsdagens løsninger på nåtidens problemer “. Winston Churchill

5.1 Presentasjon av innsamlet datamateriale

I det følgende gir jeg en presentasjon av kategoriene. Presentasjonen vil gi leserne en kunnskap om meningene til representantene i kommunen og helseforetaket, i forhold til om de hadde laget strategier i ifm. implementeringen av Samhandlingsreformen. Hva de har lykkes med, hva har vært til hinder og hvorfor? Jeg har valgt å dele innsamlet data på følgende måte; administrativt nivå kommune – Rådmenn og helse- og omsorgssjefer og politisk nivå – ordfører og sektorleder for helse. Dette er det samlede inntrykket fra alle kommunene, så behandler jeg hver enkelt kommune i etterkant. Meningsytringene bærer preg av hvilket nivå informanten sitter i organisasjonen. Politisk nivå er folkevalgte informanter, det administrative nivået er Rådmann og Helse- og omsorgssjef og så har vi informanter fra helseforetaket.

Jeg ønsker å få fram hva som er felles og ulikt for de tre kommunene. Jeg har valgt å ta med intervju av kliniksjefer som representerer helseforetaket, for å vise at kommunene og foretaket har forskjellig oppfatning av implementeringen av reformen.

Informantene er fra ulike nivåer og posisjoner i kommuneorganisasjonen og helseforetak, og i prosessen med å analysere av datamaterialet kom det tydelig fram at informantene kunne deles inn i tre ulike nivåer.

5.1.1 HELSEFORETAK – klinikkjefer

Fått informasjon om Samhandlingsreformen fra Direktoratet. Helseforetaket hadde planlagt strategi i forkant og hadde avtalene med kommunene klar før reformens oppstart. De har fra oppstart hatt en egen samhandlingsenhet med egen koordinator, for å sikre optimal samhandling med kommunene. Avtalene som skulle inngås mellom kommune og foretak, er utarbeidet av samhandlingsenheten. I egen organisasjon har de kommunisert reformen ut i linjer og via OSO (overordnet samarbeids organ, med representanter fra foretak og utvalgte kommuner).

Foretaket fokuserer på god dialog og et godt meldesystem, slik at samarbeidet med kommunene blir optimalt. Foretaket fokuserer også på å ha så god kjennskap som mulig til kommunene, slik at samarbeidet blir lettere. De synes reformen har vært med på å skape et bedre forhold og fellesskap mellom foretak og kommuner. Foretaket har dreid fra døgn til poliklinisk behandling, for å spisse oppgavene på sykehus og la kommunene ta større del av oppgavene i kommunen. I den forbindelse har de opplevd størst uenighet i forhold til utskrivningsklare pasienter og betaling i forhold til dette. Etter oppstart av reformen har antall innleggelser på sykehus gått ned, men liggedøgn pr pasient har gått markant opp. Det virker også som om kommuner ennå sliter litt med å definere hva som er deres oppgaver kontra foretakets oppgaver, dette skaper frustrasjoner og usikkerhet.

Tror enkelte småkommuner opplever et avmakts forhold på grunn av dårlig økonomi og få ressurser i form av personell.

Reformen ser ut til å være god og gjennomtenkt, men det tar tid å omstille seg, reformen skulle vært presentert lenge før igangsettelse slik at denne var kjent og lettere å innføre.

5.1.2 ADMINISTRATIV LEDELSE KOMMUNE – Rådmenn

Fått informasjon om reformen fra Departementet, men denne informasjonen har ikke vært god nok og omfanget av reformen har vært mye større enn forventet. De fleste har formulert klare mål og strategi i forkant, men klarer ikke gjennomføre dette på grunn av få menneskelige og økonomiske ressurser. De savner en god nok kommunikasjon og oppfølging fra foretakets side, og mener at foretaket sitter med definisjonsmakten både i forhold til å definere avtaler og registrering av pasienter som kommer til sykehus. Vanskelig når kommune og foretak ikke er likeverdige parter, som skal samarbeide mot samme mål. Foretaket har spesial kompetanse og økonomiske virkemidler, som kommunene ikke har.

Tjenesteavtalene som kom etter reformens oppstart, er definert av foretaket og ble presentert kommunen for signering med kort tidsfrist. De synes heller ikke OSO (overordnet samarbeidsutvalg) fungerer slik intensjonen var ment og ser at det har vært dårlig oppmøte fra kommunenes side.

Mener at kommunene ikke er i stand til å klare alle oppgavene som følger med Samhandlingsreformen.

5.1.3 ADMINISTRATIV LEDELSE I KOMMUNENE– Helse- og omsorgssjefer

Fått informasjon om Samhandlingsreformen fra sentrale myndigheter og Rådmenn. Informasjonen oppleves mangelfull og tidels dårlig og det rådet stor usikkerhet om hvordan og når reformen skulle iverksettes. Etter oppstart 01.01.2012, hadde de fleste kommunene klart en strategi for helhetlig og samordnet tjeneste med pasienten i fokus. Denne var ikke nødvendigvis i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen, og hadde ikke klart for seg hvordan implementeringen av reformen skulle koordineres og utføres. De opplever at kommunikasjonen og dialog med foretaket er dårlig og enkelte ganger manglende. Kommunene har også lite ressurser både økonomisk og i form av personell, noe som er til hinder for gjennomføring av reformen. Opplever et makt/avmakts forhold i forhold til foretak og kommuner.

5.1.4 POLITISK NIVÅ

Kjenner ikke til å det har foreligget en klar strategi for implementering av Samhandlingsreformen, men Hammerfest og Alta sier at det står som mål i kommunalplaner. Føler ikke at økonomiske virkemidler følger med ift. innføring av reformen og at dette vanskeliggjør innføring og gjennomføring av reformen. De synes heller ikke at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak er optimalt, og at føringene for om man skal benytte foretak eller kan bygge tilbud i egen kommune er diffuse.

Det oppleves generelt sett for lite informasjon fra både helseforetak og departement. Det rådet stor usikkerhet i forhold til strategi i forkant av reformen og kommunene var ikke forberedt på kostnadene som kom som en følge av reformen. Det var også mye usikkerhet angående ansvarsfordeling mellom kommune og foretak før oppstart.

Etter oppstart 1 januar 2012 opplevde flere at de økonomiske virkemidlene var knappe og at det var vanskelig å rekruttere nok og rett personell. Dårlig kommunikasjon og mye diskusjoner angående ansvar og økonomi mellom kommune og foretak opplevdes som et hinder. OSO fungerte dårlig og enkelte av kommunene opplevde at foretaket hadde for stor makt i organet. Flere uttaler at intensjonen med reformen er god, men at den fungerer dårlig i praksis da det var mye usikkerhet og uklarheter i forkant og at de økonomiske virkemidler ikke fulgte med.

5.1.5 Karasjok kommune

Kommunen har etter 01.01.2012 etablert flere korttidsplasser og har mere fleksible løsninger, dette for å klare å imøtekomme foretakets krav om tilbakeføring av utskrivningsklare pasienter. Kommunen har inkludert enhetsledere mer i forhold til møtevirksomhet og planlegging, for å få til best mulig tjeneste innenfor de økonomiske rammene. Ikke opprettet egen ressursgruppe eller personer som jobber spesifikt med reformen, da de økonomiske midlene mangler. Kommunen har større fokus etter reformoppstart på å beholde pasienter i kommunen så langt det er forsvarlig, istedenfor å sende til sykehus. Helse – og omsorgsavdelingen har en klar strategi for helhetlig og samordnet tjeneste til pasientgruppen, men denne er ikke forankret på overordnet nivå. God oversikt over pasientflyten, da

organisasjonen er liten og oversiktlig. Helse – og omsorgssjef er medlem i OSO utvalget, så er med på å forme OSO sine uttalelser og vedtekter(saker).

Stort fokus på økonomi etter reformoppstart, noe som har vært med på å ta fokus bort fra pasienten.

Språket er i fokus og det oppleves svært viktig for kommunen at pasienten får behandling og oppfølging på sitt morsmål. Mange samisktalende eldre forstår ikke og kan ikke uttrykke seg godt nok på norsk, noe som kan føre til at feil informasjon og i verste fall feil behandling.

Karasjok kommune var med i et samarbeidsprosjekt mellom kommunene Porsanger, Karasjok, Lebesby og Gamvik samt det regionale helseforetaket Helse Finnmark, kalt Midt-Finnmark Helsehus. Prosjektet støttet utvikling av koordinerte helsetjenester i Midt-Finnmark etter bestemmelser i Samhandlingsreformen, med prosjektledelse i Porsanger kommune. Prosjektet ble terminert i 2014, uten at man hadde oppnådd det som var intensjonen – utvikling av koordinerte helsetjenester (<http://www.openconcept.no/Referanser/Porsanger-kommune> – lest 11.03.2016 kl. 13.30).

5.1.6 Alta kommune

Informantene uttaler at omfanget av reformen ble mye større enn de hadde trodd pga. at utskrivingspraksisen fra foretaket endret seg så radikalt. Kommunen har styrket hjemmebasert omsorg og økt antall korttidsplasser, som en direkte konsekvens av Samhandlingsreformen. Vedtatt å bygge omsorgssenter som skal stå klart i 2018, dette for at de skal kunne ha brukergruppen i egen kommune lengre. Største strategiske valget er at de har planlagt tjenesten, styrket og omdisponert personell. Har bygd opp enkelte spesialist helsetilbud i kommunen (lab. tjenester, dialyse- og cellegiftsenhet, sykestue, egen poliklinikk, fødeavdeling, øre-nese- hals, tjenester innenfor psykiatri som VPP, BUP og DPS mm.). Disse tjenestene er et spleiselag mellom Alta kommune og Helse Nord. Det pågår nå et prosjekt kalt “Prosjekt Alta nærsykehus” som skal ferdigstilles i 2018, eier av prosjektet er Helse Nord.

Syns det er en utfordring med folketall på 20 000 uten sykehus og så stor avstand til nærmeste sykehus. To sykehus i fylket mener de blir for lite pga. at fylket er så stort i areal. Mener at

foretaket sitter med definisjonsmakten, og samhandling og dialog mellom kommunen og foretaket burde vært mye bedre. Føler ikke at kommunen og foretaket er likeverdige parter

De har opprettet egen gruppe i kommunen bestående av leger, rådmann og ansatte på helse- og omsorg som jobber med Samhandlingsreformen. Strategien som følger av reformen er nedfelt i kommuneplanen og man har omorganisert helse- og omsorg for å imøtekomme reformen. Kommunen har opprettet folkehelsekoordinator og har folkehelseplan, frisklivssentral er også på plass.

Mener reformen er for stor og omfattende, burde kanskje heller vært flere forskrifter. Syns fokuset etter reformoppstart er endret fra forebygging til økonomi, noe som ikke var intensjonen til reformen.

5.1.7 Hammerfest kommune

Kommunen har tilpasset seg tjenestebehovet og økt kompetansen og kapasiteten både på tjeneste- og ledernivå. Bygger nå eget omsorgssenter og holder på å etablere eget dagsenter i kommunen. Økt fokus på forebygging, folkehelse og hverdagsrehabilitering, har folkehelseplan og egen folkehelsekoordinator i kommunen. Som en følge av reformen har kommunen sentralisert de fleste tjenestene til Hammerfest by.

Kommunen mener selv at siden de er vertskommune for sykehus, er det lettere å sende pasienter pga. nærhet og tilgjengelighet. Studier tyder på at vertskommuner har en mer utbredt bruk av spesialisthelsetjenester enn andre kommuner (http://www.helse-nord.no/getfile.php/SKDE%20INTER/Rapporter%20og%20analyser/Rapport_%20Vertskomuner.pdf – lest 06.02.2016 kl. 15.00).

Kommunen mener at samarbeidet med foretaket er godt, men opplever ikke at de er likeverdige partnere hva gjelder personell, økonomi og definisjonsmakt.

Kommunen har hatt prosjekt "Samhandling i Vest" med Måsøy og Kvalsund (ca. 12500 innbyggere totalt inkl. Hammerfest). Samhandlingsreformen er en omfattende reform som stiller store krav til kommunene. Formålet med reformen er mere forebyggende og helsefremmende arbeid, nye, tyngre og flere oppgaver skal løses nærmere brukerne og mer

samarbeid/samhandling for å sikre helhetlige - og koordinerte tjenester til det beste for brukeren. For å klare å løse oppgaver som stiller store krav til lokaliteter, utstyr og ikke minst kompetanse, anbefales det å se på samarbeidsløsninger mellom kommuner. Samarbeid = styrke for små kommuner (<http://docplayer.no/7898969-Samhandling-i-vest-siv.html> - lest 11.03.2016 kl. 13.07)

Hatt samme ordfører Alf E Jacobsen AP i 4 perioder, gikk av i 2015 (<http://www.hammerfes.tkommune.no> – lest 30.04.16 kl. 10.30).

5.2 Har kommunene valgt ulike implementeringsstrategier og hva består forskjellene i?

Det kom fram under intervjuene at utfordringene i forhold til å implementere og klare å følge opp alle krav og forventninger i forhold til Samhandlingsreformen, er mange og komplekse. Med så mange nye krav og nytt lovverk, i en allerede presset kommunehverdag blir det mye å følge opp. Flere av informantene mente at reformen burde vært delt opp i forskrifter og del implementert over tid, slik at kvaliteten ift. implementeringen hadde blitt bedre og slik at en del hadde blitt fullført før neste del kom. De påpekte også at reformen ikke passer til Finnmarks kommunene pga. lavt folketall, små kommuner og lange avstander til sykehus, dette vanskeliggjør innføringen og implementeringen av reformen. Utgangspunktet for reformen var et folketall på over 15 000.

Så har de tre kommunene valgt ulike strategier for implementering av Samhandlingsreformen?

Jeg mener helt klart at de tre kommunen har valgt forskjellige strategier i forhold til implementeringen av Samhandlingsreformen, som presentert i kapittel 5.1. Spørsmålet blir da hva som kan så forklare dette?

Jeg ønsker som nevnt tidligere, å bruke JP Kotter sin 8 trinns modell for å få svar på forskerspørsmålet mitt og vil ta for meg de tre kommunene under hvert av de 8 trinnene.

5.2.1 Etablere forståelse av krise eller nødvendighet

Kotter sitt første punkt om etablering av krise eller nødvendighet, viser at alle tre kommunene hadde etablert forståelse for implementeringen av Samhandlingsreformen, men alle tre kommuner har valgt å kjøre eget løp i forhold til implementering. De har alle fått informasjon fra henholdsvis Rådmenn og sentrale myndigheter. Men ingen av kommunen syntes informasjon og prosessene som ble kjørt i forhold til implementeringen var god nok, og det rådet stor usikkerhet ift. oppstart og forløp. Informant fra Alta kommune mener reformens omfang er alt for omfattende og ønsker reformen som forskrifter. All de tre kommunene opplever grader av makt/avmakt i forhold til helseforetaket og uttaler at foretaket sitte på definisjonsmakten. Spesielt gir avtalene 1-11 liten rom for kommunale tilpasninger for den enkelte kommune. Hva kunne så vært gjort annerledes for å ha fått en bedre prosess og minsket makt/avmakts forhold som oppleves i oppstartsfasen? Kunne helseforetaket vært tydeligere, mer i kommunene i oppstartsfasen, bedre kommunikasjon og samhandling?

Sosiologen Max Weber sin definisjon av makt “et eller flere menneskers sjanse til å sette gjennom sin vilje i det sosiale samkvem, og selv om andre deltakere i det kollektive liv skulle gjøre motstand. Samhandlingsreformen er en endringsreform som er pålagt, har sentrale myndigheter og foretaket bare kjørt implementeringsprosesser, uten å ta hensyn til lokale forhold og tilpasninger? Kunnskapssenteret sier at når nye strategier skal implementeres er det viktig å tenke på hvordan man legger dette fram for og hvordan man implementerer i organisasjonen.

Samhandlingsreformen er stor og komplisert og krever at man gjør grep i kommunen på hvordan implementere reformen, hva man skal satse på og hvordan få dette til økonomisk. Og som tidligere nevnt er offentlige organisasjoner multifunksjonelle, har politisk valgt ledelse og vanligvis opererer i et marked preget av fri konkurranse, dette betyr også at en kommune er “tung rodd“ og krever lengre tid enn en privat organisasjon på å gjøre endringer og implementere strategier.

Jeg mener derfor at arbeidet før oppstart av reformen kunne vært gjort annerledes fra sentrale myndigheter og foretak. Dette for å sikre at informasjonen som ble gitt ble mottatt og forstått av kommunene. Det er viktig å sikre at mottaker av en gitt informasjon oppfatter informasjonen slik den blir gitt. Kotter sier at den første av åtte trinn, er den viktigste fasen

for å få suksess i forhold til implementering av strategier. Med dette i tankene burde denne fasen blitt viet mer tid og oppmerksomhet fra foretaket. Kotter sier videre at det generelt sett legges for liten vekt på å kommunisere endringsbehovet. Med forbehold i den informasjon jeg har fått av mine informanter, mener jeg at den første fasen i forhold til implementeringen av Samhandlingsreformen ikke har vært vellykket for de tre kommunene.

5.2.2 Etablere gruppe for å lede endringen

Kotters andre punkt om å etablere gruppe for å lede endringen, viser at kommunene har valgt helt ulike strategier i forhold til dette. Karasjok kommune har ikke opprettet noe egen gruppe, men har fokus på å inkludere enhetsledere mer i arbeidet med implementering av strategier ift. Samhandlingsreformen.

Alta har opprettet egen gruppe som jobber ift. reformen og i tillegg folkehelsekoordinator. Planene er forankret i kommuneplanen. Hammerfest har opprettet egen folkehelsekoordinator, men har ikke opprettet egen gruppe som jobber spesifikt med reformen.

Alle tre kommunene har altså valgt ulike strategier ift. til å lede endringer. Om det ene valget er bedre enn det andre, er for tidlig å si. Hammerfest og især Alta har høyere folketall enn Karasjok, og derav mer ressurser. Dette kan både være en fordel og en ulempe ift. arbeidet med å etablere gruppe for å lede endringer. En liten kommune kan være mer oversiktlig enn en større og lettere å holde oversikt, men det betyr også at de har mindre ressurser.

Kotter sier at store endringer ofte er forbundet med en sterk og synlig frontfigur, som evner å sette sammen de riktige menneskene i grupper for å drive endringsprosesser. Kan dette ha vært en årsak til forskjellen i de tre kommunene?

Kotter tar for seg for seg fire karakteristikk som er viktig å fokusere på når en effektiv og solid prosjektgruppe skal etableres; Posisjon & makt, Ekspertise & kompetanse, kredibilitet & ledelse (Kotter 1996).

Hvorfor har de tre kommunene valgt ulik framgangsmåte, for å etablere gruppe for å lede endring? Jeg tror dette kan ha bakgrunn i ressurser, både i form av økonomi og personale, stabilitet i forhold til ledere og mellomledere og tid i en fra før presset hverdag.

5.2.3 Formulere endringsvisjon og strategi

Kotter sier at visjon er mer suksessfull enn makt, ved endringer og at klarhet i forhold til hvilken retning en skal bevege seg kan påvirke evnen og viljen til å ta beslutninger. Dette igjen kan stoppe unødvendige diskusjoner og gode prosesser er nøkkelen til suksess.

De tre kommunen har alle medlemmer i OSO, men kun Karasjok og Hammerfest har faste medlemmer, mens og Alta har varamedlem.

Slik jeg har forstått informantene har det ikke vært rom for å utarbeide visjoner. Prosessen og endringene i forhold til implementeringen av strategi i de tre kommunene vært preget av mye usikkerhet og uklare retningslinjer. Dette kan bero på at det i forkant av og i oppstartsfasen av reformen, rådet mye usikkerhet og frustrasjon i kommunene. På bakgrunn av dette oppgir informantene at det ikke forelå noe klar visjon eller strategi i forkant av oppstart, men at “veien er blitt til mens de har gått “.

Kommunene har pga. dette valgt svært forskjellige løsninger for implementering av reformen;

Karasjok- satset på flere korttidsplasser og fleksible løsninger. Fokus på å beholde pasienten i kommunen. Etter reformen større fokus på økonomi enn tidligere.

Alta – styrket hjemmebasert omsorg, skal bygge omsorgssenter, planlagt tjenesten, styrket og omdisponert personell og bygd opp spesialist helsetilbud

Hammerfest – har tilpasset seg tjenestebehovet og økt kompetanse og kapasiteten på HO og ledernivå. Økt fokus på forebygging, folkehelse og hverdagsrehabilitering, folkehelseplan og koordinator.

Kunne dette vært gjort annerledes og hva kunne eventuelt vært gjort? Jeg tror at om prosessen fra sentrale myndigheter og helseforetak hadde vært kjørt annerledes og kommunene hadde fått bedre og mer informasjon, lengre tid til forberedelse og bedre økonomiske rammer ville de vært bedre rustet til å formulere endringsversjon og gode strategier. Rammeoverføringene til kommunene i forhold til oppgavene de skal overta, mener informantene ikke står i forhold til hverandre. Dette fører også til at eksisterende personale, må ta flere og mer oppgaver i forhold til implementeringen av reformen.

5.2.4 Kommunisere endringsvisjon

Som tidligere nevnt, finnes det forskning som hevder at en dårlig formulert strategi kan være en av flere årsaker til at implementeringsprosesser mislykkes. Kotter sier at først når alle i en organisasjon forstår visjonens retning og mål, vil den få virkelig kraft. Han mener toveiskommunikasjon er nøkkelen for å få til en god endringsprosess (Kotter 1996).

For det første sier mine informanter at informasjon om Samhandlingsreformen kun var enveis kommunisert og et krav. Dette kan i utgangspunktet ha satt en demper i forhold til å få til en god endringsprosess i kommunene. For det andre rådet det så mye usikkerhet og frustrasjon før, rundt og etter oppstart av reformen 01.01.2012, som nok la en kraftig demper på arbeidet med å utforme visjoner. Kan dette ha ødelagt mye for å få til en god visjon i forhold til endring? I så fall hva burde vært gjort annerledes?

Jeg mener at for å få til en god visjon, må det foreligge en god kommunikasjon og synlig ledelse. Ledere må sørge for at det som kommuniseres ut blir mottatt og forstått av den ansatte. Jeg mener administrativt og politisk ledere, samt leder for helse burde fått en grundig innføring i Samhandlingsreformen i god tid før oppstart. Slik kunne man kanskje sikret bedre prosessen i forhold til å implementere visjon i organisasjon hadde gått lettere.

5.2.5 Gi ansatte handlekraft via fullmakter og handlingsrom

Store endringsprosesser har stort engasjement og mange deltakere, medarbeidere kan gjøre lite med mindre de har fullmakter og handlingsrom. Det er derfor viktig at fullmakter gis og at handlingsrom skapes. Det er viktig å sikre at så stor bredde av arbeidstakere som mulig får de fullmakter og handlingsrom som er nødvendig.

Strukturelle hindringer må ryddes av veien tidlig i en endringsprosess, om ikke kan disse barrierene skape frustrasjon og true hele endringsprosessen (Kotter 1996).

Mine informanter sier at de har omstrukturert og endret organisasjonen, for å imøtekomme Samhandlingsreformen. Inkludert enhetslederne i forhold til møter og planlegging, opprettet en egen gruppe for å jobbe strategisk, hvor også ansatte er med.

Handlingsrommet er ifølge informantene ikke så stort da de økonomiske rammene er knappe og det er mye fokus på økonomi. Siri Halvorsen konkluderer med i sin masteroppgave at et av

hennes hovedfunn er at ledere i forhold til reformen fremstår avventende og venter på oversikt over økonomiske rammer.

5.2.6 Synliggjøre kortsiktige gevinster og konsolidere og initiere nye delprosjekter

Jeg har valgt å avvike i forhold til Kotter sin åtte trinns modell og i det følgende avsnittet velger jeg å slå sammen trinn seks og syv. Dette da jeg mener disse to trinnene henger nøye sammen i forhold til min oppgave.

Kotter (1996) sier at motstandere av en endringsprosess har en tendens til å bruke små tegn til ulempe i sin argumentasjon og opposisjon mot prosessen, dette kan til slutt ødelegge hele prosessen. Derfor må man synliggjøre kortsiktige gevinster og seiere, som er en effektiv måte å opprettholde tro og motivasjon. Motivasjon er en viktig faktor for at ansatte skal orke å jobbe.

Organisasjonens struktur er ofte sammensatte systemer og avdelinger som er avhengige av hverandre. Dette medfører at endringer en plass kan genererer behov for endringer i andre systemer eller avdelinger også (Kotter 1996: 136-140).

Alle kommunene har klart å synliggjøre gevinster (ikke helt kortsiktige), som opprettelse av stillinger (folkehelsekoordinator), igangsetting og ferdige planverk (kommunalplan, folkehelseplan), opprettelse av nye plasser (korttidsplasser og sykehjemsplasser), bygg som skal bygges (omsorgssenter, etablere dagsenter mm). Men økonomi og overføringer legger en stor demper på arbeidet. Nesten alle informantene har samme syn, de mener at arbeidet kommunene skal gjør ikke står i samsvar med overføringene som kommer. Kan overføringer være motivasjon for kommunene, om dette faktisk svarer til det arbeidet som skal gjøres?

Hva kunne vært gjort annerledes i forhold til å synliggjøre kortsiktige gevinster?

Jeg tror at prosessen med å innføre Samhandlingsreformen og synliggjøre kortsiktige gevinster hadde gått bedre, om nøkkelpersoner i kommunene hadde følt at de hadde fått mer valuta for alt arbeidet de må gjøre.

5.2.7 Forankre nye tilnæringsmetoder i organisasjonskulturen

Dette punktet har jeg ikke fokusert på i forhold til oppgaven, så jeg ønsker ikke å gå inn på dette. Men organisasjonskultur er kompleks og sitter ofte “godt fast i veggene “. I en endringsprosess vil denne inngrodde kulturen ofte være en barriere, som man kanskje ikke klarer å endre. Utfordringen er å klare å forankre den nye praksisen i den gamle kulturen og eliminere de upassende normene. Utfordringen vil være større om den nye visjonen er totalt uforenelig med den eksisterende kulturen (Kotter 1996:154).

Det ble av informantene påpekt at språk og kultur i Finnmark, setter en demper ift å implementere reformen. Karasjok kommune kan for eksempel ikke kjøpe tjenester fra helseforetaket ift. øyeblikkelig hjelp telefon 116117, da det personalet som besvarer denne telefonen ikke er samisktalende. Om Karasjok ønsker samisktalende personell må de selv betale for dette, og får en merkostnad andre kommuner slipper.

Flere av informantene beskrev at avtaler og beslutninger, ble “tredd “over hodet på dem og at de hadde liten eller ingen muligheter til å gjøre det samme andre veien. Mange opplevde helseforetaket som en “storebror “og kommunen som “lillebror “, det vil si at de opplevde en skjev maktbalanse og kommunikasjon mellom helseforetak og kommunen. Helseforetakene har mer ressurser i form av personell og økonomi, de har også definisjonsmakt gitt av direktoratet.

Busch, Johnsen og Vanebo (1999:33-35) sier at et interessant aspekt ved maktrelasjon, er at det ikke nødvendigvis må være et makt/avmakts forhold og at fordelingen av makt vil variere over tid.

Anita Nilsen har kommet fram følgende konklusjon i sin masteroppgave, kommunene får ytterligere truet økonomi, økt grad av avmakt oppleves og at det er helseforetaket som er avventende mtp. Samarbeid- ikke kommunene. Tvungen koordinering ift. tjenesteavtaler og lite individuell tilpasning. De frykter at framtidig kompetanse vil bli en stor utfordring.

Det som er interessant i forhold til denne studien, er at denne baserer seg på informasjon gitt av informanter i Østfold. Kan det være mulig at Finnmarks kommunene ikke skiller seg særlig ut, men at disse opplevelsene tilknyttet implementering av Samhandlingsreformen er lik over hele Norge?

5.3 Hva kan eventuelt forklare at de har valgt ulike strategier?

Som nevnt tidligere er det mange momenter som kan forklare at kommunene har valgt ulike strategier, de viktigste er etter mitt skjønn og som også i samsvar med det informantene har gitt meg av informasjon kan sammenfattes som under.

Kommuneøkonomien før og ved oppstart og nye økonomiske utfordringer etter innføring av reformen har vært en belastning for samtlige kommuner og samsvarer ikke med overføringene fra Staten. Lavt folketall og skjev sammensetning av unge og gamle i kommunene gir en skjev fordeling av inntekter kontra utgifter, og blir en mer belastning da utgiftene ift. bruk av Spesialisthelsetjenesten etter reformen økte. Kommunene har vanskeligheter med å få nok fagfolk og kompetanse og klare å beholde disse i kommunen. Blir veldig uforutsigbart i forhold til å jobbe langsiktig og strategisk, som man bør gjøre ift. implementering av ny reform.. Kommunene opplyser at korrespondanse og samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten ikke har vært optimal og ikke en selvfølge. Alle kommunene opplever en form av makt/avmakt i forhold til samarbeid med helseforetaket.

Administrativt og politisk styresett, forstår og blir arbeidet med å implementere reformen prioritert? Stabilitet i kommunene i forhold til nøkkelpersoner, slik at man unngår stor "turnaround" og mister viktig informasjon og arbeid underveis. Forkunnskaper og kjennskap, engasjement og interesse til Samhandlingsreformen, ønsker de som jobber med implementeringen virkelig å jobbe med dette? Har de interesse og tro på reformen eller er dette å oppleve som nok et pålegg? Arbeidspress - er det opprettet egne stillinger som jobber med reformen eller blir dette arbeidet gjort av eksisterende personale?

Hammerfest kommunen mener selv at siden de er vertskommune for sykehus, er det lettere å sende pasienter til sykehus pga. nærhet og tilgjengelighet. Dette har selvsagt påvirket deres valg av strategi, da det etter reformoppstart kostet penger å sende pasienter til sykehus. Karasjok kommune opplever at språk er en barriere i forhold til samarbeid og kjøp av tjenester, da de ønsker å gi befolkningen tjenester på morsmålet samisk. Kjøp av tjenester fra helseforetaket gir ikke befolkningen tjenester på samisk, og ønsker Karasjok dette vil det generere økte utgifter.

6 Avslutning og konklusjon

Det er etter mitt skjønn forskjeller mellom hvordan de tre kommunene har valgt å implementere strategier ift. Samhandlingsreformen. Jeg skal prøve å gjengi hva forskjellene består i nedenfor.

Karasjok kommune uttaler at de ikke har ressurser til å sette inn noen til å jobbe med implementeringen av reformen, men har satset på flere korttidsplasser, bygd opp kompetanse og inkludert ledere mer, større fokus på å beholde pasientene i kommunen, ønske om å gi en helhetlig og samordnet tjeneste i kommunen. Prøvde seg på et samarbeidsprosjekt med tre nabo kommuner, dette samarbeidet døde ut før noen avtaler ift. tjenester ble et faktum.

Alta kommunen har valgt å implementere strategier nesten etter Kotters 8 trinns modell, de har opprette egen gruppe bestående av ressurspersoner som leger, rådmann og ansatte på helse- og omsorg. De har klart å nedfelle strategien i kommuneplanen og planlagt helse- og omsorgstjenesten ut fra reformkrav. De bygger nytt og tilpasser tjenesten, samt at de har folkehelseplan og koordinator og spesialisthelsetjeneste tilbud i kommunen. Dermed klarer de også å synliggjøre kortsiktige gevinster og er på god vei til å forankre nye tilnæringsmetoder i organisasjonskulturen.

Hammerfest kommune har ikke opprettet egen gruppe som jobber med implementeringen av reformen, men de har opprettet egen koordinator ift. folkehelse og hverdagsrehabilitering og har folkehelseplan. De prøver å tilpasse tjenestebehovet og har økt kompetansen på tjeneste og ledernivå. De satser på å bygge både dagsenter og omsorgssenter, og har økt fokus på forebygging som er i tråd med intensjonen i reformen.

Forklaring på hvorfor de har valgt ulike strategier kan være at det følger for lite økonomiske ressurser med pålegg om forbedrings- og endringsarbeid i forbindelse med implementering av reformen og at kommunene i stor grad styres av økonomiske prinsipper og prioriterer grep deretter. Stort arbeidspress på ledere og deres medarbeidere skaper begrensninger for hvor godt prosesser blir fulgt opp og kan resultere i mislykkede prosesser.

Funn tyder på at kommunikasjon mellom foretak og kommunene ikke er optimal og kommunene opplever et makt/avmakts forhold, dette vedkjenner foretaket seg og sier noe om

dette under kapittel 5.1.1 “Tror enkelte småkommuner opplever et avmakts forhold på grunn av dårlig økonomi og få ressurser i form av personell”.

Funn tyder på at alle kommunene frykter at det i framtiden vil bli en utfordring å utdanne og beholde kvalifisert personell.

Jeg er nå ferdig med mitt arbeid i forhold til denne Masteroppgaven, men lurer på hvordan det har gått i forhold til rus og psykiatri og hvordan framtiden i kommunene vil bli for denne pasientgruppen?

7 Referanseliste

Busch Tor, Johnsen Erik & Vanebo Jan Ole (1999). *Økonomistyring i det offentlige*. Tano Aschehoug

Busch Tor, Johnsen Erik, Klausen Kurt Klaudi & Vanebo Jan Ole (2005). *Modernisering av offentlig sektor*. Universitetsforlaget

Christensen mfl. (2004) *Organisasjonsteori i offentlig sektor*.

Fimreite, Anne Lise (2002) «Framtidens kommune(r). Ulike kommunescenarier som følge av eventuelle endringer i forvaltningsstruktur, kommunestruktur og oppgavefordeling». I *Generalistkommune og oppgavedifferensiering*. Notat 23/2002, s. 7-20. Bergen: Rokkansenteret

Grønmo, Sigmund (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.

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

Hernes, Gudmund (1978). *Makt og avmakt*. Universitetsforlaget.

Kassah Bente, Tingvoll Wivi-Ann og Kassah Alexander Kwesi (red) (2014). *Samhandlingsreformen under lupen - Kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget

Kaplan, R. S., og Norton, D. P. (2001). *The strategy-focused organization: How balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Boston:Harvard Business School Press

Kjeldstadli, Knut (1992). *Fortida er ikke hva den engang var. En innføring i historiefaget*. Universitetsforlaget.

Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.

Kvale, S., Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademisk

Lie, A. og Christensen, T. (2007) *Nyliberalisme og forvaltningspolitikk - frå modernisering til fornying?* Universitetsforlaget, Oslo.

Nutt, P. C. (1999). Surprising but true: Half the decisions in organizations fail. *The Academy of Management Executive (1993-2005)*, 13 (4): 75-90.

Tidsskrift for Velferdsforskning nr. 2, 2015. *Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe*. Fagforlaget

Utdrag fra Jan Davidsens tale på Fagforbundets landsmøte i 2009 om New Public
http://www.velferdsstaten.no/Nyhetsbrev/?article_id=45362

Masteroppgave ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Samhandlingsreformen og endringsledelse

Siri Halvorsen

https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/153399/master_halvorsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Masteroppgave - Master i organisasjon og ledelse

Samhandlingsreformen Hva hemmer og hva fremmer samhandling?

Anita Nilsen

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/148160/Nilsen1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7.1 Nettlinker

<http://institusjoner.no/institusjonalisering/>

<http://no.m.wikipedia.org/wiki/Samhandlingsreformen>

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommuner-og-helseforetak>

<http://www.finnmarkssykehuset.no/overordnet-samarbeidsorgan/category32780.html>

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

<https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/>

<https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven>

<https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/Regjeringen-vil-avvikle-kommunal-medfinansiering/id759734/>

<https://no.wikipedia.org/wiki/Samhandlingsreformen>

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Kommunal%20styring/Kommunereformen/Karasjok.pdf>

<http://no.wikipedia.org/wiki/Karasjok>

<http://www.karasjok.kommune.no/Modules/theme.aspx?ObjectType=Article&ElementID=663&Category.ID=1194&NewsCategory.ID=1265>

<http://www.ifinnmark.no/karasjok/valg2015/disse-skal-styre-karasjok/s/5-81-125035>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/robek-2/kommuner-som-er-oppfort-i-registeret/id415422/>

<http://no.wikipedia.org/wiki/Alta>

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Kommunal%20styring/Kommunereformen/Alta.pdf>

<http://studievalg.no/skoler/hogskole/finnmark/alta/hogskolen-i-finnmark-alta>

<https://www.alta.kommune.no/tjenestemraader-og-virksomheter.73553.no.html>

<https://www.alta.kommune.no/offentlig-utvalg-kommunestyret.157671.20260a3c565.euu.html>

https://www.facebook.com/hammerfest.kommune/info?tab=page_info

<http://www.alta.kommune.no/tjenestemraader-og-virksomheter.73553.no.html>

<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMFI/Kommunal%20styring/Kommunereformen/Hammerfest.pdf>

<http://www.hammerfest.kommune.no/organisasjonskart.154743.no.html>

<http://www.hammerfest.kommune.no/sosiale-tjenester.154659.no.html>

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/robek-2/kommuner-som-er-oppfort-i-registeret/id415422/>

<https://no.wikipedia.org/wiki/Helseforetak>

<http://www.finnmarkssykehuset.no/om-helseforetaket/category29691.html>

<http://ndla.no/nb/node/7831>

http://www.digst.dk/~media/Files/Styring/Ny-struktur_Marts-2015/2-Programmodel/Programmodel_Produkt_Implementeringsstrategi.docx

<http://www.ordetbetyr.com/synonym/implementere>

<http://ledelsesspire.blogspot.no/2013/02/hva-er-strategi.html>

<http://www.velferdsstaten.no/Nyhetsbrev/?article%20id=45362>

<http://ndla.no/nb/node/78354>

<http://no.wikipedia.org/wiki/Validitet>

<http://kunnskapssenteret.com/implementeringsstrategi-kommunikasjonsplanen/>

<http://www.sv.ntnu.no/iss/Arild.Blekesaune/forelesning22.pdf>

<https://snl.no/reliabilitet>

http://www.uio.no/studier/emner/jus/afin/.../forelesn_280109_tranvik.ppt

<http://www.openconcept.no/Referanser/Porsanger-kommune>

http://www.helse-nord.no/getfile.php/SKDE%20INTER/Rapporter%20og%20analyser/Rapport_%20Vertskommuner.pdf

<http://docplayer.no/7898969-Samhandling-i-vest-siv.html>

<http://www.hammerfes.tkommune.no>

<http://tidsskriftet.no/article/3383736>

8 Vedlegg

8.1 Spørsmålsoversikt

STRUKTURERT INTERVJUSKJEMA – MASTEROPPGAVE OM SAMHANDLINGSREFORMEN

Spørsmål	Svaralternativ	Kommentarer
Har din organisasjon har fått god nok informasjon om samhandlingsreformen?	Ja Nei I noen grad	
Har samhandlingsreformen skapt en erkjennelse i din organisasjon, av at det må gjøres endringer i organisasjonen for å tilpasse seg de nye kravene? På hvilken måte?	Ja Nei	
Hvis ja, hva var hovedkonklusjonen/tilpasningen?		
Har organisasjon din på forhånd satt seg klare mål for hva den ønsker å oppnå av endringer som følge av reformen? I så fall hvilke mål kan du nevne?	Ja Nei	
Er eventuelle målsetninger kommunisert ut i organisasjonen? Hvordan er de kommunisert ut?	Ja Nei	
Har man i organisasjon klart å skape en koalisjon (allianse) som står bak og jobber med de nødvendige endringene?	Ja Nei	
Om man ser på målsettingen til samhandlingsreformen om å redusere unødvendig sykehusforbruk. Syns du din organisasjon har satt inn nødvendige tiltak for å oppnå denne målsettingen?	Ja Nei I noen grad	

Har organisasjonen klart å gjennomføre raske og kostnadseffektive tilpasninger til de nye kravene?	Riktig svaralternativ? Godt Dårlig Hverken/eller	
Hva mener du er årsaken til at dere kommer godt/dårlig ut?	<ul style="list-style-type: none"> - God/dårlig planlegging - Effektive/ineffektive tiltak - Eksterne betingelser - Interne betingelser - Stor grad av usikkerhet - Tilfeldigheter - Andre 	
Har organisasjonen definert en klar strategi for å imøtekomme Samhandlingsreformen?	Ja Nei I noen grad	
Om ja, hva er gjort og hvordan/hvor er denne forankret i organisasjon?		
Er det lokale forhold som etter din mening gjør det vanskeligere eller lettere for din organisasjon å nå målene i reformen, enn andre organisasjoner i landet?	Ja Nei I noen grad	
Hvilke forhold er dette?	<ul style="list-style-type: none"> - Kommunestruktur - Sykehusstruktur - Forhold ift. befolkning - Geografi - Økonomi - Ledelse - Annet - 	
Opplever du at kommunene og sykehuset samarbeider godt for å oppnå målene i samhandlingsreformen?	Godt Noe samarbeid Dårlig	
Ser du målkonflikter mellom kommunene og sykehuset i realiseringen av samhandlingsreformen? Om eventuelle konflikter, hvilke er disse?	Ja Nei	
Foregår det etter din mening en god informasjonsutveksling mellom kommunene og sykehuset?	God Dårlig Noe	

Opplever du samarbeidet mellom sykehus og kommune som likeverdig eller asymmetrisk? Begrunn svaret	Likeverdig Asymmetrisk Hverken eller	
Har sykehuset/kommunen etter din mening insentiver for å dempe sykehusforbruket, (eks. polikliniske undersøkelser)?	Ja Nei	
Har du engasjert deg ift. Samhandlingsreformen, personlig eller ift. din stilling?	Ja Nei	
Hva tenker/mener du om Samhandlingsreformen?	Forklar utfyllende	
Har reformen levd opp til dine forventninger? Begrunn svaret		
Er det noen i din organisasjon som har engasjert seg særlig ift. reformen? Hva er gjort?		

Foruten de stilte spørsmål, er det noe du mener er relevant å få med?

8.2 Informert samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Masteroppgave i erfarings baserte strategiske ledelse og økonomi.

1 Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å samle inn stoff til en masteroppgave, som skal sjekke hvordan forskjellige kommuner i Finnmark har lagt opp sin strategi ift. Implementering av Samhandlingsreformen.

Utvalget er administrativ og politisk ledelse i kommune, samt administrativ og politisk ledelse i helse- og omsorg kommunen.

2 Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien vil basere seg på i all hovedsak datainnsamling fra aktive deltakere i form av en semi-strukturert intervjuguide.

Spørsmålene vi omhandle implementering av Samhandlingsreformen og strategien de ulike kommunene har benyttet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, kun student og veileder vil ha tilgang til datamaterialet som blir samlet inn.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.11.2015. All datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Therese Thomassen på telefon 41338096 eller pr. mail thomassen.therese@gmail.com. Veileder er Einar Brasdal på telefon 97751539 eller pr. mail ekbran@broadpark.no

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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

7.3 Meldeskjema NSD

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Samhandlingsreformen - hva forklarer valg av strategi ift. Implementering i 3 forskjellige kommuner i Finnmark?	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	UiT Norges arktiske universitet	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet
Avdeling/Fakultet	Andre enheter	
Institutt	Norgesuniversitetet	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Einar	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc.

Etternavn		NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Akademisk grad	Brasdal	
Stilling	Høyere grad	
Arbeidssted	Førstelektor Uis og UiT	
Adresse (arb.sted)	Universitet i Stavanger Kjøv Egeland's hus C227	
Postnr/sted (arb.sted)	4036 Stavanger 97751539 /	
Telefon/mobil (arb.sted)		
E-post	ekbran@broadpark.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Therese	
Etternavn	Thomassen	
Akademisk grad	Høyere grad	
Privatadresse	Bakkelyveien 22a pb 148	
Postnr/sted (privatadresse)	9711 Lakselv	
Telefon/mobil	41338096 /	
E-post	thomassen.therese@gmail.com	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Erfarings basert master i strategiskledelse og økonomi	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		

Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> • Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi øvrige institusjoner		
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		

Utvalget	Politisk og administrativ leder i en kommune, samt Helse og omsorgssjef og politisk leder for sektoren.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Utvalget er foretatt av veileder og student.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Førstegangskontakt gjøres av student og som forespørsel over telefon, med utfyllende mail.	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. <u>Les mer om dette på våre temasider.</u>
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	

Antall personer som inngår i utvalget	12 personer	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		<u>Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse</u>
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode 	<p>Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).</p>
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Intervjuskjema	
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Informasjon som skal samles inn, er hvordan de forskjellige kommuner har lagt opp sin strategi ift. implementering av Samhandlingsreformen som trådte i kraft 01.01.2012	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet.

		NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	<u>Les mer om hva personopplysninger er</u> NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte og/eller indirekte personidentifiserende opplysninger innhentes/registreres i forbindelse med prosjektet.
Spesifiser hvilke		
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc.

Hvis ja, hvilke?		
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	

Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		<p>NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg.</p> <p>Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes.</p>

		<u>Last ned vår veiledende mal til informasjonskriv</u>
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres. NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Hvordan oppbevares navnelisten/ koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?		
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen		

med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Spesifiser		

Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. <u>Les mer om behandling av lyd og bilde.</u>
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	Bærbar data	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin,		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.

minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres
Hvis ja, hvilken?		Les mer om databehandleravtaler her
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT,

taushetsplikten for å få tilgang til data?		sykehus, må det søkes om dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes <u>Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk</u>
Kommentar		
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		

Prosjektperiode	Prosjektstart: 09.01.2015	<p>Prosjektstart</p> <p>Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter.</p> <p>Prosjektslutt</p> <p>Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.</p>
	Prosjektslutt: 15.11.2015	

Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> □ Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon 	<p>Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner. NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata.</p> <p>Les mer om anonymisering</p>
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Ingen navn	<p>Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte.</p> <p>Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.</p> <p>Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.</p> <p>Les om arkivering hos NSD</p>
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?		
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	3	

