

SAMHANDLINGSREFORMEN – BARE ET IDEAL ELLER OGSÅ EN REALITET?

En organisasjonsteoretisk studie av innføringen av samhandlingsreformen i tre nordnorske kommuner

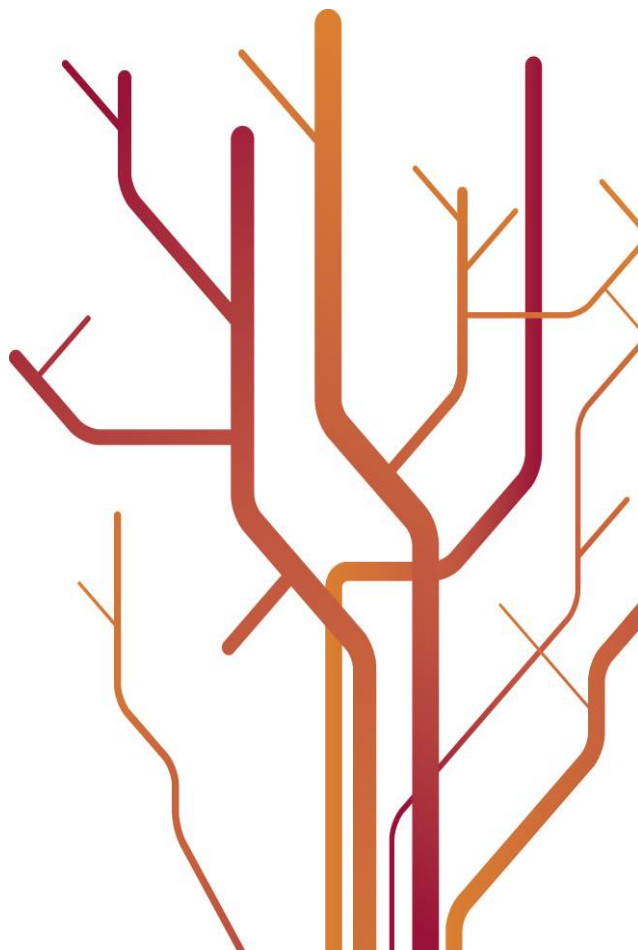


Matias Hana

Masteroppgave i Organisasjon og Ledelse

STV-3091

Mai 2013



FORORD

Etter over ett år og mye arbeid ble oppgaven endelig ferdig. I løpet av året er det mange som har gjort seg fortjent til en stor takk for all hjelp, oppmuntring og mye hygge.

Alle ti informantene som stilte opp, fortjener en stor takk.

En stor takk til veileder Kjell Arne Røvik, entusiasmen og gode faglige tilbakemeldinger har vært til meget stor hjelp, i tillegg til de oppmuntrende ordene nå når det nærmet seg slutten.

Mamma og pappa fortjener en stor, stor takk for all hjelp. Alle mine seire, og alt jeg er og vil bli, er takket være dere. Dere er fantastiske.

Tusen takk til Kjartan, som har brukt uendelig mange timer med korrekturlesing av oppgaven.

Og sist, guttene i kollektivet, og spesielt, min gode venn Sturlis, takk for uendelig mange timer og kaffekopper i kantina, du er god.

Tromsø, 31. mai 2013

Matias Hana

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven tar for seg innføringen av *samhandlingsreformen* i tre nordnorske kommuner. Reformen er ment å overføre en større del av helsetjenestene «ned» til kommunehelsetjenesten. Ønsket er at kommunene skal forebygge mer, behandle bedre og samhandle mer. Dette skal blant annet gjøres ved og forsterke fastlegenes rolle som avlaster for spesialisthelsetjenesten, i tillegg skal kommunene ta imot og ivareta de utskrivningsklare pasientene tidligere enn før. Oppgaven presenterer tre faser av reformen, *planleggingen*, *gjennomføringen* og *utfallet*. I disse fasene får man innsikt i kommunenes prioriteringer og valg i disse fasene. Datamaterialet blir så belyst av tre teorier, det rasjonelle-, institusjonelle og ny-institusjonelle perspektivet, som forklarer forskjellige sider ved denne reformprosessen. Avhandlingen viser at innføringen av reformen er en utfordrende oppgave. Funnene tyder på at kommunene i stor grad styres av økonomiske prinsipper, og prioriterer grep deretter. De økonomiske prioriteringene resulterer i at to viktige reformelementer får vidt forskjellig utfall. De økonomiske prioriteringene, slik som ivaretagelsen av de utskrivningsklare pasientene blir grundig planlagt og iverksatt. Fastlegene på den andre siden blir relativt lite inkludert og reformen får liten eller ingen effekt på arbeidet deres som avlaster for spesialisthelsetjenesten. Reformen blir ikke iverksatt etter planen.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	II
SAMMENDRAG	III
KAPITTEL 1 - INTRODUKSJON.....	1
1.1 INNLEDNING	1
1.2 VALG AV TEMA	1
1.5 HELSE – VIKTIG FOR DET NORSKE SAMFUNNET	3
1.5.1 <i>Det norske helsesystemet – stat vs. kommune</i>	4
1.5.2 <i>Statens ansvar – spesialisthelsetjenesten</i>	4
1.5.3 <i>Kommunens ansvar – primærhelsetjenesten</i>	4
1.6 SAMHANDLINGSREFORMEN	4
1.6.1 <i>Stor reform</i>	5
1.6.2 <i>Pålegg</i>	5
1.7 ALLMENNLEGEN – NØKKELPROFESJON	6
1.7.1 <i>Fastlegen og fastlegeordningen</i>	6
1.8 DISPOSISJON	8
KAPITTEL 2 – TEORETISKE INNFALLSVINKLER.....	9
2.1 INNLEDNING	9
2.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEORIER	9
2.3 TEORIENE	10
2.3.1 <i>Et rasjonelt perspektiv</i>	10
2.3.2 <i>Et institusjonelt perspektiv</i>	14
2.3.3 <i>Et ny-institusjonelt perspektiv</i>	18
2.4 OPERASJONALISERINGER FOR DE TRE PERSPEKTIVENE.....	23
2.5 OPPSUMMERING	24
KAPITTEL 3 - FORSKNINGSMETODE	25
3.1 INNLEDNING	25
3.2 KVALITATIVT FORSKNINGSDSIGN	25
3.3 CASESTUDIER	26
3.4 ABDUKTIV TILNÆRMING	26
3.6 DATAGRUNNLAG – UTVALG AV INFORMANTER	28
3.7 INTERVJUENE – INTERVJUGUIDE.....	29
3.8 OPERASJONALISERINGER	30
3.9 INTERVJUENE – GJENNOMFØRING.....	30
3.10 RELIABILITET OG VALIDITET	32
3.10.1 <i>Reliabilitet</i>	32
3.10.2 <i>Validitet</i>	33
3.11 GRAD AV GJENNOMFØRING	34
3.12 OPPSUMMERING	34
KAPITTEL 4 - PLANLEGGINGEN AV SAMHANDLINGSREFORMEN I TRE NORDNORSKE KOMMUNER.....	35
4.1 INNLEDNING	35
4.2 TEORI	35
4.2.2 <i>Et institusjonelt perspektiv</i>	36
4.2.3 <i>Et ny-institusjonelt perspektiv</i>	36
4.3 SAMARBEID I PLANLEGGINGEN – TRE KOMMUNER, ETT PROSJEKT	36
4.5 STORBYGD KOMMUNE	38
4.5.1.1 <i>Rådmann</i>	39
4.5.1.2 <i>Helsesjef</i>	40
4.5.1.3 <i>Fastlegene</i>	42
4.5.1.4 <i>Oppsummering</i>	43

4.6	MIDTBYGD KOMMUNE	43
4.6.1	<i>Informanter</i>	44
4.6.1.1	<i>Rådmann</i>	44
4.6.1.2	<i>Kommuneoverlege</i>	46
4.6.1.3	<i>Oppsummering</i>	47
4.7	ØVERBYGD KOMMUNE	47
	<i>Kommunalt styringsdokument</i>	47
4.7.1	<i>Informantene</i>	48
4.7.1.1	<i>Rådmann</i>	48
4.7.1.2	<i>Helsesjef</i>	49
4.7.1.3	<i>Kommuneoverlege</i>	51
4.7.1.4	<i>Oppsummering</i>	52
4.8	OPPSUMMERING, STORBYGD-, MIDTBYGD- OG ØVERBYGD KOMMUNE.....	52
KAPITTEL 5 – GJENNOMFØRING		55
5.1	INNLEDNING	55
5.2	TEORIENE	55
5.2.1	<i>Et rasjonelt perspektiv</i>	55
5.2.2	<i>Et institusjonelt perspektiv</i>	56
5.2.3	<i>Et ny-institusjonelt perspektiv</i>	56
5.3	GRAD AV GJENNOMFØRING	56
5.4	STORBYGD KOMMUNE.....	57
5.4.1	<i>Informantene</i>	57
5.4.1.1	<i>Rådmann</i>	57
5.4.1.2	<i>Helsesjef</i>	59
5.4.1.3	<i>Fastleger</i>	60
5.4.1.4	<i>Oppsummering</i>	61
5.5	MIDTBYGD KOMMUNE.....	62
5.5.1	<i>Informantene</i>	62
5.5.1.2	<i>Rådmann</i>	62
5.5.1.3	<i>Kommuneoverlege</i>	63
5.5.1.4	<i>Oppsummering</i>	64
5.6	ØVERBYGD KOMMUNE	65
5.6.1	<i>Informantene</i>	65
5.6.1.2	<i>Rådmann</i>	65
5.6.1.3	<i>Helsesjef</i>	67
5.6.1.4	<i>Kommuneoverlege</i>	68
5.6.1.5	<i>Oppsummering</i>	69
5.7	OPPSUMMERING FOR STORBYGD, MIDTBYGD OG ØVERBYGD.....	69
5.7.1	<i>Hva ble gjort?</i>	69
5.7.2	<i>Hva ble «nedprioritert»?</i>	69
5.7.3	<i>Hva gjorde man ikke?</i>	70
KAPITTEL 6 - UTFALL.....		71
6.1	INNLEDNING	71
6.2	TEORIENE	71
6.2.1	<i>Et rasjonelt perspektiv</i>	71
6.2.2	<i>Et institusjonelt perspektiv</i>	71
6.2.3	<i>Et ny-institusjonelt perspektiv</i>	72
6.3	STORBYGD KOMMUNE.....	72
6.3.1	<i>Informantene</i>	72
6.3.1.1	<i>Rådmann</i>	72
6.3.1.2	<i>Helsesjef</i>	73
6.3.1.3	<i>Fastlegene</i>	73
6.3.1.4	<i>Oppsummering</i>	75
6.4	MIDTBYGD KOMMUNE.....	76
6.4.1	<i>informantene</i>	76

6.4.1.1 Rådmann.....	76
6.4.1.2 Kommuneoverlegen	76
6.4.1.3 Oppsummering	78
6.5 ØVERBYGD KOMMUNE	78
6.5.1 Informantene.....	78
6.5.1.1 Rådmann.....	78
6.5.1.2 Helsesjef.....	79
6.5.1.3 Kommuneoverlege	80
6.5.1.4 Oppsummering	81
6.6 OPPSUMMERING AV UTFALLET I STORBYGD-, MIDTBYGD- OG ØVERBYGD KOMMUNE	82
KAPITTEL 7 - ANALYSE	83
7.1 INNLEDNING.....	83
7.2 PLANLEGGINGEN I LYS AV TRE PERSPEKTIVER	83
<i>Oppsummering av planlegging.....</i>	<i>86</i>
7.3 GJENNOMFØRINGEN SETT I TRE PERSPEKTIVER	86
<i>Oppsummering av gjennomføringen.....</i>	<i>90</i>
7.4 UTFALLET I LYS AV TRE PERSPEKTIVER	90
<i>Oppsummering av utfallet</i>	<i>92</i>
7.5 OPPSUMMERING AV PLANLEGGING, GJENNOMFØRING OG UTFALL I LYS AV DE TRE PERSPEKTIVENE.....	93
KAPITTEL 8 - AVSLUTNING.....	95
8.1 INNLEDNING.....	95
8.2 DISKUSJON	95
<i>Administrasjonen har et autoritetsproblem</i>	<i>98</i>
8.3 AVSLUTTENDE KOMMENTARER OG FUNN	100
8.3.1 <i>Hvilken grad har reformen blitt iverksatt?</i>	<i>100</i>
8.3.2 <i>To viktige elementer – to forskjellige utfall</i>	<i>100</i>
8.3.3 <i>Delegering av ansvar – ansvarsfraskrivelse?.....</i>	<i>101</i>
8.4 VEIEN VIDERE.....	102
8.5 VIDERE FORSKNING	102
LITTERATUR.....	104
VEDLEGG:	107
VEDLEGG I	107
VEDLEGG II.....	109

Kapittel 1 - Introduksjon

1.1 Innledning

Helsevesenet har tatt på seg en stor oppgave, en reform som er ment å endre *kurs* og måte og arbeide på. Reformen omfatter hele helsevesenet, fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten, og har fått det passende navnet *samhandlingsreformen*. Den er ifølge Stortingspolitiker Liv Signe Navarsete, «den største kommunereformen i minns minne»(Aalborg 2009). Målet er mer samhandling og endring av «kurs» slik at man kan møte de store økonomiske og demografiske utfordringene som vil komme i den nære fremtiden.

1.2 Valg av tema

Temaet for denne avhandlingen er iverksettingen av samhandlingsreformen. Hovedfokuset vil være på rollen til fastlegene. Fastlegene har alltid hatt en rolle som buffer, eller avlaster for spesialisthelsetjenesten, reformen er ment og styrke denne rollen. I avhandlingen spør jeg om denne rollen blir endret, eller om den blir værende slik den er i dag.

Temaet er interessant på flere områder, både praktisk og teoretisk. Det er praktisk interessant ved at man kan oppnå ny kunnskap om hvordan planleggingen og gjennomføringen av reformen har foregått. Kunnskap om hvordan reformen blir tatt imot, er interessant ikke bare i forskningsøyemed, men også for kommunene selv. Dette vil kunne komme til uttrykk når de evaluerer organiseringen av sine helsetjenester. Her menes det at slik kunnskap vil kunne være nyttig for framtidig endringsprosesser. Helsevesenet er en stor institusjon og sektor i velferdsstaten Norge, og kunne oppleve, og observere de påbegynte endringene er dermed en motivasjon i seg selv.

Det er teoretisk interessant da jeg kan belyse datamaterialet med tre kjente teoretiske perspektiver. Ideen er å utlede noen forventninger for hver av teoriene, hvordan vil helsevesenet ta imot endringene, hva vil skje, hvilken rolle får fastlegene, osv.? Etter endt datainnsamling vil det være mulig og analysere datamaterialet i lys av noen utledete forventninger fra de tre teoretiske perspektivene. Ved å belyse teorien opp mot datamaterialet kan jeg se hvilken forklaringskraft de tre respektive perspektivene har med hensyn til denne prosessen. Perspektivene forklarer organisasjoner på forskjellige måter da de fokuserer på vidt forskjellige aspekter ved organisasjoner. Dermed vil bruken av de tre perspektivene belyse forskjellige aspekter ved endringsprosessen.

For å avklare, begrepene *teori* og *perspektiv* vil i denne avhandlingen bli brukt om hverandre. De vil her bli gitt samme mening.

1.3 Bakgrunn

Det er flere grunner til at jeg har valgt samhandlingsreformen som tema for min masteravhandling. Jeg har vokst opp i en «helsefamilie», hele familien jobber i helsesektoren, og helse har derfor vært et evig tema rundt middagsbordet. I tillegg, gjennom oppveksten har jeg vært bosatt i forskjellige deler av verden, USA, Zimbabwe og Malawi. Disse landene har vidt forskjellige helsevesen. De afrikanske landene har, etter vår (norsk) standard en relativt utviklet offentlig helse- og omsorgssektor. Den amerikanske måten å styre helsesystemet på er også vidt forskjellig fra det norske helsevesenet. Landene er til stor forskjell fra Norge, der vi har et av verdens beste helsesystem. Det er dette jeg har lyst å se på. Hvordan store endringer, i det vi liker å mene, men som Norge også er kjent for, et av verdens beste helsevesen, vil foregå på. Opplevelsene av å se et lite utviklet helsevesen i Malawi har ført til et ønske om kunnskap om hvordan man kan utvikle, og bedre helsevesenet. Selv om det ikke er overførbarhet mellom det norske og det malawiske helsevesenet, ennå, men håpet er bedre kunnskap. Å se hvordan man kan gjøre noe som allerede er relativt bra, til noe bedre. Dette er en enorm motiveringsfaktor og årsak til mitt valg av tema for min avhandling. Samt, det å kunne «stikke fingeren i jorda» på et tidlig punkt i reformprosessen er en motiverende faktor. Til slutt, det og kombinere teori og praksis er en meget interessant, men utfordrende oppgave å ta på seg.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med ovennevnte opplevelser og observasjoner har disse avgjort valget av oppgavetema og problemstilling. Ambisjonen er å få kunnskap om fastlegenes nye rolle, om denne blir en *realitet* eller forblir et *ideal*. Om reformens idegrunnlag inntar premissleverandøren og kommunen, eller om den blir nettopp det, en idé og et ideal.

Det er med stor interesse og nysgjerrighet jeg har tatt for meg samhandlingsreformen. Av hensyn til ressursene som var til min disposisjon, tid og oppgavens omfang, så har jeg måttet begrense problemstillingen min til en liten del av helsevesenet. Dermed endte jeg opp med følgende problemstilling;

«I hvilken grad og hvordan iverksettes samhandlingsreformen og dennes idegrunnlag den lokale legetjenesten?»

Her har jeg særlig fokus på fastlegenes rolle som avlaster og ”støtputer” i forhold til pasientenes ”plassering” mellom nivåene i helsetjenesten.

I hvilken grad implementeres fastlegenes nye roller som avlastere for sykehusenes spesialisthelsetjeneste; blir dette en realitet, eller forblir det bare et ideal?»

Det jeg vil se på er hvordan reformen tar form i det daglige virket til fastlegene, og om reformen blir synlig. Sekundært ser jeg på hvordan kommunene i seg selv tar imot reformen. For å få dette til, trenger man en teoretisk ballast. Jeg har valgt å ta for meg tre hovedperspektiver, *rasjonell, institusjonell og ny-institusjonell* teori. Ut fra disse teoriene vil det bli utledet teoretiske forventninger til *effekter* i tre faser av reformprosessen. De tre fasene er *planlegging, gjennomføring og utfall*. Etter presentasjonen av datamaterialet vil forventningene bli holdt opp mot datamaterialet, og man vil kunne se hvilken, eller hvilke(t) perspektiv(er) som har forklaringskraft. Perspektivene vil i denne avhandlingen være komplementære. Dette vil si at de ikke vil være konkurrerende, men heller utfylle hverandre. Perspektivene vil kunne forklare forskjellige faser av prosessen og vil dermed behandles som komplementære.

Det vil i denne avhandlingen sees på tre nabokommuner i en region i Nord-Norge. Jeg har intervjuet rådmenn, helsesjefer og fastleger, dette med et særlig fokus på fastlegenes rolle. Stortingsmelding nr. 47(2008-2009) er også et viktig supplement til datainnsamlingen min. De respektive kommuners styringsdokument og tiltaksplaner vil i mindre grad bli brukt som supplerende data.

1.5 Helse – viktig for det norske samfunnet

Helse er viktig for folk, og det norske helsevesenet er en meget viktig del av dagens samfunn. Helsevesenet er viktig på flere områder, det tar vare på helsen til innbyggerne, men det er også en representant for den sittende politiske ledelsen. Måten helsesystemet fungerer på kan for folk flest oppfattes som en refleksjon av hvordan regjeringen jobber, og omvendt. Det er da viktig for regjeringen og politikerne at det er et velfungerende og effektivt helsesystem de «styrer». Det norske helsesystemet er også viktig for at folket skal ha en trygghet til å leve på den måten de ønsker.

1.5.1 Det norske helsesystemet – stat vs. kommune

Det norske helsesystemet er delt i to, staten tar seg av helseforetakene (sykehusene) og spesialisthelsetjenesten, mens kommunen tar seg av primærhelsetjenesten (fastlegene, eldrehjem, etc).

1.5.2 Statens ansvar – spesialisthelsetjenesten

Staten har ansvar for driften og tilstanden til alle offentlige helseforetak og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske sykehus, andre somatiske institusjoner (rehabilitering og opptreningsinstitusjoner), institusjoner innenfor psykisk helsevern, privatpraktiserende legespesialister med og uten driftsavtale og ambulansetjenester. Tjenestene blir ledet av leger med både medisinsk embetseksamen og spesialistutdanning). Staten og helsedepartementet har ansvaret for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er delt i fire regionale helseforetak (nord, sør, øst, vest) (Mundal 2011).

1.5.3 Kommunens ansvar – primærhelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten (primærhelsetjenesten) er allmennlegenes faglige ansvarsområde, og omfatter vanlig legepraksis i kommunehelsetjenesten, helsestasjoner, skolehelsetjenesten, pleie- og omsorgstjenesten, og annet (miljørettet helsevern, annet forebyggende arbeid, administrasjon), dette er oppgaver kommunene har ansvar for å tilby.

1.6 Samhandlingsreformen

27. april 2010 ble den såkalte samhandlingsreformen vedtatt med den hensikt å gi bedre arbeidsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. For at dette skal kunne skje får kommunene medfinansieringsansvar for spesialisthelsetjenesten. Reformen skal styrke det forebyggende helsearbeidet, satse mer på kommunal helsetjeneste og forbedre samarbeid og samhandlingen mellom kommunene (Mundal 2011).

Reformen har kommet i lys av problemer man har sett med dagens helsevesen. Det er hovedsakelig tre hovedutfordringer som må møtes, for *det første* besvares ikke pasientenes behov for koordinerte og gode tjenester godt nok i dag. For *det andre* ser man at dagens helsesystem ikke fokuserer nok på å begrense og hindre sykdom. Den *tredje* utfordringen er en demografi i utvikling, og et endret sykdomsbilde, dette vil gi utfordringer som kan være en trussel mot samfunnets økonomiske bæreevne (NAV 2012).

1.6.1 Stor reform

Samhandlingsreformen er en stor og omfattende reform, som er ment å styrke og vise veien videre for det norske helsesystemet. Ønsket er at folket skal være så friske som mulig, så lenge som mulig. Når man trenger hjelp, så skal man få det så raskt som mulig. Tilbudet skal være av høy kvalitet og pasienten skal ha følelsen av at de får helhetlig hjelp, og pasientforløpet skal gå uten brudd eller svikt. Flere av helsetjenestene skal være nærmere der folk bor – «rett behandling, der folk bor». Dette betyr at kommunene må levere flere tjenester enn tidligere (Strøm-Erichsen 2011). Det er også et uttrykt ønske om at pasienten og brukeren skal være i sentrum, det er de som vet hvor «skoen trykker». Brukermedvirkning skal få en større plass, og pasienten skal kunne ha mer å si i avgjørelser angående sin egen helse. Hva vil reformen ha og si for folk flest? Det blir lovet mer forebygging og hjelp før man blir for syk. Sykdommer skal oppdages tidligere, og hjelpen skal komme raskere, og være bedre enn tidligere. De som behøver sykehushjelp skal få det, og de kommunene som klarer å tilby den samme hjelpen, eller bedre, skal gjøre det. Samhandlingen mellom de forskjellige leddene i helsetjenesten skal bli bedre, dette for at pasientene skal få et bedre pasientforløp, uten brudd og plager. Det vil bli lagt ned en større innsats for den generelle helsen til folket, eller samfunnshelsen.

Pasienter med kroniske sykdommer og lidelser skal få utbedret tjenester, hjelpen skal komme nærmere hjemmet. Ønsket er at oppfølging og tjenester skal bli organisert og utført bedre, og nærmere der pasientene bor. Flere helsetjenester skal overføres nærmere pasientene, dette betyr at flere tjenester vil bli overført til kommunene. Kommunene vil få finansiell hjelp slik at dette lar seg gjøre.

Det vil også bli lagt opp til en kommunal frisklivssentral. Der får man hjelp til å endre kostholdsvaner, stumpe røyken, bli mer fysisk aktiv og hjelp til å legge om levevaner (Strøm-Erichsen 2011). Et annet viktig element er at man har som mål å øke kompetansen og bygge sterke spesialiserte fagmiljøer. Ringvirkningen vil da være bl.a. at de lokalmedisinske legesentrene vil ha en viktig rolle å spille i det nære helsetilbudet. Håpet er at folket skal oppleve at de får en helhetlig, bedre, bredere helsetjeneste i kommunen, og god behandling, når de trenger det.

1.6.2 Pålegg

Reformen ble satt i gang nasjonalt 1.1.12., men mange kommuner var godt i gang før denne datoen. Endringsprosessen vil holdes gående en tid framover. Fra første dag i januar hadde

kommunene ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter, i første omgang har om lag 560 millioner kroner blitt overført fra sykehusene til kommunene slik at de skal kunne legge til rette for disse pasientene(Strøm-Erichsen 2011).

Kommunene er blitt pålagt å etablere et tilbud for øyeblikkelig hjelp, et døgntilbud for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp eller observasjon. Dette døgntilbudet skal være på plass innen 2016, det betyr at det skal fases inn i perioden 2012-2015(ibid.). Tilbudet vil bli fullfinansiert, bare i 2012 vil det bli overført 260 millioner kroner fra staten til kommunene. Økningen i kommunale tjenester medfører at staten gir kommunene bedre økonomiske rammer, og veksten i helsebudsjettene de neste årene vil tilfalle kommunene i større grad. Til slutt har man planlagt å bedre samarbeidsforholdet mellom kommunene og sykehusene, samtidig vil man også styrke den statlige ledelsen av sykehusene(ibid.).

1.7 Allmennlegen – nøkkelf profesjon

Leger, både sykehusleger og fastleger, har hatt, og har fremdeles en enormt viktig rolle å spille i dagens samfunn. Helse er viktig for folk, og etterspørselen for legenes tjenester øker. Legene har en nøkkelrolle i helsesystemet, dette sies uten å underminere rollen til andre profesjoner og yrkesgrupper slik som sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, radiografer, fysiokjemikere, ergoterapeuter og så videre. En viktig årsak til legenes nøkkelrolle er at de fleste andre yrkesgruppene i helsetjenesten i stor grad avhenger av de faglige premissene som blir gitt av legene. Pasientene har som oftest førstekontakt med fastlegene og bestemmer dermed behandlingsmåte eller henviser videre til f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut eller radiograf, og på denne måten setter de faglige premissene for videre behandling.

For at samhandlingsreformen skal bli en suksess er det mye som skal fungere, og mye som må på plass. Det er mange viktige yrkesgrupper som må jobbe sammen, samhandle bedre, fastlegene spiller en ekstremt viktig rolle i denne forstand. Fastlegene er en premissleverandør for at reformen skal kunne fungere slik den er ment å fungere. Det er de som skal være «bufferen» eller «gatekeeperne» til spesialisthelsetjenesten, det er da viktig at de gjør jobben sin godt for at det skal fungere.

1.7.1 Fastlegen og fastlegeordningen

Det er skrevet mye om leger, hvor de arbeider, er de allmennleger, eller spesialister, jobber de i primærhelsetjenesten, eller jobber de i spesialisthelsetjenesten. Det neste avsnittet vil jeg gi en kort redegjørelse for fastlegeordningen, den ordningen storparten av alle allmennleger er en del av. Fastlegeordningen har som formål å sikre at alle får et helsetilbud med høy kvalitet,

sikkerhet og til rett tid. Den har også som mål å gi alle innbyggerne en fast allmennlege som de kan forholde seg til.

En fastlege er en lege som inngår i en avtale/driftsavtale med kommunen for deltakelse i fastlegeordningen. Avtalen gjøres uavhengig om legen er ansatt i kommunen, eller selvstendig næringsdrivende. Antallet leger kommunene kan inngå avtaler med, er ikke regulert ved lov eller av myndighetene (Forskrift om fastlegeordningen 2012; «Fastlegeordningen» 2013). Dette kaller man en fastlegeavtale, der hver enkelt lege inngår en avtale med kommunen. Det man ønsker er at fastlegene skal være selvstendig næringsdrivende, men med avtale med kommunen. 93,5 prosent av dagens fastleger er selvstendig næringsdrivende, mens de resterende 6,5 prosentene er kommuneansatte («Fastlegeordningen» 2013). I avtalen mellom kommunen og legene, skal kommunen sikre innbyggerne i kommunen et tilbud om fastlege og tilgjengelighet til denne helsetjenesten. Kommunen har også et ansvar å sikre at fastlegene også ivaretar andre legeoppgaver som kommunen har behov for (ibid.). Fastlegene som er fulltidsansatte, kan pålegges å delta på inntil 7,5 timer per uke i forskjellige allmennlegeoppgaver i kommunen. Eksempler på dette er helsestasjon- og skolehelsetjenesten, sykehjem (gamlehjem) og fengsler. Kommunen skal først forsøke å inngå frivillige avtaler om disse oppgavene, hvis ikke dette lar seg gjøre, kan kommunen pålegge fastlegen å delta på disse timene. Hvis fastlegene deltar i administrative møter med kommunen, så skal disse timene iberegnes disse 7,5 timene (Forskrift om fastlegeordningen 2012).

Bedre samhandling gir et bedre pasientforløp, som jo delvis er årsaken til innføringen av denne reformen. Et pasientforløp er *«den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov»* (Stortingsmelding 47(2008-2009):15).

Samhandling: «Samhandling er uttrykk for helse og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en rasjonell måte (ibid.:13).

Dette var en kort presentasjon av bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling, og kort om bakgrunnen for samhandlingsreformen.

Kort forklart vil jeg da i denne avhandlingen se på innføringen av samhandlingsreformen i

noen småkommuner. Dette med et fokus på fastlegene og deres rolle som buffere for spesialisthelsetjenesten, og hvordan de tar denne nye rollen de blir gitt. Blir reformens idégrunnlag et ideal, eller en faktisk realitet. I tillegg vil det bli sett på hvordan reformen inntar kommunen.

1.8 Disposisjon

Avhandlingen består av åtte kapitler. I første kapittel er det gitt en introduksjon til temaet, bakgrunnen for valg av tema, mål og problemstilling. I tillegg til dette, har jeg gitt en innledende presentasjon av samhandlingsreformen. I kapittel to vil teoriene og de tre teoretiske perspektivene som vil bli brukt i analysen bli presentert. De tre teoriene vil legge rammeverket for den teoritestende analysen. Basert på disse teoriene er det blitt utledet forventninger til tre faser av reformprosessen; planlegging, gjennomføring og utfall. I kapittel tre vil den metodiske tilnærmingen bli gjennomgått. Her vil det redegjøres for metode, og bakgrunn for valg av denne. I tillegg vil det bli gitt en presentasjon av datagrunnlag, forskningsprosess og, reliabilitet og validitet. I kapitlene fire(planlegging), fem(gjennomføring) og seks(utfall), vil datamaterialet bli presentert. Analysen vil bli gjort i kapittel syv. Her vil de teoretisk utledete forventningene fra kapittel to bli brukt. Kapittel åtte vil være avslutningskapittelet. Her vil sentrale funn bli oppsummert, i tillegg vil det bli gitt noen refleksjoner rundt tema og muligheter for videre forskning.

Kapittel 2 – Teoretiske Innfallsvinkler

2.1 Innledning

I dette kapitlet vil teoriene som skal brukes i avhandlingene bli presentert. Teoriene er både byggesteinene, og avgjørende for formen og retningen avhandlingen har tatt. De er valgt med omhu, og er veletablert teorier som har distinkte forskjeller, men også noen likheter. Ved hjelp av teoriene vil jeg utlede noen «antakelser» som vil bli brukt i analysen for å belyse problemstillingene mine.

Med blick på forskningsspørsmålet har disse teoriene blitt valgt, *rasjonelt*-, *institusjonelt*- og *ny-institusjonelt perspektiv*. De tre teoriene har hver sine utledninger som også blir kort presentert, disse er *rask tilkøpling*, *frastøting* og *frikøpling*. Teoriene vil i det følgende presenteres kort, med teoretiske antakelser om funn tilknyttet studiens tre delproblemstillinger. Forventningene vil bli utledet i forlengelsen av utlegningen av teoriene.

2.2 Bakgrunn for valg av teorier

Teoriene er valgt på grunn av at de kan behandles som komplementære. Det rasjonelle perspektivet tar for seg de strukturelle og rasjonelle elementene i organisasjoner. Det institusjonelle tar for seg de uformelle elementene og normative aspektene ved organisasjoner. Til slutt tar det ny-institusjonelle perspektivet for seg viktigheten av ikke bare innsiden av organisasjonen, men også omgivelsene, og forholdet mellom organisasjon og dens omgivelser. Dermed har jeg i analysen mulighet til og fange opp flere forskjellige aspekter og elementer i reformprosessen.

Til hver av teoriene er det utledet noen forventninger til funn. Disse forventningene dekker tre delproblemstillinger som i kortversjon handler om, *planlegging*, *gjennomføring* og *utfall* av samhandlingsreformen.

I planlegging tar jeg for meg prosessen før igangsettingen av reformen og hva man forventer av planleggingsprosessen.

I gjennomføringsfasen framskriver jeg noen forventninger for hvordan denne prosessen vil gå ifølge de forskjellige perspektivene. Det er prosessen fra man har fattet et formelt vedtak om hva som skal skje – til gjennomføringsprosessen formelt er over og man er over i en mer normal driftsfase. Har man gjort det man planla, har man endret noe, blir noe valgt bort?

Til slutt, i *utfall* tar jeg for meg de forventningene man har til hvilke effekter og eventuelt utfall reformen vil ha ifølge de forskjellige perspektivene. Her går man da ut ifra at man i planleggingsfasen satte seg mål som man skulle nå, og da vil oppnå det man hadde forventet gitt at prosessen ble gjennomført som planlagt.

2.3 Teoriene

2.3.1 Et rasjonelt perspektiv

Dette perspektivet er bygget på ideen om organisasjoner som maskiner. Organisasjonens mål kan oppnås ved at ledelsen har innsikt i disse, og at de har den rette verktøykassen (informasjonen, kunnskapen og de ansatte) som trengs for måloppnåelse.

Organisasjonsstruktur er viktig. Den «forsyner medlemmene med avgrensede mål og hensyn som de skal vektlegge, og filtrerer hvilken informasjon om alternativer og konsekvenser som de har eller kan skaffe seg» (Christensen m.fl. 2009:43).

Røvik (2007) skriver at det er to distinkte kjennetegn ved den rasjonelle logikken. Det ene kjennetegnet er en sterk mål- og redskapsfokusering. Organisasjonen er ikke et mål i seg selv, men organisasjonen er et redskap for måloppnåelse (Røvik 2007; Christensen m.fl. 2009). Det andre kjennetegnet er det han kaller *rasjonelt lederskap*, ledelsen er ment å ha dyp innsikt i organisasjonens mål og kunnskap for å nå disse målene på en effektiv måte. I tillegg forventes det en myndighet som trengs for å ta de avgjørelsene og styringsgrepene som er nødvendig for måloppnåelse (Røvik 2007).

Ledelsen styrer organisasjonen etter klare mål. Mål er viktig i det rasjonelle perspektivet, en organisasjons mål må være spesifikke. Dette er viktig for strukturen, samt vil det være vanskelig og styre en organisasjon med vage mål. Klare mål er avgjørende for valg av styringsmetode og retning en organisasjon tar for å oppnå målene sine (Scott og Davis 2007).

Terminologi slik som *informasjon, kunnskap, effektivitet og optimisering* viser, i tillegg til begreper som *kontroll, koordinering, regler og direktiver*, på hvilken måte fokuset ligger på rasjonell kalkulering. Begrepene viser i grunn hvordan man ser på organisasjoner og styring av dem. Gjennom klare regler og koordinering for de ansatte, og med god informasjon og kunnskap kan ledelsen styre organisasjonen på den måten en ønsker (Scott og Davis 2007). En ledende tanke er at organisasjoner kan styres fra toppen, ledelsen har kunnskapen og

kompetansen til å styre gjennom forskjellige grep i den formelle strukturen(Røvik 1998, 2007). Organisasjoner er redskap for måloppnåelse, organisasjoner kan designes og styres av ledelsen på en måte som gjør at man oppnår best mulige resultater.

Handlinger gjort av organisasjoner og dens medlemmer blir sett på som bestemte og koordinerte handlinger(Scott og Davis 2007). Ledelsen sitter med stor makt med hensyn til utformingen og arbeidet i organisasjonen. Organisasjonen er kun et redskap, en maskin for måloppnåelse, dette ved hjelp av fokus på ledelse, forbedringer og rasjonell tankegang. (Røvik 2007; Scott og Davis 2007).

Rask tilkøpling

Rask tilkøpling er utledet fra det rasjonelle perspektivet innenfor organisasjonsteorien, denne teorien har et instrumentelt syn på hvordan kommunene vil planlegge, implementere og til slutt hva utfallet av reformen vil bli. Det er forventet positive virkninger hvis reformen «installeres» på riktig måte(Røvik 1998).

2.3.1.2 Forventninger

På bakgrunn av den rasjonelle teorien er det utledet noen forventninger til funn knyttet til problemstillingen, planlegging, gjennomføring og utfall.

Planlegging

Samhandlingsreformen er en statlig iverksatt reform, og dermed ikke selvstendig vedtatt i kommunene. Det vil forventes at ledelsen tar styring med en gang. Reformen kommer med visse krav som kommunen må etterfølge, dermed vil man forvente at kommuneledelsen vil, gjennom en analyse av kommunen oppdage mangler og problemer i blant annet kommunehelsetjenestens samhandling, legenes høye henvisningsstatistikker og kommunens ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter. Kommunen ser hvilke grep som må tas for og behandle disse «problemene». Det er en klar mål-middel rasjonalitet i planleggingen til ledelsen. Med hjelp av reformen vil en kunne bedre disse forholdene relativt raskt. Endringene vil være sterkt påvirket av en fra toppen-og-ned orientering da ledelsen ser på organisasjonen og dens medlemmer som verktøy for måloppnåelse. Viktige faggrupper, som blant annet fastlegene, vil bli tatt med i planleggingen. Denne gruppen har nærmest innsikt i hva kommunen trenger for å være i stand til å møte reformen. Ved hjelp av disse faggruppene kan man «file» til reformen, slik at den passer til kommunen, noe som sammenfaller med det Røvik skriver om perspektivets mål-middel-rasjonalitet(Røvik 1998).

I dette perspektivet er fokuset på struktur. I og med at man ser på de ansatte, her de helseansatte, som redskaper for måloppnåelse. Administrasjonen vil ha en del og si for retningen og styringen av organisasjonen. «Top-down» orienteringen kommer til uttrykk ved at kommuneledelsen planlegger endringene ut fra klare og entydige mål. Stram styring fører til at de planlagte endringene skal ta den retningen man ønsker (Røvik 2007). Planleggingen blir gjort ut fra den tanken at det er mulig å utforme organisasjonens struktur etter behov, organisasjonen er tross alt et redskap for og nå et mål. De ansatte, i dette tilfellet fastlegene, vil i liten grad bli *bearbeidet* og involvert i planleggingsprosessen, da det sikrer stram styring av prosessen.

- *Kommuneledelsen mener at det er en klar forskjell mellom hvor man er, og hvor man ønsker å være.*
- *Man analyserer kommunen og ser hvor arbeidet må legges inn, man ser hvor grep må gjøres, og iverksetter tiltak*
- *Reformen vil kunne løse mange av kommunehelsetjenestens problemer – blant annet kommunens - samhandlingsproblemer, høye henvisningsstatistikker, og ivaretagelsen av pasienter som blir utskrevet fra sykehuset (korttidsavdeling)*
- *Rasjonell og målorientert styring – kommuneledelsen har en klar mål-middel tenkning, ledelsen styrer etter klare mål og gjør styringsgrep, som blant annet etablering av korttidsplasser, ø-hjelpssenger, kompetanseheving og ressursøkning i form av mer utstyr*
- *Ledelsen tar initiativ til dialog og samarbeid*
- *Det er en samordning av samhandling for å oppnå mål*

- *Relativt liten grad av involvering av de ansatte, faggrupper og viktige grupper blir delvis inkludert*
- *Kommuneledelsen tar rasjonelle valg og «filer» til reformen slik at kommunen skal kunne gjennomføre den, tar de grepene som er nødvendige for kommunen*
- *Har en klar plan over hva som skal gjøres og når (tidsplan)*

Gjennomføring

Planleggingen legger klare føringer for gjennomføringen. En kan forvente at kommunen fortsetter den stramme og sterke styringen av prosessen. Ledelsen gjør grepene som analysen

anbefalte. Formell struktur har blitt endret for og enklere å være mer effektiv og styringsdyktig. Fastlegene kan oppfylle kravene ved reformen ved at de har mottatt de ressursene, infrastrukturen og den kompetansen som skulle til for at de kunne ta av «trykket» for spesialisthelsetjenesten.

- *Kommuneledelsen er klar i målsetningen med reformen, prosessen er preget av sterk styring og klare grep, stram tidsplan*
- *Fastlegene blir satt i stand til å gjøre jobben de satt til å gjøre, gjennom å ha mottatt utstyr og kompetanse*
- *Kommunen har den rette infrastrukturen, formelle strukturen og kompetansen som er nødvendig, fra dag én*

Utfall

Dette er ikke det endelige utfallet, men det vil bli utfallet så langt. Reformarbeidet vil innføres, og vil ikke være «ferdig» implementert før utgangen av 2015. Dermed er det vanskelig ved og si noe om det endelige utfallet ved bruk av datamaterialet som er tilgjengelig per nå, men teorien er fremdeles fullt brukbar. Reformen blir relativt raskt implementert. Man følger den sterke styringen som ledelsen står for. Reformen har blitt tilpasset kommunen. De styringsgrepene som er tatt, er tatt spesielt for den kommunen. Endringene hos fastlegene kan ses ved at henvisningsstatistikkene har gått ned, de har muligheten til å gjøre mer på kontoret da de har utstyret og den nødvendige kompetansen. Samhandlingen i kommunen og mellom kommunen og sykehuset fungerer slik som den skal. Man produserer gode pasientforløp.

- *Reformen har blitt implementert relativt raskt og problemfritt, kommunen kommer i mål med planene sine*
- *Fastlegene vil ha endret atferd og arbeidsmetode – de har endret henvisningspraksis, man ser på muligheten for å gjøre mer lokalt og man har kompetansen og utstyret som er nødvendig for at man skal kunne gjøre jobben*
- *Samhandlingen og kommunikasjonen fungerer slik den var ment*
- *Man har opprettholdt tidsplanen for endringsprosessen*
- *Samhandlingen i kommunen, og mellom kommunen og sykehuset fungerer*
- *Samhandlingen produserer gode pasientforløp*

2.3.2 Et institusjonelt perspektiv

I motsetning til det rasjonelle perspektivet der man ser på organisasjonen som en maskin, så ser man her på organisasjonen som en organisme, ett kollektiv (Scott og Davis 2007; Christensen m.fl. 2009). Organisasjoner tilpasser seg ytre og indre press. Dette fører til etableringen av bestemte normer og verdier som «*gir organisasjonen en særegen organisasjonskultur eller identitet*», organisasjonen «fylles med verdi». Selznick(1957) kaller dette for en institusjonaliseringsprosess(Christensen & Lægroid 2002; Selznick 1957). Dette fører til at institusjoner er normdannende og meningsfylt og har en integrerende effekt på institusjonsmedlemmene(Østerud m.fl. 2007:107).

Tilhengere av det naturlige perspektivet ser ikke bort fra at en organisasjon trenger en formell struktur, men de er usikker på viktigheten av denne strukturen (Scott og Davis 2007).

Uformelle strukturer vil ha stor effekt på den formelle strukturen, og dermed blir det satt spørsmålsteget ved viktigheten av den formelle strukturen.(Scott og Davis 2007). Den uformelle strukturen er basert på verdier og normer til organisasjonsmedlemmene, som vil kunne vise seg ved f.eks. uformell ledelse, her vil personers relasjonelle egenskaper og kvaliteter ha mer å si enn formell ledelse, der man har autoritet gjennom posisjon (Scott og Davis 2007).

Ansatte i en organisasjon vil aldri bare være «tankeløse arbeidere», de vil alltid ta med seg egne verdier, normer og kvaliteter. Dette kommer til syne gjennom interaksjon mellom medlemmene og utviklingen av en uformell struktur. Som Scott og Davis (2007) skriver, så er en av de viktigste delene ved det institusjonelle perspektivet at den sosiale strukturen i en organisasjon ikke er bestående av en formell struktur pluss de individuelle tankene, meningene og ideene til medlemmene i organisasjonen. Det er heller slik at man kan finne en formell og en uformell struktur i organisasjonen. Formell struktur er et sett med stabile, upersonlige og offisielle normer, mens uformell struktur er sosialt skapte normer og regler (Egeberg 1989;Scott og Davis 2007). Derfor er det viktig av ledelsen å inkludere de ansatte i en endringsprosess(Christensen m.fl. 2009).

Dette medfører at å gjøre/innføre endringer i en organisasjon er vanskelig og tidkrevende. Ofte vil endringer, slik som denne(samhandlingsreformen), som er igangsatt utenfra/eksternt, møte mer motstand og ha en mindre sannsynlighet for å lykkes, enn endringer som er satt i gang innenfra. Dette er det flere årsaker til, organisasjonskultur har en stor rolle å spille her, og påvirker atferd og resultater av både endringer og måloppnåelse(Christensen m.fl. 2009).

Med metaforen om organisasjonen som en organisme, følger det også at det er vanskelig å endre organisasjoner. Der organisasjonen er et redskap for måloppnåelse, er organisasjonen her like mye et mål i seg selv (Scott og Davis 2007). I sammenheng med denne avhandlingen, består kommunehelsetjenesten f.eks. av mange forskjellige profesjoner, faggrupper, tanker og meninger, men med et samlet ønske om bedre helse. Det er organisasjonskulturen, de formelle og uformelle båndene mellom organisasjonens medlemmer som holder organisasjonen sammen, samtidig er det disse båndene som har «makten» til å generere endring på samme måte som de kan stoppe eller forlenge en endringsprosess (Røvik 1998; Scott og Davis 2007). Endring iverksatt utenfra kan oppfattes truende på de ansatte og organisasjonen i seg selv, og vil derfor ofte bli møtt med motstand eller tvil (Røvik 1998). Dette er i motsetning til endring som kommer av interne krefter, der er muligheten for vellykket endring større. Hadde f.eks. fastlegene selv satt i gang denne prosessen, så hadde utsiktene for en vellykket reform vært større.

Ifølge det institusjonelle perspektivet er målet til en organisasjon viktig på flere måter. I motsetning til det rasjonelle perspektivet der målet har en retningsgivende og styrende mening, så vil målene i det institusjonelle perspektivet ha en verdimessig mening for organisasjonsmedlemmene (Scott og Davis 2007; Christensen og Lægreid 2002). Det har en motiverende effekt ved at målene hjelper de ansatte å ha noe å jobbe mot, i tillegg vil de ansatte over tid lære å identifisere seg med de målene som organisasjonen har og dermed få en verdi på den måten (Scott og Davis 2007, Christensen og Lægreid 2002). Dette kan ses i sammenheng med helsearbeidernes samlede ønske om bedre helse til folket. Det er et mål for de ansatte, og det er dette de jobber for, dag inn og dag ut.

Frastøting

Frastøting, kommer av det institusjonelle perspektivet. Dette perspektivet har organisasjoners indre liv i fokus. Planlegging er viktig for at reformen skal bli en suksess. De ansatte trenger bearbeiding, og det er mye som må tilrettelegges (Røvik 1998, Christensen m.fl. 2009). De ansatte vil føle at store endringer i organisasjonen også vil medføre store endringer i hverdagen og livet deres ellers, noe som betyr at planleggingen er viktig. Inkludering av de ansatte i planleggingen vil da være viktig for å unngå en *frastøtingsprosess*. Herunder vil det kunne være et smart trekk og inkludere, og ha en dialog med fastlegene og de andre helseansatte i planleggingen for at reformen skal kunne ta den ønskede formen.

2.3.2.1 Forventninger

Planlegging

Først, reformen tar ikke høyde for kommunenes kompleksitet. Det er ikke en enkel *installasjon*. En kommune består av individer, derfor vil man måtte tilpasse reformen til kommunen.

Ut fra dette perspektivet forventes det at de ansatte blir involvert i planleggingen. Dette er en bottom-up prosess, der de ansatte har en viktig rolle, og kommuneledelsen er avhengig av dem. Kommuneledelsen må fokusere på kulturen og de ansatte, og mindre på struktur og sterkt lederskap. De uformelle elementene er viktige. Ledelsen må se at involvering av de ansatte i planleggingsprosessen vil føre til at de ansatte får et eierskap til reformen, og dermed mer reformvennlig. Fastlegene og de ansatte bør involveres tidlig, slik at de kan komme med sine problemoppfatninger, og dermed også føle at de ikke blir «overkjørt» i prosessen. Dette vil kunne resultere i at man er mer positivt innstilt til reformen. Kultur er viktig, hvis ikke ledelsen klarer, eller er villige til å involvere de ansatte, vil reformen få en vanskelig gjennomføring. I denne sammenheng må ledelsen bruke *reformspråket* i større grad, eksempler på dette er *pasientforløp* og *samhandling*, ledelsen må legge vekt på intensjonene og planen ved reformen (Jacobsen og Thorsvik 2008). Det er viktig at ledelsen klarer å dra med seg de ansatte, og skape en visjon av hvordan man vil at helsetjenestene skal fungere. Over tid vil dette kunne *sette seg hos de ansatte* (Jacobsen og Thorsvik 2008). Avgjørelser som tas av ledelsen vil være av den typen som er mest passende, og ikke mest rasjonell. Dette for å ta hensyn til de kulturelle normene i kommunen (Christensen m.fl. 2009)). Et eksempel på dette er at ledelsen ikke vil forsøke å styre fastlegene på noen måte. Man må legge til rette for endringene, men ikke kreve at f.eks. fastlegene må endre på hele sin måte å arbeide på.

- *De helseansatte må bli involvert i planleggingen*
- *Fastlegene spesielt, som nøkkelforlesjon må bli involvert, eller så risikerer man frastøting*
- *Hvis ikke de ansatte blir involvert, risikerer man frastøting*
- *De ansatte blir viktigere enn selve strukturen til kommunen – de uformelle elementene er viktig*
- *Fastlegene vil ikke bli forsøkt styrt av kommuneledelsen*

- *Løsningene på utfordringene i reformen velges etter at problemene er analysert og kartlagt*

Gjennomføring

Man kan ikke forutse alt som vil skje i endringsprosessen, dermed kan man ikke detaljplanlegge. Man må kunne gjøre visse endringer underveis i prosessen. Det vil medføre en del problemløsning og kompromisser i prosessen. Det er ikke en enkel installasjon, men heller en prosess der de planlagte endringene må tilpasses underveis. De ansatte må bearbeides, og de må få komme med innspill. I motsetning til det rasjonelle perspektivet som er top-down orientert, så er det i dette perspektivet bottom-up- orientert, da de ansatte er viktige i både planleggingen og gjennomføringen. Fokuset for implementeringen vil være organisasjonskulturen. I gjennomføringen vil reformen gjennomgå en kompatibilitetstest der den vil bli «testet» opp mot de regjerende normene og verdiene(Christensen m.fl. 2009). Skulle reformen «bestå» testen, vil de ansatte arbeide videre med iverksettingen av reformen. Det er ikke gitt at man tar inn reformen, men sannsynligheten er større. De ansattes medeierskap i planleggingen og gjennomføringen er viktig for at reformen skal ha en sjanse, hvis kommuneledelsen ikke legger til rette for dette ved å inkludere dem, så vil man kunne få en frastøtingsprosess. Dette vil jeg gå nærmere inn på i neste punkt; *utfall*.

- *Velger ledelsen og høre på de ansatte, vil gjennomføringen være preget av kompromisser, mange av de ansattes forslag har fått gjennomslag*
- *Ledelsen velger ikke å inkludere de ansatte – endringene blir ikke iverksatt*
- *Ledelsen har involvert fastlegene i planleggingen og gjennomføringen, de innretter seg etter de nye måtene å arbeide på, slik som reformen og kommunen krever. – de iverksetter de planlagte endringene*
- *Reformen blir testet opp mot de allerede regjerende måtene å gjøre arbeidet på. Slik som kravene om økt fokus på henvisninger*
- *Ledelsen vil på grunn av normer og kultur, ikke gi nye retningslinjer og krav som fastlegene må følge*
- *Kompatibilitetstest*
- *Gjennomføringen og endringene skjer ikke raskt, men gradvis over tid*
- *Endringene må tilpasses kommunen over tid*

Utfall

Utfallet vil være prosessen så langt. Hvis ledelsen har klart og involvere de ansatte i planleggingen og gjennomføringen, vil man kunne se at reformen har begynt å *sette seg*. Språket har materialisert seg hos fastlegene, og resten av de helseansatte. Man kan se endringer i måten fastlegene arbeider på, henvisningsstatistikken har gått ned. Samhandlingen fungerer bedre, og man kan høre fastlegene prate om gode pasientforløp og samhandling. Graden av de ansattes involvering i planleggingen og utformingen av reformen vil ha stor innvirkning på utfallet. Har de blitt involvert, vil man kunne se endringer i måten og arbeide på. Derimot, hvis ikke de ansatte, spesielt fastlegene, har blitt inkludert så vil sannsynligheten for frastøting bli stor. De ansatte føler ingen eierskap til endringene, samt at de «bryter» med hvordan man gjorde ting tidligere. Endringene blir «tredd» ned over hodene deres, derfor har de ingen insentiver til å hjelpe innføre de nye endringene reformen fører med seg.

- *Består reformen komabilitetstesten, så kan man se at fastlegene har begynt å endre arbeidsmetoder og atferd, de har begynt å ta inn over seg reformkravene*
 - *Samhandlingen er forbedret*
 - *Reformspråket har materialisert seg, man prater mye om reformen og dens intensjon*
- *Mangel på involvering har ført til lite eller ingen endring hos fastlegene og resten av de ansatte i kommunehelsetjenesten*
 - *Motstanden mot reformen har ført til en frastøting av den, man velger å gjøre ting som man alltid har gjort*
- *Endringene vil være et resultat av kompromisser*

2.3.3 Et ny-institusjonelt perspektiv

Dette perspektivet er et «svar» på de to andre perspektivene. Perspektivet ser på organisasjonen som en del av viktige omgivelser, som en del av et økologisk system. Organisasjonene påvirkes i stor grad av omgivelsene sine, som produserer usikkerhet og uvisshet da ting er stadig i endring. Organisasjoners atferd og resultater blir i stor grad påvirket av drivkrefter fra omgivelsene. Disse drivkreftene kalles *institusjonaliserte myter*. Christensen m.fl.(2009) skriver, at disse mytene spres raskt og kan tas inn i offentlige

organisasjoner uten *instrumentelle effekter*, de fungerer mer som et utstillingsvindu eller ferniss. Dette utstillingsvinduet vises gjerne ved at offentlige ledere kan snakke om endringer som gjøres i organisasjonen, men i realiteten skjer det lite. Dette skillet er det Brunsson kaller *hykleri*(Christensen m.fl. 2009; Brunsson 2002; Powell og DiMaggio 1991; Meyer og Rowan 1977). Ifølge Brunsson er hykleri en viktig del av en institusjon, «*to talk in a way that satisfies one demand, to decide in a way that satisfies another, and to supply products in a way that satisfies a third*» (Brunsson 2002:27).

I tillegg til omgivelsene så har individer og sub-grupper innenfor organisasjonen innvirkning på hvordan den fungerer, og dette fører til vanskeligheter for koordinering og kontroll (Scott og Davis 2007, Christensen m.fl. 2009).

Dette betyr at en organisasjon ikke bare består av enkeltdeler, men heller slik som Jacobsen skriver, organisasjoner består mer eller mindre av både formelle og uformelle deler som begge henger tett sammen (Jacobsen 2011). Endringer kan oppstå ved rasjonell seleksjon i form av strategiske tilpasninger av strukturen til de skiftende omgivelsene, dette kan eksemplifiseres ved at organisasjonen tar opp i seg moderne konsepter for å oppnå legitimitet og troverdighet i omgivelsene, de *institusjonaliserte mytene*(Jacobsen 2011, Meyer og Rowan 1977).

I det rasjonelle perspektivet spiller omgivelsene liten, eller ingen rolle, i dette perspektivet er organisasjonene «fanget» av deres omgivelser. Omgivelsene har visse krav som må opprettholdes, dette fører til at organisasjonene i stor grad formes av omgivelsene. Dette er det man kaller *institusjonelle omgivelser*, disse preges av at omgivelsene har et sett med verdier som sier hvordan organisasjoner «bør se ut», hvordan den «bør fungere» og hvordan de fremstår og handler i forhold til de «rette» normene og reglene(Christensen og Lægred 2002, Jacobsen 2011). Organisasjonene må finne strategier for hvordan man skal tilpasse seg de stadig endrende omgivelsene. Jacobsen skriver at institusjonelle omgivelser ofte fungerer som press i retning av mer stabilitet for organisasjonen(Jacobsen 2011). Organisasjonen må gjøre en avveining mellom effektivitet og, modernitet og legitimitet. En *stabil* situasjon er en løst kopledd organisasjon, en *frikopling* mellom formell og uformell struktur(Meyer og Rowan 1977).

Frikopling

Frikopling er utledet av det ny-institusjonelle perspektivet der fokuset er på organisasjoners omgivelser. Organisasjoner vil alltid oppleve sterkt press fra omgivelsene, dette presset kan komme i form av forventninger til hvordan organisasjonen skal opptre og handle innad og

utad. Derfor vil organisasjoner ha et økt fokus på å møte disse forventningene i disse usikre omgivelsene, dette vil de gjøre ved å forsøke å ønske å fremstå som moderne, og følge modeller for god organisering for å oppnå legitimitet og et godt rykte. De vil kunne adoptere moderne konsepter eller reformer, men sørge for å holde dem frikoplet fra de styrende aktivitetene i organisasjonen (Røvik 1998; Christensen m.fl. 2009). Ofte kan endringer eller reformer komme av at man ser på disse som et eksempel på hva som er god organisering, dette kalles *institusjonaliserte myter*.

2.3.3.1 Forventninger

Planlegging

Reformen er en statlig igangsatt reform, så man kan se bort fra at dette er en selvvalgt «motereform». Kommunene har derimot stor frihet angående hvordan de igangsetter den. Når reformen blir introdusert til kommunene vil det forventes at kravene som kommer, vil påvirke ledelsens problemoppfatning. De innser manglene i helsetjenesten og ser reformen som en løsning på problemet. Man ser gjerne til andre kommuner en sammenligner seg med, og adopterer deres løsninger.

Kommunen ser på reformen som en måte å oppnå legitimitet og fremstå som moderne for omgivelsene, her innbyggerne i kommunen. Ledelsen må håndtere dilemmaet mellom hensynet til *effektivitet* og legitimitet (Røvik 1998). Planleggingen vil for det meste pågå på det verbale planet. Man forteller utad til innbyggerne og myndighetene at man planlegger «disse og disse» endringene, og forteller hvilke grep man skal ta. Denne planleggingen blir ikke til noen konkrete grep. Det blir en *frikopling* mellom prat og praksis, ledelsen forteller om de planlagte endringene, mens fastlegene og resten av de ansatte ikke får retningslinjer for hvordan de skal arbeide.

I tillegg, det kan være en erkjennelse av at fastlegene og de andre fagprofesjonene i helsevesenet arbeider på et tykt kunnskapsgrunnlag, og derfor velger man ikke å gi retningslinjer for hvordan de skal arbeide.

Reformen er ikke ment å få noen reelle implikasjoner innad da man ikke ønsker å endre kjernevirksomheten til de ansatte.

- *Innser manglene ved kommunehelsetjenesten – reformen kan besvare disse problemene – innføring av reformen vil føre til legitimitet og modernitet*
- *Ser på reformen som en modell for god og moderne organisering og ledelse*
- *Fastlegene blir lite involvert i planleggingen*

- *Kommuneledelsen kommuniserer reformen og intensjonene med den flittig*
- *Oppstår en frikopling i planleggingen, man kommuniserer endringer, men legger få konkrete planer for endring, legenes og de helseansattes arbeid blir lite berørt*
- *Løsningene på utfordringene kommer før kartlegging og analyse, og er mer adopsjon av hva andre gjør, enn analyse av egen organisasjon*
- *Endringer som blir planlagt vil være ut fra føringer av hva man mener er god organisering*

Gjennomføring

Forventningene til gjennomføringen vil preges av en frikopling mellom den verbale og den praktiserende delen av kommunen. Kommuneledelsen forteller om reformen, både innad og utad av kommunen. De ansatte har informasjonsmøter og får vite hva reformen handler om, men får ingen retningslinjer for hvordan reformen påvirker deres hverdag. Fastlegene fortsetter å arbeide som de alltid har gjort, de vet om reformen, de har fått informasjon om den, men har ikke fått noen retningslinjer. Kommuneledelsen har ikke gjort noe styringsgrep for at fastlegene skal endre hverdagen sin. Språket blir et symbol på reformen, reformsjargongen blir «viktigere» enn de faktiske endringene da man forsøker å fremstå moderne og ivareta legitimiteten.

Målene til kommunen er også uklare, ett av målene er å framstå som moderne mot de institusjonelle omgivelsene. Planleggingen av reformen vil ha lite innvirkning på arbeidet i gjennomføringen av reformen. Det vil kunne virke som om reformen blir gjennomført på det verbale planet, mens noe konkret arbeid er nærmest fraværende. De viktige funksjonene i kommunehelsetjenesten forblir relativt uberørt.

- *Ledelsen «styrer» endringsprosessen, blir aktivt kommunisert og reformspråket blir brukt flittig*
- *Det kommuniseres utad at det arbeides med reformen, men få eller ingen endringer skjer*
- *Fastlegene vet om reformen får ingen klare retningslinjer for hvordan de skal arbeide*
- *Språket kan materialisere seg hos fastlegene og de helseansatte, men der vil det være individuelle forskjeller*
- *Forblir lik planleggingen, frikopling mellom prat og praksis*
- *Klart skille mellom fungerende struktur, og den strukturen som kommuniseres utad*

Utfall

Reformen vil ifølge ledelsen bli gjennomført og implementert. Ifølge ledelsen vil endringene ha endret struktur og arbeidsmetode, man har økt samhandlingen, senket henvisningshyppigheten og alt-i-alt er ting bedre enn de var. Det kommuniseres i stor grad om endringene som er blitt gjort.

Realiteten er derimot at frikoplingen fortsetter, man kan ikke se noen endringer i hvordan de ansatte arbeider. Fastlegene henviser i like stor grad og jobber stort sett som før. En mulighet for at reformen har materialisert seg i språket, men på praksisplanet har lite skjedd. På samme vis i resten av kommunehelsetjenesten. Samhandlingen har kanskje blitt bedre, men ikke nevneverdig. Ledelsen viser ingen interesse i og følge opp om endringer har skjedd, da de ikke har gitt klare retningslinjer for hvordan endringene skal skje, eller har satt fastlegene i stand til å gjøre nettopp disse endringene.

- *Endringene blir i hovedsak ikke fulgt opp på praksisplanet*
- *Endringene blir informert om og kommunisert både utad og innad, men lite skjer*
- *Fastlegene er klare over reformen, og vet intensjonene ved den, men har ikke endret måten å arbeide på – har kanskje endret med tanke på små endringer, men har ikke gjort noen store endringer i arbeidsmetoder, etc.*
- *Lite har skjedd når det gjelder samhandlingen mellom nivåene, mulighet for litt forbedring*

2.4 Operasjonaliseringer for de tre perspektivene

Perspektiv	Et rasjonelt perspektiv	Et institusjonelt perspektiv	Et ny-institusjonelt perspektiv
Planlegging	<ul style="list-style-type: none"> - En analyse av kommunen viser hvilke grep som er nødvendige - Klar mål-middelstyring - Ledelsen tar initiativ til dialog og samarbeid - Har en klar tidsplan - Ledelsen «filer» til reformen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bottom-up-tilnærming - Nøkkelgrupper blir involvert - Redegjøres en god del om reformen - Løsningene på utfordringer i reformen velges etter at problemene er analysert og kartlagt - Fokus på de uformelle elementene 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser på reformen som en modell på god organisering - Lite involvering av de ansatte - Mye prat, lite planlegging - Løsningene mer resultat av adopsjon av andre, enn analyse og kartlegging
Gjennomføring	<ul style="list-style-type: none"> - Prosessen er preget av sterk styring, klare grep og stram tidsplan - Fastlegene og de ansatte er satt i stand til å gjøre jobben sin gjennom å ha mottatt utstyr og kompetanse - Kommunen har den rette infrastrukturen, formelle strukturen og kompetansen som er nødvendig fra dag én 	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføringen preges av kompromisser - Kompabilitetstest - Har de ansatte blitt involvert – iverksettingen av reformen tar til - De ansatte har ikke blitt involvert – endringene blir ikke iverksatt - Endringene tar tid 	<ul style="list-style-type: none"> - Endringene blir kommunisert i stor grad ut av kommunen, men lite arbeid skjer – frikopling - Fastlegene vet om reformen, men har ingen klare retningslinjer for hva de skal
Utfall	<ul style="list-style-type: none"> - Reformen har fått fotfeste i kommunen - Reformen blitt implementert relativt raskt og problemfritt - De helseansatte har endret atferd og arbeidsmetoder 	<ul style="list-style-type: none"> - Består reformen kompasibilitetstesten kan man se endringer i måten å arbeide på - Endringene vil være preget av kompromisser - Mangel på involvering kan føre til at ingenting skjer – frastøting 	<ul style="list-style-type: none"> - Endringene blir ikke fulgt opp - Frikopling – litekonkret har skjedd, ledelsen kommuniserer det motsatte - Arbeidet fortsetter som vanlig

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert og redegjort for teoriene som danner grunnlaget for avhandlingens empiriske del, denne teorien vil i tillegg styre analysen. Ovenfor er det redegjort for valg av teorier, begrunnelse for dette valget og de konsekvensene det får for analysen og det videre i avhandlingen. Selv om forskningsspørsmålet er av en direkte natur, hvordan idegrunnlaget til reformen har inntatt den lokale legetjenesten, så har jeg sett det nødvendig å inkludere tre perspektiver for å strukturere og gi analysen litt mer «tyngde». I tillegg til å presentere og redegjøre for teoriene og perspektivene, så har jeg utledet noen teoretiske forventninger til funn. Disse forventningene vil legge grunnlaget for om perspektivene har forklaringskraft eller ikke. Disse er ikke ment å besvare forskningsspørsmålet alene, men er ment å belyse fra flere forskjellige sider. Hensikten med perspektivene er å gi et helhetlig perspektiv på problemstillingen. Perspektivene som er valgt, er ment å være grunnlaget for analysen.

Kapittel 3 - Forskningsmetode

3.1 Innledning

I dette kapittelet vil jeg begrunne valg av metodisk tilnærming for besvarelsen av oppgavens problemstilling. Dette innebærer redegjørelse av valg av metode og forskningsdesign. Samt en redegjørelse for datainnsamlingsprosessen. Som avslutning vil jeg gi en vurdering av materialets reliabilitet og validitet.

3.2 Kvalitativt forskningsdesign

Valg av metode er meget viktig i all forskning. Metoden er redskapet som hjelper en å finne det man søker. Metoden skal hjelpe og komme til målet man har satt seg – belyse forskningsspørsmålet. Min studie er en komparativ case-studie, der tre kommuner vil bli sammenlignet opp mot hverandre. Ønsket mitt med oppgaven er tredelt; *først*, hvordan har reformen inntatt hverdagen til fastlegene. For *det andre*, hvordan har reformprosessen vært sett gjennom *planlegging*, *gjennomføring* og *utfall*. For *det tredje*, hvordan har reformen inntatt primærhelsetjenesten. I analysekapitlet vil det bli brukt tre teoretiske perspektiver med hver sine forventninger til funn. Disse vil bli holdt opp mot empirien som vil bli presentert i kapitlene, fire, fem og seks.

Det er spesielt to viktige prinsipper ved kvalitativ metode, først, hensikten med kvalitativ metode er søken om å oppnå en forståelse av sosiale fenomener basert på enkeltstående fenomener. Dette kan gjøres ved kan gjøres ved intervju eller observasjon. Den andre er at metoden baserer seg i sterk grad på subjekt-subjekt-forhold mellom forsker og informant. Dette betyr at begge, både forsker og informant påvirker forskningsprosessen, og noe forskeren må være oppmerksom på i innsamlingsprosessen (Thagaard 2009:17). Denne metoden virker mest hensiktsmessig for å få innsikt i hvordan samhandlingsreformen har inntatt fastlegenes hverdag, og hvordan de tre informantgruppene så på *planleggingen*, *gjennomføringen* og *utfallet* av reformen.

Det er vanlig å skille mellom tre typer formål med en undersøkelse, skriver Kristen Ringdal, eksplorerende, beskrivende eller forklarende (Ringdal 2009). Min studie er både beskrivende og forklarende. Formålet er beskrivende ved at jeg gjennom datamaterialet ønsker å oppnå en større forståelse av reformens inntog i primærhelsetjenesten og prosessene rundt dette. Det forklarende formålet er å bruke teoretiske perspektiver for å operasjonalisere funnene mine.

Empirien vil med dette bli analysert i lys av teoretiske antakelser som blir gjort i teorikapittelet.

3.3 Casestudier

Denne studien er en samling av tre case'er, tre kommuner som blir sammenlignet. Et utbredt perspektiv på case-studier, som vil bli vektlagt i denne studien er Yins definisjon. I boken *Case Study Research*, av Yin, her referert av Thagaard(Thagaard 2009:49), avgrensner Yin case-studier, «*til undersøkelse hvor fenomener studeres i sin naturlige sammenheng, og hvor undersøkelsen baserer seg på flere kilder av data*». Mine case'er vil bestå av informasjon fra hovedsakelig samtaleintervjuer.

Denne metoden passer da godt til avhandlingens problemstilling. Samtaleintervjuene vil kunne fortelle hvilke(n) teoretisk(e) antakelse(r) som rask tilkøpling, frastøting og frikøpling har pretendert om planlegging, gjennomføring og utfall. Analysen vil dog ikke bli behandlet før etter de tre empiri-kapitlene senere i avhandlingen.

Bakgrunnen for analysen er å oppnå en forståelse av de prosessene som har foregått, og hvordan og hva som er blitt gjort i planleggingen, gjennomføringen og utfallet sett fra et teoretisk perspektiv. Datamaterialet vil gi et innsyn i hvordan de forskjellige informantgruppene har sett på prosessen, med et spesielt blikk på fastlegene.

Denne studien vil kanskje ikke ha noen overføringsverdi til andre sammenhenger, men den er interessant i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I tillegg er interessant for å se og på måten småkommuner og sterke fagprofesjoner tar imot store statlige reformer.

3.4 Abduktiv tilnærming

Denne studien har en abduktiv tilnærming. Dette er en mellomposisjon mellom induktiv og deduktiv tilnærming. Kvalitative studier er vanligvis deduktive studier, dette er hvor teorien testes i forhold til datamaterialet(Thagaard 2009). Johnson(2008:26), skriver i sin masteravhandling at, «*kvalitative studier som analyserer data deduktivt, og i tillegg gir en frihetsgrad til å forstå nye mønstre i empirien, er en abduktiv tilnærming*». Dette passer min studie bra, da jeg både har et teoretisk rammeverk å jobbe fra, men samtidig vil være åpen for nye funn ved at empirien er av en beskrivende karakter som ville kunne gi interessant informasjon. Den tillater analyse av datamaterialet i lys av teoretiske perspektiver, samtidig gir den muligheten for å ha en åpen tilnærming til beskrivelsene i empirien.

Thagaard sier «*Abduksjon kan også knyttes til at forskerens teoretiske bakgrunn gir*

perspektiver for fortolkningen av dataenes meningsinnhold»(Thagaard 2009:194). I mitt tilfelle stemmer dette godt. De tre forskjellige teoretiske perspektivene jeg bruker i min avhandling gir meg forskjellige perspektiver for hvordan jeg tolker datamaterialet mitt.

3.5 Det kvalitative intervju

Thagaard skriver at intervju «*gir et særlig godt grunnlag for å få innsikt i informanters erfaringer, tanker og følelser»*(Thagaard 2009:87). Intervju er metoden jeg har valgt for å belyse problemstillingen min. Thagaard (2009), beskriver to ytterligheter som intervju kan utformes på. Den ene er preget av en løs struktur, der intervjuet nesten fungerer som en samtale. Her vil hovedtemaer være bestemt på forhånd, men vil bli tatt opp og tilpasset til hvordan samtalen mellom informant og forsker utvikler seg(Thagaard 2009). Denne metoden har en fordel ved at den åpner for muligheten til å ta opp temaer og utdype svar som forskeren ikke hadde tenkt på før intervjuet. Dette betyr da at forskeren må være våken både i forhold til formulering og spissing av spørsmålene, men også temaer som blir tatt opp(Thagaard 2009:89).

Den andre ytterligheten er et *relativt strukturert* opplegg. Strukturen er lagt på forhånd, spørsmålene og rekkefølgen av disse er relativt fastsatt. Det kvalitative aspektet ved dette opplegget sier Thagaard(2009), er «*informanten står fritt til å utforme svarene sine, og gjennom svarer kan han eller hun presentere kriterier for hvordan vedkommende forstår sin situasjon.»*(Thagaard 2009:89). Fordelen med denne måten er at man øker sammenligningsgrunnlaget, alle informantene får svare på de samme temaene(Thagaard 2009).

Denne studien, derimot, vil bruke en mellomting av disse ytterlighetene. Thagaard(2009) presenterer denne metoden som en *delvis strukturert tilnærming*. Tilnærmingen tar for seg fordelene ved begge de to. Dette betyr kort sagt, det er bestemte temaer, eller spørsmål som skal bli stilt til alle informantene, men rekkefølgen av disse blir bestemt avhengig av hvordan intervjuet utvikler seg. Det åpner også opp for å be om utdypninger om tema som blir diskutert. Intervjuet får en samtaleliggende karakter, der informanten får svare/prate fritt, men det avhenger da av at intervjuer er årvåken og sikrer seg at alle temaene dekkes intervjuet(Thagaard 2009). Den *delvis strukturerte* tilnærmingen ble funnet mest hensiktsmessig da den gir den nødvendige fleksibiliteten som er nødvendig for å få «fatt i» den informasjonen jeg er ute etter.

3.6 Datagrunnlag – utvalg av informanter

Det meste av dataen som har blitt benyttet har vært samtaleintervjuer med rådmenn, helsesjefer og fastleger i tre kommuner i Nord-Norge. Intervjuene ble gjennomført i ettårsperioden mars-mars 2012-2013. Jeg har for øvrig også hatt tilgang til dokumentet; *Stortingsmelding nr. 47, 2008-2009*, som har vært til stor hjelp for innhenting av bakgrunnsinformasjon. Informasjonen fra stortingsmeldingen har lagt mye av grunnlaget og bakgrunnen for utformingen av intervjuguidene.

I utvelgelsen av informanter var det mest hensiktsmessig å velge de som ville ha nærhet til innføringen, styringen og den lokale utformingen/planleggingen - *nøkkelinformanter*.

Ringdal(2009) skriver i Enhet og Mangfold, «*I situasjoner med få case er teoretisk eller strategisk utvelgning det mest naturlige.*»(Ringdal 2009:156-157). Dette støtter Thagaard, når hun skriver «*Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, det vil si at vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen*»(Thagaard 2009:55). Derfor falt valget på fastlegene, helsesjefene og rådmennene. Fastlegene var et selvsagt valg da avhandlingen har disse som fokus.

Rådmennene ble valgt på bakgrunn av deres rolle som administrasjonssjefer i kommunene og nærheten deres til styringen av det kommunale helsevesenet. I tillegg til disse informantene kunne det være et behov for å få belyst en «mellomposisjon», en posisjon mellom fastlegene og administrasjonen. Da ble det bestemt at helsesjefene i de tre kommunene skulle intervjues. Disse har innsikt i både rådmennenes og fastlegenes hverdag, og kan gi verdifull innsikt i hvordan ting fungerer i kommunen(e).

Det er viktig og ikke få en alt for ensidig kunnskap, muligheten til å inkludere administrasjonen vil gi et mer nyansert forhold til hele oppgaven, temaet, og datamaterialet. Håpet er at ved å velge alle disse forskjellige gruppene av informanter, så vil man få det rette utvalget og mengden data som trengs.

Man vil få innsikt i planleggingen, gjennomføringen og det eventuelle utfallet sett fra to sider, samt en mellomposisjon i form av helsesjefene. Informantene vil dermed kunne hjelpe med å oppnå ambisjonene om å få innsikt i reformen og dens inntog i kommunehelsetjenesten.

Disse tre gruppene ble valgt, på tre forskjellige nivåer innen kommunen. Det ble til slutt ti samtaleintervjuer, fem fastleger, tre rådmenn og to helsesjefer. Grunnet store utskiftninger og mangel på ansatte i en av kommunene (Midtbygd kommune), var det en helsesjef jeg ikke fikk intervjuet, av den enkle grunn, de hadde ikke helsesjef.

Slik som Aase og Fossåskaret(2007) anbefaler, har jeg valgt å anonymisere både kommunene og informantene. Dette valget ble tatt fordi at disse kommunene er så små, og nettverket mellom gruppene er relativt tett, så jeg fant det mest hensiktsmessig å anonymisere hele utvalget. Dette er vanskelig i og med at kommunene er så *tette*, men har gjort så godt som mulig. Navnene på kommunene er fiktive, heretter vil kommunene refereres som Storbygd, Midtbygd og Øverbygd. Informantene vil refereres som *fastlege/kommuneoverlege* i Storbygd/Midtbygd/Øverbygd, *helsesjef* i Storbygd/Øverbygd og *rådmann* i Storbygd/Midtbygd/Øverbygd. Det vil bli brukt ordrette sitater, i tillegg til omformulerte meningsytringer, dette fordi at ordleggingen til informanten var vanskelig og dermed ble dette *forenklet*. Jeg så ingen grunn til å omformulere sitater for å anonymisere ytterligere, da jeg anså uttalelsene som lite støtende eller upassende (jf. Aase og Fossåskaret 2007).

I tillegg til samtaleintervjuene har jeg brukt styringsdokumenter og tiltaksplaner fra de respektive kommunene. Disse dokumentene har gitt verdifull informasjon om prioriteringer og mål som de måtte ha om reformen. Ett av disse dokumentene var en sluttrapport og det som resulterte og bli enstemmig vedtatt som tiltaksplan i samtlige kommuner, «*Samhandlingsreformen, helsesamarbeid i [Storbygd, Midtbygd og Øverbygd]– sluttrapper og anbefalinger om veien videre*». I tillegg har styringsdokumentene for Øverbygd, for perioden 2013-2016, og for Storbygd, for perioden 2011-2014 vært viktig.

3.7 Intervjuene – intervjuguide

Forberedelsene til intervjuene gikk relativt raskt og problemfritt. Jeg fikk kontakt med kommuneoverlegen i Midtbygd, som ordnet en liste med navn og e-post-adresser til fastlegene i de tre kommunene. Rådmennene fant jeg ved bruk av kommunenes internettsider, den samme prosessen ble gjort for å få tak i helsesjefene. Først ble det sendt en e-post som inneholdt spørsmål om de kunne være interessert i å stille til et lite intervju, i tillegg var det kort informasjon om prosjektet og noen av temaene de ville bli spurt om. Jeg fikk positiv tilbakemelding fra alle, enten via e-post, eller så ringte de meg. Deretter avtalte vi tid og sted. Det hadde vært en tidkrevende prosess og finne problemstilling til prosjektet, dermed var det ganske klart hva jeg var ute etter når intervjuguiden skulle utformes. I og med at jeg skulle skrive om reformens *planlegging, gjennomføring og utfall*, ble spørsmålene sentrert rundt disse fasene. Det ble laget to relativt forskjellige intervjuguides, én til fastlegene, og én til administratorene(helsesjefene og rådmennene). Det var ikke veldig stor tematisk forskjell,

men fokuset til administratorene sin intervjuguide var rettet mot fastlegene, i motsetning til fastlegenes, som var «vanlig». Temaer som var sentrale å få med, var spesielt, *fastlegenes rolle, planlegging, kompetanse, informasjon, ressurser, styring*. Disse temaene følte jeg var viktig for å belyse problemstillingen. Spørsmålene ble ikke satt opp i noe fast rekkefølge, jeg hadde heller en plan om å komme innom alle temaene i løpet av intervjuet.

3.8 Operasjonaliseringer

I arbeidet med intervjuguiden var det viktig å *operasjonalisere* teoriene som skulle bli brukt. *Operasjonalisering* er som Østerud skriver, «å klargjøre hvordan målingen av en variabel skal gjennomføres, i form av en operasjonell definisjon som angir mest mulig presist de konkrete måleoperasjonene»(Østerud m.fl. 2007). For at jeg skulle kunne belyse datamaterialet mitt i analysen, så var det viktig og gjøre dataene *målbare*. Tekstmateriale er vanskelig og måle, men teoriene som jeg bruker legger klare føringer for hva man ville kunne forvente i en endringsprosess. I lys av begrepene *rask tilkøpling, frastøting og frikøpling*, og de tre teoretiske perspektivene, vil man ha visse forventninger til funn. Dermed var det viktig og gjøre klart på hvilken måte disse forventningene ville komme til uttrykk i min studie. *Konkretiseringen* av operasjonaliseringene tok tid på grunn av at de skulle være så «spisset og klar» som mulig. Dette er viktig både fordi det gjør analysen *enklest* mulig, men det bidrar til og styrke både reliabilitet og validitet. Som Østerud skriver angående validitet, det er viktig med en god overenstemmelse med den teoretiske forståelsen av variabelen ut fra problemstillingen. Teoriene jeg bruker sier en del om hvordan endringer foregår i organisasjoner, min oppgave var å tilpasse dette til kommunene og helsetjenesten. Denne *tilpasningen* resulterte i de operasjonaliserte forventningene som brukes i teorikapittelet.

3.9 Intervjuene – gjennomføring

Intervjuene ble innledet med prat om «løst og fast», jeg ga en liten innføring i studien og dernest spurte jeg om bakgrunn, og litt enklere spørsmål. Denne tilnærmingen var etter hva Thagaard skriver er vanlig å gjøre i starten av et intervju, «etter hvert som informanten opparbeider tillit til forskeren, kan mer emosjonelle temaer introduseres»(Thagaard 2009:100). Disse innledende spørsmålene var ikke utarbeidet i intervjuguiden, men heller noe jeg var klar over at jeg burde gjøre, med tanke på Thagaards råd angående hvordan starte intervjuene. Dette gjorde stemningen lettere, føler jeg, samtidig som det *avvæpnet* det som kunne være en formell situasjon. Deretter fulgte jeg opp med spørsmålene jeg «egentlig» var

ute etter, kjernespørsmålene.

Intervjuprosessene var relativt like, for alle de tre gruppene. Alle informantene hadde forskjellig bakgrunn og erfaring. Dette førte til at det enkelte ganger var nødvendig å omformulere, eller spisse spørsmålene for å gjøre de enklere å forstå for informantene. Dette er en av fordelene ved det *delvis strukturerte intervju*, fleksibilitet og muligheten til å bruke skjønn i intervjusituasjonen. I forhold til temaer som ble diskutert, der informanten enten hadde interessante svar, eller jeg ikke følte at informanten svarte «godt» nok, tok jeg i bruk oppfølgingsspørsmål. Dette for å sikre at informanten svarte tilstrekkelig og dypt nok rundt temaene jeg tok opp.

Det ble gjort tre intervjurunder. En runde med fastlegene, en med rådmennene og en senere med helsesjefene. Helsesjefene ble valgt relativt sent i prosessen, i samråd med veileder ble det bestemt at disse kunne nyansere, eller forsterke empirien gjennom sin rolle som «mellommenn», da de har kontakt med fastlegene og rådmannen. Alle intervjuene ble gjort på informantenes arbeidssted, kontoret deres, eller et ledig rom. I e-posten som var sendt til informantene hadde det blitt spurt om ca. en halv time, men det viste seg at intervjuene fikk en varighet på mellom 25 og 50 minutter. Av respekt for deres tid, så ble det gitt beskjed når tiden var omme, men i de tilfellene der tiden gikk over, så var det informantene som var engasjerte og satt inne med informasjon de mente jeg kunne trenge.

Jeg følte at relasjonen til informantene var god gjennom prosessen, dette kan kanskje tilskrives måten intervjuene ble startet på, eller det faktum at temaet engasjerer og interesserer informantene. Intervjuene, følte jeg, gikk relativt bra, noen bedre enn andre. Spesielt opplevde jeg dette i de første intervjuene, da situasjonen var ny og jeg var litt nervøs. Jeg la merke til at jeg muligens ikke fulgte opp alle spørsmålene slik jeg hadde muligheten til. Dette bedret seg da *selvtilliten* økte og jeg følte jeg hadde mer kontroll over situasjonen og temaene.

Samtlige intervjuer ble tatt opp på bånd, og dermed var det unødvendig å skrive notater underveis. Dette innebar at jeg kunne vie all min oppmerksomhet mot informanten, og dermed følge opp svarene på en bedre måte. Sett bort fra de første intervjuene. Utfyllende notater ble gjort etter intervjuene hvis det var spesielle perspektiver eller temaer informanten hadde tatt opp som jeg følte var viktig.

Thagaard sier at det en båndopptaker ved intervjusituasjonen kan problematiseres, det er en mulighet for at intervjuet får et formelt preg(Thagaard 2009). Dette føler jeg ikke var et problem, de få som kommenterte den, var i form av «hvordan skulle jeg ellers gjøre intervjuet?», alle stilte seg positiv til dens tilstedeværelse. Dermed gjorde jeg ikke noe *nummer* av det. Det kan tenkes at det hjalp å starte intervjuene slik Thagaard(2009), anbefaler

det, ved å begynne med lette, enkle spørsmål for å lette på stemningen. Det er i tillegg en mulighet, slik som kommentaren; «*hvordan skulle jeg ellers gjøre intervjuet?*», at båndopptakeren var en forventet del av intervjuprosessen, og at det derfor var en selvfølge at den skulle være der. En tredje medvirkende årsak kan være at temaene som skulle bli diskutert var av en slik karakter at man ikke følte noen sjenanse i forhold til å prate «fritt».

Etter at hver intervjurunde var over, begynte prosessen med å transkribere intervjuene. Seks av de ti intervjuene ble transkribert direkte ord for ord. I samråd med veileder fant vi ut at denne tidkrevende metoden var unødvendig. De neste fire intervjuene ble nedskrevet som detaljerte referater, der sitater for å få frem bestemte meninger eller utsagn ble direkte nedskrevet.

3.10 Reliabilitet og validitet

Når det gjelder kvalitetssikring av vitenskapelige undersøkelser, er reliabilitet og validitet to viktige begreper. Reliabilitet forteller noe om dataens pålitelighet, mens validitet gir en beskrivelse av dataens relevans med tanke på teori og problemstilling(Ringdal 2009:86). Reliabilitet er en forutsetning for validitet. Disse begrepene er omdiskutert angående deres relevans i kvalitative data, og Thagaard(2009) mener å foretrekke begrepene troverdighet og bekræftbarhet, framfor reliabilitet og validitet. På tross av dette, vil det i denne oppgaven blir brukt reliabilitet og validitet.

3.10.1 Reliabilitet

Reliabilitet, eller høy reliabilitet, kjennetegnes ved at man ved flere målinger, med samme måleinstrument, gir samme resultat. Det vil alltid være målefeil i vitenskapelige undersøkelser eller studier. I naturvitenskapene, som ved samfunnsvitenskapene. I intervjusituasjoner vil det kunne oppstå målefeil. Ringdal skriver, «*De som svarer kan huske feil, de som noterer svarene kan skrive feil.*», det kan også oppstå feil ved måleapparatet man bruker(Ringdal 2009:86). I min studie føler jeg reliabiliteten ble godt ivaretatt da jeg tok opp intervjuene digitalt med både mobiltelefon og mp3-spiller. Samtidig var det relativt stor overenstemmelse på tvers av informantene når det kom til rent faktuelle spørsmål. På noen områder hadde informantene forskjellige svar, men dette gjaldt da deres opplevelse av situasjoner eller opplevelser, og vil da ikke kunne bli regnet som målefeil, men heller forskjellig virkelighetsoppfatning.

To måleinstrumenter, mobiltelefon og mp3-spiller forsikret meg hvis en av disse skulle slutte å fungere. I tillegg fikk jeg samlet og transkribert, eller referert alt som ble tatt opp i intervjuene. Reliabiliteten ble også ivaretatt da alle intervjuene og analysen ble gjort av undertegnede, noe Bennett, anbefaler i sin bok, *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences* (George og Bennett 2005:71). Dette anbefaler han på grunnlag av at forsker kan oppfatte og legge vekt på forskjellige tanker og perspektiver informantene måtte ha. Med bare én forsker kan en unngå slike «målefeil» (George og Bennett 2005).

3.10.2 Validitet

Validitet sier noe om dataene forteller noe om det vi ønsker å finne ut, de sier noe om forskningens *gyldighet* (Thagaard 2009). Det vil si at validiteten til denne studien er avhengig av at dataene jeg har innsamlet er relevante for besvarelsen av forskningsspørsmålene mine (Ringdal 2009). Ringdal skriver at validitet går «*på relasjonen mellom indikatorene og det teoretiske begrepet*» (Ringdal 2009:87). En teoretisk vurdering dataene vil avgjøre om de er valid eller ikke. Intervjuguiden min ble utformet på dette grunnlaget. Jeg hadde noen teorier jeg ville «sjekke» ut opp mot virkeligheten. Derfor ble spørsmålene utformet på et slikt hvis at de ville kunne svare på det teoriene var ute etter, eller slik at jeg kunne sette empirien opp mot noen forventninger jeg hadde utledet. Det var med dette viktig at spørsmålene ble operasjonalisert på et slikt hvis, at de passet med, og hadde sammenheng med de forventningene som hadde blitt utledet. Dette var et forsøk på å ivareta validiteten i forskningen min, at dataene jeg samlet inn hadde relevans for forskningsspørsmålene mine. Det ble ikke brukt noen nevneverdige vanskelige begreper som skulle vanskeliggjøre forståelsen av spørsmålene, og hvis det var noen misforståelser i intervjuene ble disse oppklart der og da. Slik at begreps- og spørsmålsforståelse skal ikke ha påvirket reliabiliteten i noen stor grad. Validiteten derimot, er nok relativt høy, men etter å ha gått gjennom intervjuene i ettertid, så kan noen av informantene ha forstått noen av spørsmålene på forskjellig måte. Dette er ikke i veldig stor grad, og de svarer på spørsmålene, men noen har *vinklet* svarene forskjellig.

Derimot må det nevnes at intervjurundene ble gjort på tre forskjellige tidspunkt, og vil derfor kunne ha ført til noen skjevheter i svarene. Dog vises ikke dette i stor grad da forholdene har holdt seg relativt stabile i denne prosessen. Jeg mener dermed at validiteten er godt ivaretatt i denne studien.

3.11 Grad av gjennomføring

I problemstillingen forteller jeg at jeg har et ønske om å *sjekke* i hvor stor grad reformen blir iverksatt og gjennomført. Her vil jeg kort gjøre rede for hvordan jeg konkret har lagt opp til denne *sjekken*.

Planleggingen av reformen lokalt og statlig førte til noen planer man skulle iverksette. Dog er det slik at kommunene har hver sine utfordringer, og dermed vil det kunne være forskjeller i gjennomføringen av de planlagte endringene. Noen kommuner vil kunne iverksette mer eller mindre enn andre, noe vil kunne bli nedprioritert, og noe vil kunne bli helt tilsidesatt da verken kommunene har vilje, kapasitet eller ressurser til og gjennomføre endringene. I denne avhandlingen var det viktig og identifisere disse formelle planene til kommunene, og bruke disse til å *sjekke* graden av gjennomføring. Planene vil bli holdt opp mot den faktiske gjennomføringen som vil bli presentert i kapittel fem.

Skulle det f.eks. vise seg at mange planlagte reformelementer ikke ble iverksatt som planlagt, så vil graden av gjennomføring være liten. På den andre siden vil graden av gjennomføring være høy hvis det skulle vise seg at de fleste, eller alle planlagte endringer blir iverksatt.

Dermed vil graden av gjennomføring bli sjekket ved;

1. *Har man konkrete, formaliserte planer for gjennomføringen av reformen?*
2. *I hvilken grad bekrefter eller avkrefter datamaterialet iverksettingen av disse planene?*

Med disse to punktene vil jeg kunne sjekke graden av gjennomføring på en relativt enkel og effektiv måte.

3.12 Oppsummering

Dette kapitlet består av en redegjørelse for valg av metodisk tilnærming. Den kvalitative tilnærmingen ble funnet mest hensiktsmessig til å belyse forskningsspørsmålene i studien. Det er i tillegg blitt redegjort for studiens fleksible tilnærming, som har blitt muliggjort ved *delvis strukturerte* intervju.

Deretter ble det redegjort for intervjuene, datagrunnlaget med utvalg av informanter og, oppgavens reliabilitet og validitet ble vurdert og gjort rede for. Til slutt ble det redegjort for hvordan jeg hadde tenkt og *sjekke* grad av gjennomføring av reformen.

Kapittel 4 - Planleggingen av samhandlingsreformen i tre nordnorske kommuner

4.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene som omhandler den første delproblemstillingen min, *planleggingen* av reformen i kommunene. Her vil funnene angående hva kommunene har gjort i denne prosessen bli presentert. Kapitlet er tredelt, og disponert med utgangspunkt i hver av kommunene. Deretter vil kommunene igjen bli delt opp i nivåene, *fastleger*, *mellomleder(helsesjef)* og *administrasjonssjef(rådmann)*. Dermed vil leseren få en forholdsvis detaljert innsikt i planleggingen i de enkelte kommunene og på de enkelte nivåene innen kommunene. Til slutt, vil noen av de sentrale funnene i datamaterialet bli oppsummert. Denne strukturen vil være gjennomgående i dette og de to neste kapitlene da jeg tar opp problemstillingene, *planlegging*, *gjennomføring* og *utfall*. Aller først vil det bli gitt en kortfattet påminnelse av de teoretisk utledete forventningene. Deretter en kort redegjøring av de tre kommunenes felles planlegging av reformen, før jeg redegjør for hver av de tre kommunene.

4.2 Teori

Før empirien om planleggingen av reformen blir presentert, vil det bli gitt en kortfattet påminnelse om forventningene som er avledet av de tre perspektivene til planleggingen. Forventningene er vidt forskjellige, og vil ha forskjellige forventninger til planleggingen av reformen..

4.2.1 Et rasjonelt perspektiv

Ut fra det rasjonelle perspektivet(rask tilkopling)forventes det at kommuneadministrasjonen tar ledelsen fra start. Ledelsen definerer hvilke utfordringer en har og hva løsningene til disse er. Ledelsen vil i mindre grad inngå i små forhandlinger med fastlegene, andre viktige ansatte i kommunehelsetjenesten og eksterne myndigheter. Dette for å legge opp til konstruktive løsninger og for og i større grad styre prosessen. Planleggingen vil i høyeste grad være «top-down»- orientert, ledelsen vil ha full kontroll.

4.2.2 Et institusjonelt perspektiv

I planleggingen vil man kunne forvente at de fagkyndige i kommunen, her fastlegene, sykehjemslegene og andre helseansatte vil ta initiativ, i tillegg til helseadministrasjonen. Disse vil komme med problemoppfatninger og forslag til løsninger. Planleggingen vil kunne oppfattes som «bottom-up» ved at de ansatte får en viktig rolle i planleggingen.

4.2.3 Et ny-institusjonelt perspektiv

Ut fra den ny-institusjonelle teorien vil man kunne forvente at planleggingen går mest på det verbale planet. Kommuneadministrasjonen er opptatt av å prate og gi inntrykk overfor myndighetene og omgivelsene at man er engasjert og har kontroll. Planleggingen vil vise seg på det overordnede verbale planet og vil i mindre grad vise seg i praksis og handling.

4.3 Samarbeid i planleggingen – tre kommuner, ett prosjekt

I 2010 inngikk Storbygd, Midtbygd og Øverbygd formelt et interkommunalt forprosjekt. Initiativet kom fra rådmannen i Øverbygd kommune. Det ble etablert flere interkommunale arbeidsgrupper der målet var å undersøke hvordan en best kunne organisere seg for å få de rette tilbudene på plass når reformen inntrådte. De interkommunale arbeidsgruppene ble delt opp etter hvilke tjenester de representerte.

Man var sammen om de nye utfordringene reformen ville bringe. Forprosjektet ble avtalt videreført i 2011, med Storbygd som vertskommune. Det ble formelt et samarbeidsprosjekt der man skulle jobbe sammen for og oppnå intensjonene med reformen. Samarbeidet skulle gjelde gjennom reformperioden. Planleggingen ble i hovedsak styrt av interkommunale faggrupper. I tillegg var helsesjefer og rådmennene i de respektive kommunene med i planleggingen. Rådmennene i kommunene var øverste leder og ansvarlig for iverksettingen i de respektive kommunene, det var derimot helse- og sosialsjefene som hadde det meste av det faglige ansvaret. I samarbeidsprosjektet utformet man en sluttrapport som ble til prosjektets tiltaksplan. Planen ble hetende, «*Samhandlingsreformen, helsesamarbeid i Storbygd, Midtbygd og Øverbygd – sluttrapper og anbefalinger om veien videre*». Samtlige kommuner stilte seg bak denne og ble enstemmig vedtatt av kommunestyrene i kommunene. Tiltaksplanen bestod av ni punkter man skulle jobbe for og iverksette. Planen ble styrende for kommunene. Førsteprioritet i denne planen å få på plass korttidsavdelingene i de forskjellige kommunene. Deretter skulle man etablere ø-hjelpssenger. Flere faggrupper ble satt ned for videre planlegging og iverksetting av disse planene. Ansatterepresentanter fra samtlige

helsefaglige miljø var med i disse gruppene, herunder helsesjefene, sykepleiere, fastleger osv. Planleggingsinnsatsen i dette prosjektet var god, og samarbeidet fungerte ifølge flere informanter bra.

Det har ikke blitt identifisert noen formelle plandokumenter i hver av kommunene. Derimot har samhandlingsreformen og dens utfordringer blitt behandlet i styringsdokumenter, der blant annet lokale prioriteringer har blitt presentert.

Avtalene med sykehuset hadde tidsfrister. Kommunene kom raskt sammen i planleggingen og utformingen av disse. Deretter har det vært viktig og følge de lovfestede tidsfristene som staten har satt, de andre planene har vært mer kapasitetsorienterte, der man har iverksatt planene etter kapasitet. Forebyggingsaspektet ved reformen fikk også plass på denne planen. Det skulle blant annet opprettes én felles folkehelsekoordinator for kommunene, i tillegg skulle man iverksette tiltak angående *miljørettet helsevern* og *skolelegetjeneste*. Det kan se ut til at det er de strukturelle og økonomiske elementene som blir prioritert. Tilrettelegging for det daglige arbeidet til fastlegene blir ikke det.

Kommunene har én felles tiltaksplan som hver av kommunene skal jobbe med. Dog har de sine utfordringer og vil derfor også kunne prioritere andre *lokale* grep i tillegg til de planlagte grepene.

4.4 Kommunepolitikernes fraværende rolle

Kommunepolitikerne i samtlige kommuner i denne studien, virker å være relativt fraværende i planleggingsprosessen. Dette er også en observasjon Synnøve Jenssen(2013) skriver om i artikkelen «*Dør kua mens gresset gror?- Politikernes rolle i helsesamhandling*», der hun tar opp demokratiets «sorte hull», og kommunepolitikernes fravær i denne prosessen. Det er administrasjonen, og spesielt helseenhetene i de respektive kommunene som har hatt hovedansvar for planleggingen, utformingen og iverksettingen. Ordførerne og politikere har derimot vært involvert i referansegrupper og i avgjørelsesprosessene i kommunene. Derimot har de vært lite involvert i den regelmessige planleggingen og gjennomføringen. De har vedtatt planene og avtalene som har vært underskrevet med blant annet helseforetaket. Ifølge den nasjonale veilederen er det; "*kommunestyret som skal inngå samarbeidsavtaler med det regionale helseforetaket i helseregionen, eller med det helseforetak som det regionale helseforetak bestemmer... Kommunestyrets ansvar for å inngå avtalene, er ikke til hinder for at kommunestyret delegerer til administrasjonen å forhandle, utarbeide og fornye avtalene.*"

Ordføreren som kommunens rettslige representant etter kommuneloven § 9 nr. 3, underskriver avtalen etter at den er godkjent av kommunestyret (Helse og Omsorgsdepartementet 2011:6).

Noen av reformkravene hadde lovfestede frister, slik at målet om ferdigstilling var de festede datoene. Ett eksempel på dette var avtalene kommunene måtte signere med helseforetaket. Disse avtalene måtte signeres innen fristene 31.01.12 og 31.06.12. Andre krav, slik som økt forebygging ved reformen hadde lengre frister, eller skulle bli tatt hånd om når man hadde kapasitet.

Grunnen til fraværet kan være mange. En grunn kan være at helsepolitikk er et tungt fagområde der *lekmannsskjønnet* til kommunepolitikerne ikke er tilstrekkelig. Dette kan være noe man har vedkjent seg, og dermed delegert arbeidet til «de som kan det». Det er ikke rom for at de skal kunne komme inn og ha meninger om saker de ikke vet noe om.

En annen årsak kan være, i sammenheng med mangel på kunnskap, at det er lenge siden helsepolitikk var et kommunalt anliggende. Dette har ført til politikerne ser det som enklest og delegere alt av det praktiske arbeidet til faggruppene.

4.5 Storbygd kommune

Styringsdokument for 2012-2015

I tillegg til den felles tiltaksplanen, hadde Storbygd også et styringsdokument for perioden 2012-2015 der reformen også ble behandlet, dog var det den interkommunale tiltaksplanen som var styrende på arbeidet. Det var i arbeidet med den felles tiltaksplanen, at de interkommunale arbeidsgruppene ble nedsatt. Samarbeidsprosjektet med nabokommunene Midtbygd og Øverbygd førte til innsikt i hva man trengte av ressurser, infrastruktur og kompetanse, og var dermed styrende for arbeidet med reformen.

Styringsdokumentet nevnte noen tiltak kommunen skulle jobbe med de neste årene (2012-2015), i tillegg til tiltaksplanen. Henvisningspraksisen og innskrivningspraksisen til fastlegene og sykehuslegene skulle gjennomgås. Samt skulle man utarbeide en plan for helse- og omsorgstjenestene som var i tråd med nasjonale føringer og nye lovverk. Et annet viktig element i styringsdokumentene var kompetanse, man skulle innen utgangen av 2013 utvikle den generelle kompetansen hos de helseansatte, samt utvikle IKT-systemet i kommunen. Med tanke på fastlegene, var utviklingen av den interkommunale legevakten, rekruttering av

leger og helsesekretærer, og kompetanse- og ressursutnyttelse viktig. Samt satte man seg mål om en gjennomgang av fastlegenes og sykehuslegenes henvisnings- og innskrivningspraksis. Kommunen har i lang tid vært preget av usikkerhet rundt legekantorstrukturen. I dag har kommunen flere legekantor «spredt» flere steder i kommunen. I lengre tid har det blitt diskutert en sammenslåing av disse, både politisk og administrativt. Administrativt er dette svært ønskelig av både økonomiske og praktiske grunner. Politikerne har derimot et sterkt ønske om å bevare den gjeldende strukturen.

4.5.1 Informanter

I kommunen er det intervjuet et utvalg av tre fastleger, en tidligere helsesjef og rådmann. Fastlegene har forskjellig bakgrunn når det kommer til erfaring, og dekker dermed forskjellige syn på reformen og hva den innebærer. Intervjuene av fastlegene ble gjort våren 2012, rådmannen ble intervjuet høsten 2012, mens den tidligere helsesjefen ble intervjuet våren 2013. Dette kan skape noen ujevnheter i svarene, da man er kommet lengre inn i reformperioden ved de to siste informantene, enn med fastlegene.

4.5.1.1 Rådmann

Rådmannen har vært den øverste ansvarlige for planleggingen og gjennomføringen av reformen. Kommunalsjefen for helse- og omsorg har derimot hatt det faglige og kreative ansvaret for planleggingen og gjennomføringen.

Rådmannen er usikker med tanke på reformen, idealet er bra, folkehelse og forebygging er viktig, men; *«den sier det den sier, og så er det dette med forankring da, i forhold til hvem som gjør hva»*. Han mener at den har mye for seg, men det gjenstår enda å se hva som vil skje; *«det er mye opp til spesielt kommunene og fastlegene og fullbyrde den»*, han mener fastlegene vil ha en sentral rolle å spille i reformprosessen.

Informasjonsflyt og kommunikasjon

Når det gjelder planlegging, så er informasjon og kommunikasjon et viktig aspekt.

Rådmannen forteller at det har blitt holdt møter og kurs for å klargjøre seg for og iverksette reformen. Innad i kommunen har det månedlig blitt holdt møter der kommunalsjefene for helse- og omsorg, økonomi, kommuneoverlegen, og rådmannen selv har møtt. Det har også vært holdt møter på kommunenivå, disse møtene har, forteller rådmannen, vært av generell karakter, på den måten at de har dekt de fleste forhold om reformen. På spørsmål om informasjon rettet spesielt mot fastlegene, forteller han; *«håpet er at det har vært tilstrekkelig*

informasjonsflyt, kommuneoverlegen er sett på som en mellommann på en måte, informasjon må jo flyte begge veier».

Kommuneoverlegen – viktig mellommann

Rådmannen forteller at kommuneoverlegen spiller en viktig rolle i og med at leger «prater samme språk», og dermed kan flyten gå bedre. Om kommuneoverlegen, sier rådmannen; *«vi er heldig som har en kommuneoverlege med høy kompetanse, og jeg håper jo at denne kunnskapen har blitt delt».* Han forteller videre at kommuneoverlegen er høyt verdsatt og blir sett på som en viktig aktør for at reformen skal gå bra i lengden. Han forteller at fredagsmøtet har vært en viktig møteplass og forum, ikke bare for kommunens fastleger, men også nabokommunene. Fredagsmøtet er et interkommunalt samarbeidsmøte bestående av fastlegene i de tre kommunene, dette var oppegående før reformen. Møtene har bidratt en del til at man har blitt informert om reformen og dens inntog. Her har kommuneoverlegen hatt en rolle å spille da hun har brukt møtet til å informere fastlegene, samt få tilbakemeldinger hun kan sende «oppover» i systemet. På spørsmål om hvilken informasjon fastlegene har mottatt, sier han; *«i forhold til det operasjonelle så er det kommunalsjefen på området som skal ivareta dette, om alt er gjort slik det skal i forhold til informasjon og møter, har jeg ikke oversikt over».*

Planlegging – proaktiv eller reaktiv?

Rådmannen føler kommunen har vært frempå i planleggingen, på spørsmålet angående dette, forteller han; *«... føler vi har vært frempå, når det gjelder å søke prosjektmidler, som er innvilget, og vi ligger godt an på rammeoverføringene på utskrivningsklare pasienter...».* Derimot sier rådmannen lite om hvordan fastlegene konkret skal bli satt i stand til avlaste spesialisthelsetjenesten og imøtekomme intensjonene til reformen. Han forteller at det vil bli gjort grep, men hvilke konkrete er ennå usikkert.

4.5.1.2 Helsesjef

Informanten er tidligere helsesjef i Storbygd, dette var hun gjennom hele planleggingsfasen, og inn i reformåret 2012. Hun har lang erfaring i kommunen og jobber fremdeles der.

Informasjon og kommunikasjon

Helsesjefen føler at informasjon om reformen har vært god og dekkende med hensyn til

planleggingen og fastlegene. Helsesjefen forteller; «*fredagsmøtet ble brukt aktivt... vi har et veldig bra informasjonsforum hver eneste uke, reformen ble tatt opp... og informasjon kom ut til alle*». Det viste seg at fastlegene hadde en annen oppfatning av dette, og helsesjefen forteller noe som kan forklare dette, det; «*ble diskutert med kommuneoverlegen at fastlegene egentlig ikke var så interessert i å høre om denne reformen... mye avhenger jo da hva man gjør med den(informasjon), og hvor mye man bryr seg om den*». Dette kan være noe av forklaringen, til fastlegenes oppfatning av informasjonen. Dette kan igjen kobles til det fastlegene sier om at det har vært informasjon om reformen, men ingenting som har gått på hvordan de faktiske forhold vil bli, og hvordan fastlegenes rolle vil bli.

Helsesjefen mener fredagsmøtet har vist seg å være et verdifullt kommunikasjonsorgan, for fastlegene i samarbeidskommunene. «*Min erfaring med informasjon og dette fredagsmøtet er kjempepositivt, dette gjelder til fastlegene, og fra fastlegene til administrasjonen*», angående informasjonsflyt sier hun; «*har et inntrykk av at det er en god kommunikasjonsflyt, i og med at man treffes hver uke, så det gjør jo flyten en god del enklere enn hvis man møtes sjelden, og ellers sitter på hvert sitt ness*».

Den kommunale legekantorstrukturen var «hemmende». Man kunne ikke planlegge innkjøp av utstyr til kontorene grunnet usikkerhet rundt denne strukturen, i tillegg til at kommunen ikke hadde råd til å kjøpe det samme utstyret til alle kontorene. Noe var selvfølgelig mulig, men alle kontorene var ikke mulig.

Kompetanseheving var også en mulighet. Én ting var å samle alle legene under ett tak, men ett annet var kompetansehevende tiltak. Det blir derimot sagt lite konkret om hva som da skal til for at fastlegene kan leve opp til intensjonene med reformen.

Planlegging – grep før reformen?

I planleggingen satte man sammen interkommunale referanse- og arbeidsgrupper, hver tjeneste ble satt sammen i en arbeidsgruppe. Her ble det diskutert hvordan man skulle arbeide og forholde seg til reformen. Angående fastlegene, forteller hun; «*det kom tydelige føringer for hvordan legetjenesten skulle fungere etter reformen ble satt i gang*».

Grepene som ble tatt, sier hun, var; «*de sakene som kostet penger tok vi først, eldre og sykehus, disse kostet penger, og dermed ble de prioritert*». Man fokuserte på å få ordnet det som ville koste/spare kommunen mest penger. I sammenheng med dette, sier hun, var å etablere korttidsplasser for utskrivningsklare pasienter, økonomien tilsa at dette måtte dannes først. I tillegg ble det viktig å øke en sykehjemsstilling i og med at sykehjemmet skulle

fungere som en korttidsplass. I forlengelsen av dette, ble det planlagt å opprette noen øyeblikkelig-hjelp-senger, men korttidsavdelingen var den saken som hadde høyest prioritet.

Interkommunalt samarbeid

I planleggingsprosessen var det mye møteaktivitet, både innad i kommunen, men også med nabokommunene, Midtbygd og Øverbygd. Det ble inngått samarbeid på flere saksområder. Ett område, som man allerede samarbeidet om, men som var viktig å få formalisert, var den interkommunale legevakten. Bedre lokaler for legevakten var viktig, i tillegg; *«kom det frem at man med reformen kanskje kunne få et bedre samarbeid med sykehuset, til akuttmottaket og legevakten»*.

4.5.1.3 Fastlegene

De intervjuede fastlegene i kommunen var generelt forventningsfulle til reformen. Forventningene var både av det positive og negative slaget, det var en usikkerhet angående hvilken rolle de ville få i reformen og hvilken innvirkning reformen ville ha på arbeidet deres. Fastlegene er generelt positive til reformens idégrunnlag. Samtidig er det usikkerhet koblet til, slik som ved alle store reformer, at det vil være en risiko for at det over en lengre periode vil være vanskelige forhold. Både for kommunehelsepersonell, men også befolkningen i kommunen. Dette uttrykkes ved en av fastlegene, han; *«hadde vel noen forventninger, men så ble det kokt ned til frustrasjoner og vi har vel vært for passiv og latt ting skje, hverdagen krever sitt...»*. Denne frustrasjonen kom fra usikkerhet rundt sin rolle og hverdag som fastlege.

Informasjon og kommunikasjon

Oppfatningen av planleggingen og informasjonen rundt endringene viste seg å være noe forskjellig for noen av fastlegene. En av de intervjuede fastlegene har følt et press i planleggingen av reformen. Fastlegen har deltatt i utvalget for utformingen av noen avtaler kommunen måtte inngå med helseforetaket. Denne rollen har kanskje ført til et annet forhold til reformen enn det den generelle fastlegestaben i kommunen har gjort. Fastlegen, som var relativt nyutdannet, var svært engasjert og følte at planleggingen av reformen, spesielt disse avtalene, hadde vært veldig *intensivt*. Dette er i kontrast til hva de øvrige fastlegene forteller om planleggingen.

Informasjonen man har fått fra kommuneledelsen, har også vært tilgjengelig gjennom andre kanaler og forum. Det er en usikkerhet rundt deres egen rolle og hva reformen vil innebære for dem. Fastlegene forteller at de har fått informasjon, men veldig generell informasjon, ikke

av den typen som sier noe om deres «nye» fastlegerolle. Det lille man har fått, kom rett før reformstart. Man er blitt «dratt» med i siste liten. Planleggingen har ikke vært tilstrekkelig med tanke på fastlegene og inkludering av dem.

Fastlegenes deltakelse – «Tatt med i reformen? Føler vel egentlig ikke det»

Flere av fastlegene i kommunen føler at de har blitt glemt av både kommuneadministrasjonen og staten i planleggingsarbeidet. De er klar over at dette er en statlig igangsatt reform, men uavhengig av dette har man følt at man ikke har blitt gitt en stor nok plass, inntil rett før reformens start, 1.1.12. Dette var når avtalene med sykehuset skulle planlegges. Det er en enighet at de har sett noe som har vært i emning, men ikke sett noe konkret. En av fastlegene forteller; «*Tatt med i reformen? Føler vel egentlig ikke det... det har i stor grad vært pålegg, og det har ikke vært noen form for samhandling i utviklingen av reformen*». En annen fastlege sier; «*Det er klart at vi ikke har vært med i noen prosess eller innflytelse, vi vet egentlig lite om hvordan dette skal gå i det lange løp, men vi er satt til å ordne opp når den tid kommer...*». Fastlegen er frustrert; «*vi får en funksjon, men vi vet ikke helt hva den funksjonen er, det er noe som er tredd over hodene våre fra oven*». Følelsen til mange av fastlegene er at man fikk beskjed om at; «slik gjør vi det!», og slik ble det.

4.5.1.4 Oppsummering

Kommunen hadde utviklet et styringsdokument som blant annet tok opp håndteringen av samhandlingsreformen. Planleggingen i administrasjonen ble styrt av prioriteringer fra det interkommunale samarbeidet. Der ble det fokusert på det som kostet penger. Korttidsplasser og ø-hjelpssenger var de viktigste målene ved planleggingen. Det var sammenlignet med fastlegene, noe annerledes. *Planleggingen* var preget av usikkerhet, lite informasjon og manglende involvering i prosessen. De var klar over at reformen kom, de visste hva den gjaldt, men ikke hvordan den ville påvirke deres hverdag, hvordan deres rolle ville bli.

4.6 Midtbygd kommune

Interkommunal tiltaksplan

Det interkommunale prosjektet førte til utformingen av en kommunal tiltaksplan for reformen. Denne bestod av tiltak som skulle iverksettes. Det meste skulle man gjøre sammen, mens noe skulle man ivareta selv. Kommunen hadde mange mål som skulle innfris, først skulle man være i stand til å ta imot utskrevne pasienter fra dag én, man måtte få korttidsplasser på plass.

Ø-hjelpssenger og lindrende enhet/avdeling var også viktige prioriteringer i planleggingen av reformen, samt generell kompetanseøkning. I tillegg til tiltaksplanen, så hadde man noen egne prioriteringer. Det har derimot ikke vært mulig og identifisere noen formelle dokumenter som omhandler *lokale* planer, dog vil noen av de uttalte lokale prioriteringene bli presentert i datamaterialet.

4.6.1 Informanter

I denne kommunen ble fungerende kommuneoverlege og rådmann intervjuet, på grunn av store utskiftninger i kommunen var det ingen helsesjef som kunne stille til intervju.

Kommuneoverlegen ble intervjuet vinteren 2012, mens rådmannen ble intervjuet høsten 2012.

4.6.1.1 Rådmann

Rådmannen hadde hovedansvaret for planleggingen og gjennomføringen av reformen i kommunen. Under ham var det diverse faggrupper som var involvert. Informanten har et relativt pessimistisk syn på reformen. Rådmannen mener at reformen i seg selv er positiv, og kan bringe mye bra med seg når det gjelder bedre samhandling, bedre folkehelse og mer forebygging av sykdom, men der er det mye som stopper. *«I utgangspunktet har jeg vært kritisk til reformen, jeg spådde at dette kom til å bli en svarteperreform, dette er hvor staten ønsker å endre utgiftsbildet sitt og sende regninga til kommunene, og det har vi klare indikasjoner på, vi startet med 750 000,- i minus den 1.1.12.»*

Kommunepolitikernes rolle

Kommunepolitikerne var fraværende gjennom planleggingsfasen. I følge rådmannen ble alt planleggingsarbeidet delegert til administrasjonsstaben. Ordføreren blir av rådmannen karakterisert som kontakt- og informasjonssøkende. Ordføreren deltok på noen samhandlingkonferanser, mens varaordføreren deltok på noe av referansegruppene i planleggingen. Derimot deltok ikke noen av politikerne på noe av selve planleggingsarbeidet. Noe rådmannen var lite fornøyd med. De meldte seg ut av prosessen.

Informasjon og kommunikasjon

Statens mangelfulle informasjon – «staten holdt sin klamme hånd over det hele...»

Rådmannen forteller at mangelfull informasjon fra staten forsinket planleggingen; *«hadde vi fått tidligere signaler fra staten om hva reformen ville innebære for den enkelte lege,*

sykepleier, med videre, så kunne vil kalkulert allerede i 2010-2011, og begynt en skoleringsmodul for fagfolkene som gjorde at de kunne være mer forberedt på den... Jeg føler at vi i kommunesektoren har maset kraftig på staten om hva, eller hvordan kommunens rolle skulle være». Dette har vært en lang og frustrerende prosess; «hvordan staten så for seg at dette skulle implementeres og hvem som ble berørt. Dette har tatt utrolig lang tid, og det var vel først når det nærmet seg slutten at man kunne se konturene av hvordan det kom til å bli». Rådmannen forteller videre at man presset det sentrale rådmannsutvalget for å få informasjon for å starte forberedelsene til reformen, det skulle vise seg å være vanskelig; «... kommunene har ikke fått det vi skulle, staten holdt sin klamme hånd over det (reformen og planleggingen) og sa at kommunene måtte vente... så det er jo litt bakdelen med reformen. At staten ikke har informert nok, ikke har prioritert de økonomiske virkemidlene på en ordentlig måte, så den henger litt i luften, fremdeles...». Denne mangelen på informasjon fra staten har ført til mangel på informasjon til fastlegene.

Mangelfull informasjon til kommunelegene

Rådmannen forteller at informasjonen mellom nivåene i kommunen, mellom administrasjonen og kommuneoverlegen ikke har vært så bra som den skulle. «Informasjonen mellom administrasjonen og kommuneoverlegen har vært dryppvis... i tillegg har vi et faglig forum som er politisk, dette går mellom kommunen og helseforetaket. Den jobben som har blitt gjort der, eller informasjonsflyten, har ikke vært så bra som den kunne vært, saken er at i dag, så famler vi litt i blinde, foreløpig». Kommunen har som fokus å forbedre informasjonsflyten mellom nivåene; «dette er noe vi vil ha fokus på når vi har gjennomført et år i samhandlingsreformens tegn. Vi får da se hva vi kan lære av det vi har vært gjennom og hva vi kan forbedre...».

Planlegging – avventende - preget av manglende informasjon, økonomi og ressurser

«Her i kommunen valgte vi å ha en litt avventende holdning til reformen», kursene og møtene hadde vært uklare når det gjaldt hva som skulle skje, det førte til usikkerhet. «En utfordring har vært å finne ut hvordan vi skulle angripe dette, i og med at vi ikke har vært hundre prosent klar over hva dette ville innebære». Rådmannen forklarer videre, manglende økonomisk støtte førte til at det ble; «... liksom som de øvrige reformene vi har vært gjennom, vi kommer inn litt med ræva først, dessverre». Rådmannen forklarer at han fikk rett i den avventende holdningen; «dessverre fikk vi jo rett, det kom jo en del som vi ikke var forberedt på, og som vi ikke hadde fått informasjon om». Deretter forteller han, at dette er enda en

statlig reform som ikke bringer det den burde, nok penger eller informasjon. Det har ikke vært mulig å forberede seg på den måten man har ønsket. *«Det koster penger, i og med at dette er enda en reform som ikke er finansiert på riktig måte. Hadde vi kunnet eller hadde vi gjort det vi ønsket, nemlig å forberede og bygge oss opp slik som vi burde i forhold til den oppgaven vi har fått, så hadde det ikke vært noe problem. MEN, det har ikke vært mulig å få den typen midler hos staten... du kan si at på en måte har vi vært forberedt, på en annen har vi ikke det, vi har ikke kunnet satt i verk de tiltakene som vi ønsker...»*. Man har havnet bakpå grunnet dårlig finansiering og økonomi.

Videre forteller rådmannen at det ble gjort noen grep med den lille innsikten man hadde om reformen. *«Vi var jo klar over at reformen kom, og det eneste vi gjorde var og ruste opp kontoret og ha et spesielt fokus på kommunelege-1-biten(Kommuneoverlege), for den anså vi som veldig sentral i innføringen av samhandlingsreformen»*. Det var viktig for kommunen og få kommuneoverlegestillingen formelt på plass, dette fordi den administrative delen av kommuneoverlegens arbeid var viktig for samhandlingen i kommunen, men også med hensyn til Storbygd og Øverbygd. Det var viktig at kommuneoverlegen fikk et administrativt ansvar og kunne «sendes» på fredagsmøtet.

Rådmannen forteller at den allerede oppegående interkommunale legevakten ble styrket allerede før man visste hva reformen ville bety; *«... å styrke den biten var vel det vi gjorde i forkant, før vi kjente hva samhandlingsreformen innebar. Sånn sett var vi proaktiv på den siden»*.

4.6.1.2 Kommuneoverlege

Kommuneoverlegen hadde delte tanker angående reformen; *«var kanskje ikke bare positive tanker, men en forandret arbeidssituasjon og kanskje mer usikkerhet og uklarhet»*. Han har et positivt syn på intensjonen med reformen, mer samhandling og forebygging, men er usikker hvordan man skal få det til.

Reformplanleggingen preget av lite informasjon og involvering

Kommuneoverlegen er ikke fornøyd med hvordan planleggingen og informasjonstilgangen har vært. Han minnes et møte i 2011, det var alle fastlegene og sykehuslegene med. Her ble det tatt opp hvordan man skulle planlegge framover angående utskrivninger fra sykehuset, det ble også stilt spørsmål om fastlegene hadde tilstrekkelig kompetanse til å ta seg av dette. Annen informasjon enn dette, var om ikke *diffus*, men relativt begrenset, sier han. Slik var det lenge inntil rett før reformstart, man fikk krav om å måtte inngå avtaler med sykehuset.

Kommuneoverlegen er frustrert over mangel på informasjon og involvering i prosessene. «Man har fått liten tilgang til noen prosess, annet enn dette med utskrivningsklare pasienter og hvordan man skal organisere seg i kommunen», lite informasjon om hvordan hverdagen til legene vil bli. Informasjonen legene har fått, har vært veldig generell og lite konkret med hensyn til hvordan reformen vil innta legens hverdag og hva den ville innebære. Kommuneoverlegen forteller at fokuset på håndteringen av utskrivningsklare pasienter økte i tide før reformstart. Opprettingen av korttidsplasser for å ta «unna» de utskrivningsklare pasientene har vært et fokus. Det kan virke som om de økonomiske prioriteringene har vært viktige, sier kommuneoverlegen. Fastlegene derimot, virker og ikke å ha blitt prioritert i samme grad.

4.6.1.3 Oppsummering

Kommunens planlegging var preget av det interkommunale samarbeidsprosjektet. Prioriteringene til de tre kommunene blir dermed like. Slik som korttidsplasser og ø-hjelpssenger. I tillegg la administrasjonen ekstra fokus på styrking av kommuneoverlegerollen, og få denne formalisert. Kommuneoverlegen er, lik fastlegene i Storbygd, lite fornøyd med involveringen og informasjonen i planleggingsprosessen. Kommuneoverlegen er usikker på hva som vil kreves av han som lege da informasjonen har vært av en slik generell karakter, og lite konkret. Det interkommunale forprosjektet la føringer for planleggingen, men dårlig informasjon og statlig støtte gjorde det vanskelig å være like *proaktiv* i den lokale delen av planleggingen, fortalte rådmannen.

4.7 Øverbygd kommune

Kommunalt styringsdokument

Rådmannen i Øverbygd tok initiativet til det interkommunale forprosjektet. Dette prosjektet utviklet seg da til ett felles interkommunalt helseprosjekt. I tillegg til den interkommunale tiltaksplanen, så utformet kommunen et styringsdokument for perioden 2013-2016. Dette dokumentet behandlet, i tillegg til resten av kommunens planer, også utfordringer med samhandlingsreformen. Rådmannen oppsummerte da utfordringene som ble viktige i tiden framover. Fokuset i styringsdokumentet var i likhet med Storbygd, blant annet på IKT og

kompetanse. Tiltaksplanen var dog førsteprioritet, og det var gjennom det interkommunale samarbeidet den formelle planleggingen av reformen foregikk.

Førsteprioritet var etableringen av korttidsplasser før den første januar, 2012. I tillegg har det vært et fokus på etableringen av lindrende behandling, og kommunale ø-hjelpssenger.

Om ikke nedprioritert, så har skolelegetjenesten og miljørettet helsevern blitt funnet mindre prekært, og kommunene vil håndtere det når de har kapasitet, noe som gjelder alle kommunene.

Fraværende kommunepolitikere

Ansvar for selve planleggingen i kommunen har vært; *«helsesjef, med sine mellomledere og meg selv(rådmann), altså det faglige og administrative nivået»*. I planleggingen har man da også hatt; *«interkommunale arbeidsgrupper med ansattrepresentanter fra alle helsefaglige miljø(leger, sykepleiere, helsesjefer, etc.)»*. I tillegg, var det rådmannen i Øverbygd som tok initiativet til det interkommunale samarbeidsprosjektet. Planleggingen var organisert i det interkommunale prosjektet, der arbeidsgrupper på tvers av kommunene arbeidet. Det kan synes som at kommunepolitikere, som var med i referansegruppene, har vært nokså fraværende i selve arbeidet med reformen. Fraværende, bortsett fra i avgjørelsesprosesser. Det samme er tilfellet med ordføreren, som deltok på noen konferanser, men var ikke med i det faglige planleggingsarbeidet. Politikere har delegert planleggingsarbeidet til det administrative nivået.

4.7.1 Informantene

I Øverbygd har rådmannen, helsesjefen og kommuneoverlegen blitt intervjuet. Rådmannen ble intervjuet høsten 2012, mens både kommuneoverlegen og helsesjefen ble intervjuet våren 2013.

4.7.1.1 Rådmann

Rådmannen er i utgangspunktet positiv til reformen; *«alle er jo enige om at intensjonene om reformen er god, men hvordan man skal få dette ut er en annen sak»*.

Informasjon og involvering

«Uavhengig av reformen, samhandling og kommunikasjon er viktig!», forteller rådmannen. Han mener informasjonsflyten har vært for dårlig mellom fastlegen(e) og administrasjonen i planleggingsprosessen. Kommuneoverlegen har blitt for lite involvert. Rådmannen forteller at fastlegene, generelt, har vært for lite med når det gjelder involvering i planleggingen. Dette må endres; «... legene er sentrale i alt dette, og at vi i kommunene må innse dette, og legge mer vekt på dette enn det vi har gjort til nå». Legene burde fått et større fokus enn det som har vært, dette ønsker han å endre.

Planlegging – kommuneoverlegens viktige rolle

Rådmannen føler ikke kommunen har fått de økonomiske rammene som skal til for at kommunen skal kunne imøtekomme de nye kravene; «... finansieringen av samhandlingsreformen burde vært i form av øremerkede midler, dette ville ikke Stortinget». Rådmannen forteller, man var ment å motta støtte, og informasjon om hvilken kompetanse som krevdes for å være i stand til å møte reformen, dette har ikke skjedd som planlagt; «... den kompetansen vil koste penger, og hvis de ikke kommer, så kommer ingen til å få det bedre, og reformen vil slite». Kommunen har måttet prioritere annerledes grunnet økonomien, forteller han, man har ikke hatt samme mulighet til å gjøre de grepene man har ønsket, men noe er gjort. Det var viktig; « å få klare avtaler om ansvar i forhold til legevakten, med fastlegene og sykehuslegene». I tillegg var det viktig å få formalisert kommuneoverlegestillingen; «... å få denne linket opp mot administrasjonen, dette for at man skulle kunne benytte den rette kompetansen opp mot reformen på en forsvarlig måte». Kommuneoverlegen skal spille en viktig rolle som bindeledd mellom administrasjonen og de helseansatte; «leger prater samme språk», slik kan samhandlingen forbedres.

4.7.1.2 Helsesjef

Planlegging – fokus på samarbeidsprosjektet

I likhet med Storbygd og Midtbygd, var samarbeidsprosjektet mellom kommunene et fokus og markerte starten av planleggingen av reformen; «... vi brukte en god del tid på samarbeidsprosjektet». Hun forteller videre at man videreutviklet den interkommunale legevakten og planla opprettelse av to lokale rom(korttidsplasser) som skulle brukes til å ta imot utskrevne pasienter fra sykehuset. Her har man ifølge helsesjefen vært flink; «... i

forhold til dette med å ta imot pasienter og slikt, så var vi i utgangspunktet flinke med dette...». I tillegg forteller hun at man ble enig om å etablere ø-hjelpssenger sammen med kommune Storbygd og Midtbygd. Hun forteller videre; «samarbeidet med de andre kommunene er viktig for at vi skal få det til, det hadde sikkert gått alene, men det er mye bedre når vi samarbeider om dette».

Informasjonsflyt?

Helsesjefen forteller at informasjonsflyten har vært av varierende kvalitet; «... i forhold til informasjon opp og ned i organisasjonen vil jeg si at det har gått greit, alt har jo ikke gått perfekt, men...», hun mener at det faktisk at kommunen er så liten har sine positive og negative sider. En positiv ting er at kommunikasjonen blir enklere da avstanden er mindre. Ifølge helsesjefen har muligheten for kommuneoverlegen til å dra på fredagsmøtet vært viktig, det har; «... hatt en effekt, og utviklet samarbeidet mellom kommunene og sykehuset». I tillegg har møtet vært viktig ved at hun kan prate og diskutere med kollegene, noe som har vært vanskelig da hun har vært mye alene, eller «bare» hatt vikarer i kommunen.

Manglende involvering av kommuneoverlegen?

Helsesjefen mener kommuneoverlegens rolle i planleggingen har vært «av og på», noe hun har vært med på, andre ting har hun ikke vært med på. Hun forteller at hun har vært med på noe; «kommuneoverlegen har vært med i denne prosessen i forhold til hva vi kan trenge og slike ting», for eksempel kommunikasjon rundt innskriving av pasienter og hva man kan gjøre i kommunen, og hva man må sende videre. Dog, sier helsesjefen; «... det kan hende at kommuneoverlegen ble tatt sent inn i reformen, og planleggingen... kommuneoverlegen har vært med på en del som har blitt gjort, men hun var ikke den første som ble tatt med når planleggingen i kommunen ble satt i gang». Helsesjefen forteller at kommuneoverlegen kanskje ikke har fått den påvirkningen kommuneoverlegen skulle ha ønsket hun fikk.

Vanskeligheter med rekrutteringen

Andre styringsgrep som ble tatt var å kjøpe inn utstyr som kunne hindre «unødvendige» henvisninger. Rekruttering var viktig; «... å rekruttere fast, både på legesiden, sykepleiersiden og hjelpepleiersiden... vi mangler folk, spesielt sykepleiere, de er jo en del av kjernen i helsetjenesten». Skolering av de ansatte var også viktig, dette; «... vil også være

enormt viktig for kvaliteten og muligheten for oss å oppnå det vi har lyst til». Det er viktig at innbyggerne har en legetjeneste som er trygg og sikker, sier hun.

4.7.1.3 Kommuneoverlege

I Øverbygd er kommuneoverlegen per dags dato alene som lege. Hun er kommuneoverlege med administrativt ansvar, samtidig må hun ivareta en pasientliste på i overkant av tusen innbyggere. Kommunen har i lengre tid slitt med rekrutteringen, og mangler én fastlege, da det i utgangspunktet er to fastlegehjemler i kommunen. Dette har gjort planleggingen vanskeligere enn det som var tenkt, sier hun. Hun er av utenlandsk opprinnelse, og forteller at hun er vant med vanskelige forhold; *«kanskje jeg er heldig siden jeg ikke er norsk, og dermed vant med dårlige forhold, og derfor synes jeg ikke denne situasjonen er så vanskelig enn om jeg var norsk og bare hadde jobbet under «norske forhold»». Hun mener at man med fordel kunne latt kommunene få mer tid til planleggingen og forberedelsene; «... kommunene hadde kanskje hatt behov for mer tid for å planlegge hele prosessen. Ikke bare i forhold til økonomien, men i tillegg til dette, må man blant annet ha ressurser, kompetanse, og dette er noe vi ikke har...».*

Informasjonsflyt – enklere i småkommuner?

Kommuneoverlegen er relativt fornøyd med informasjonsflyten med administrasjonen; *«... har ganske god kommunikasjon med rådmannen, vi har kanskje ikke så mye tide å snakke sammen fysisk, men gjennom diverse skriv og telefoner, som er greit da det kan være kaotisk her til tider...».* På den andre siden, så har informasjonen vært begrenset, hun har ikke kommet seg så ofte på fredagsmøtet grunnet at hun er alene som lege i kommunen. Samarbeidet med kollegene i de andre kommunene har da fungert som hjelp; *«jeg har vært heldig ved at de andre fastlegene(i nabokommunene) har sendt meg informasjon(om reformen) når det har vært nødvendig».*

Økonomien – begrenser prioriteringene

Kommunen har dårlig økonomi, sier hun, men har fremdeles gjort noen grep i planleggingen av reformen. Mye av grepene som har blitt gjort tilskriver hun rådmannen; *«... vi er heldige vi har den rådmannen vi har, som er stabil og kunnskapsrik».* Derimot kunne det blitt gjort mer med rekruttering av kompetanse; *«i psykiatrien har vi problemer, vi har en psykiatrisk*

koordinator – en vernepleier som jobber her i kommunen, men hun, slik som meg, føler seg alene». I tillegg forteller kommuneoverlegen at hun manglet en del utstyr, slik som *leukocyttnåler¹, spirometer², 24-timers blodtryksmåler.*

Like før reformen hadde kommunen satt i gang et byggeprosjekt der man skulle få nye lokaler. Dette var viktig for og kunne levere en god legetjeneste i kommunen. Til slutt sier hun, selv om noe er bra, kunne ting vært bedre planlagt, både statlig og kommunalt; «... *det har vært en tendens at man tar ting litt som de kommer, en ad-hoc-tendens».*

4.7.1.4 Oppsummering

I likhet med de andre to kommunene var det interkommunale prosjektet og tiltaksplanen sentral i planleggingen. Opprettelsen av korttidsplasser og formalisering av kommuneoverlegerollen var høyt prioritert. I tillegg var anskaffelse av utstyr som skulle hindre «unødvendige» henvisninger på kommunens planleggingsliste. Kommuneoverlegen var/er mye alene, og derfor avhengig av hjelpepersonell, noe det er lite av i kommunen, Hun føler seg alene, og mener at reformen kom for tidlig for kommunens vedkommende.

4.8 Oppsummering, Storbygd-, Midtbygd- og Øverbygd kommune

Kommunene var relativt tidlig ute med planleggingen av reformen. I 2010, ikke lenge etter at reformen ble vedtatt, inngikk kommunene et interkommunalt samarbeidsprosjekt. Dette forprosjektet skulle utrede hvordan man best kunne organisere seg for og best kunne møte reformen. Samarbeidet ble avtalt videreført i 2011, og interkommunale arbeidsgrupper ble satt sammen i arbeidet med planleggingen. Disse arbeidsgruppene arbeid resulterte i en sluttrapport som ble til en interkommunal tiltaksplan. Det som ble regnet mest økonomisk prekært ble valgt, blant annet korttidsplasser og ø-hjelpssenger. Korttidsplassene skulle man ivareta selv, ø-hjelpssengene skulle man samarbeide om. I tillegg til den interkommunale tiltaksplanen, hadde hver kommune egne prioriteringer som ble behandlet i diverse styringsdokumenter, men fokuset var på tiltaksplanen.

Planleggingen var i samtlige kommuner preget av lite informasjon, spesielt den som omhandlet fastlegene. Noe flere av fastlegene poengterte. Dette skapte usikkerhet og frustrasjon både blant legene og administrasjonen. Fastlegene var ikke klar over hva reformen ville innebære for dem og deres daglig virke. Involveringen var dårlig, man fikk liten tilgang

¹ Leukocyttnåler, måler antall leukocytter/hvite blodceller i blodet - <http://snl.no/leukocytter> - 14.05.13

² Brukes til og måle lungefunksjon, ved f.eks. kolspasienter - <http://snl.no/spirometri> - 14.05.13

til en prosess der man fikk medbestemmelse for hvordan deres rolle skulle utformes. Informasjonsmangelen førte til vanskeligheter i planleggingen. Manglende økonomisk støtte og informasjon preget planleggingen i samtlige kommuner i studien. Kommunenes dårlige økonomi gjorde planleggingen vanskeligere enn man hadde håpet. Kommunepolitikere på den andre siden, har på grunnlag av datamaterialet virket fraværende i denne prosessen. Ordførerne deltok i referansegrupper og diverse møter, mens de øvrige politikere virket fraværende. Politikere delegerte all planlegging til kommuneadministrasjonen. Administrasjonen på den andre siden var/er avhengig av politikere ved at de har vedtaksrett. Fastlegene derimot, ble lite, eller ikke involvert i planleggingen av reformen. Dette var ifølge administrasjonen ikke et bevisst valg, men heller et biprodukt av dårlig informasjon fra staten.

Kapittel 5 – Gjennomføring

5.1 Innledning

I dette kapitlet vil det bli presentert data om hvordan reformen er blitt gjennomført i kommunene. Gjennomføringen defineres her som prosessen der kommunen iverksetter de planlagte grepene. Hva er iverksatt? Er noe som ble planlagt satt på vent, eller er det noe man ikke har brydd seg om? Hva har vært fokuset i gjennomføringen? Informantene vil også gi noen generelle betraktninger av hvordan prosessen har vært. Gjennomføringsfasen er en langvarig prosess. Den startet første januar 2012, og vil fases inn i en fireårsperiode fram til utgangen av 2015. I denne studien vil gjennomføringsfasen bli regnet som perioden fra starten 1.1.12 fram til våren 2013.

Som i forrige kapittel vil kommunene bli gjennomgått hver for seg slik at leseren skal kunne få en relativt god oversikt over hver kommune. Til slutt, så vil det bli gitt en kort oppsummering av hvilke funn datamaterialet har gitt. Først vil det redegjøres for de forventningene til funn man har ut fra de tre perspektivene. Samt, i dette kapitlet er det inkludert en kort påminnelse om hvordan det er tenkt å *sjekke* ut i hvor stor grad reformen blir gjennomført.

5.2 Teoriene

5.2.1 Et rasjonelt perspektiv

I lys av det rasjonelle perspektivet forventes det at planleggingen skal ha vært så god at fastlegene og de helseansatte blir gjort i stand til å gjøre det som forventes av dem. Dette ved at de har fått de nødvendige ressursene i form av utstyr og kompetanse. De ansatte er klar fra dag én. Fastlegene er satt i stand til å gjøre mer på kontoret og innehar den nødvendige kompetansen som trengs, eller det blir satt i gang kompetansehevende kurs/møter etc.

Gjennomføringen er styrt av ledelsen og iverksetter de planlagte grepene. Man iverksetter de planlagte grepene på en relativt rask og problemfri måte. Eventuelle problemer som måtte oppstå vil bli tatt hånd om raskt av ledelsen da de har innsikten og kunnskapen som trengs for å styre reformendringene.

5.2.2 Et institusjonelt perspektiv

Ut fra det institusjonelle perspektivet vil forventningene være at de foreslåtte endringene fra fastlegene og andre aktører iverksettes. De ansatte og ledelsen har utviklet en plan for endringene. Gjennomføringsprosessen vil være preget av samhandling mellom nivåene i kommunen. Gjennomføringen vil være en «bottom-up»-prosess, det vil være gjennomgående kommunikasjon mellom nivåene i kommunen. Prosessen vil være avhengig av de ansattes rolle i iverksettingen. Skulle det vise seg at de ansatte ikke ble inkludert i planleggingen, så vil man slite med iverksettingen av de planlagte endringene. Dette grunnet en manglende eierskapsfølelse og manglende kompatibilitet med hvordan man har brukt å arbeide.

5.2.3 Et ny-institusjonelt perspektiv

Ut fra det ny-institusjonelle perspektivet forventer man at kommuneadministrasjonen prater om endringene i prosessen. Hva som gjøres, og hva som skal gjøres. Dette vil i stor grad kommuniseres utad til omgivelsene for å oppnå legitimitet og for at organisasjonen skal fremstå moderne. Dette vises dog lite på praksisplanet. Jeg antar at fastlegene opplever få eller ingen retningslinjer for hvordan de skal arbeide, alt har vært på det verbale planet, lite konkret har kommet frem. Få av de planlagte endringene blir iverksatt. De grepene som tas er av den grad som ikke «forstyrrer» det vanlige arbeidet, men som vil kunne ha en legitimerende effekt. Dette perspektivet inneholder altså en forventning om frikopling mellom prat og praksis.

5.3 Grad av gjennomføring

I metodekapittelet ble det gitt en kortfattet presentasjon om hvordan jeg skulle sjekke graden av gjennomføring, her vil jeg gi en kort påminnelse av dette. Graden av gjennomføring vil bli sjekket ved at man holder de formelle planene som ble identifisert i *planleggings*kapittelet, opp mot datamaterialet. Er planene formelt iverksatt, eller har det blitt gjort andre valg i gjennomføringsfasen? Kort forklart vil graden av gjennomføring sjekket ved at man ser på;

1. *Har man formaliserte, konkrete planer for gjennomføringen av reformen?*
2. *I hvilken grad bekrefter eller avkrefter datamaterialet iverksettingen av disse planene?*

I avslutningskapittelet vil jeg komme tilbake til hvilke konklusjoner man kan gjøre med hensyn til graden av gjennomføring og innføring av reformen i kommunehelsetjenesten.

5.4 Storbygd kommune

5.4.1 Informantene

5.4.1.1 Rådmann

Økonomiske prioriteringer

Rådmannen forteller at man ikke har vært i stand til å gjennomføre alt man har ønsket, dårlig økonomi og mangel på ressurser spiller en viktig rolle her. Man har i stedet måttet prioritere de grepene som har kostet kommunen minst, eller spart kommunen mest. Derfor, forklarer rådmannen, ble korttidsplassene prioritert, «boten» for og ikke kunne ta imot utskrivningsklare pasienter ville blitt for dyr. Dette var noe som ble tatt fatt i relativt raskt. Korttidsplassene og ø-hjelpssengene. Ø-hjelpssengene ble funnet mest hensiktsmessig og dele med de andre kommunene. Sengene er lokalisert i Storbygd i sammenheng med den interkommunale legevakten.

Distriktsmedisinsk senter?

Det er dyrt å dekke alle legekantorene i kommunen med det samme utstyret, i tillegg blir kompetansen spredt, forteller han. Rådmannen mener fastlegene har den kompetansen som trengs, men det hadde vært fornuftig om legene var samlet; «... *et større fagmiljø må uansett til for at fastlegene skal kunne løse oppgavene. Hver og en er jo dyktig nok i seg selv, men kompleksiteten i hele bildet og de føringene som er lagt, er av den type karakter, og det ligger vel i ordet samhandling, at det må være samhandling på det nivået*». Dette er én mulighet, forteller rådmannen, samlet man kunnskapen under ett tak, ville det blitt billigere for kommunen å gjennomføre reformen, både i form av utstyr og kompetanseøkning. Angående utstyrsmangel, forteller rådmannen; «*det du er inne på er egentlig et ømt tema, det er jo selvfølgelig interessant, nå er det jo politisk valgt at det skal være en desentralisert legestruktur i denne kommunen, så kan man si at det å rigge opp fire ulike kontorfasiliteter med det samme utstyrsnivået som kanskje påkreves, det klarer vi nok kanskje ikke, men at kanskje at man tar ett eller to av stedene, og får det opp og går, det klarer man – men hvordan, det tør jeg ikke si noe om...*». Fastlegene har ikke blitt satt i stand til og møte

reformen i form av utstyr. Dette har i stedet ført til at man i første omgang satset på kompetansehevende kurs og møter for de ansatte i kommunehelsetjenesten.

Fastlegenes rolle

Rådmannen mener det er viktig å se verdien av å forebygge hele pasientforløpet, gjennom dette kan man hente ut en mergevinst; *«ikke i kroner og øre, men i forhold til forutsigbare tjenester, pasientløp, og alt dette»*. Fastlegene spiller en viktig rolle her, sier han, noe som betyr at fastlegene må settes i stand til å bli disse premissleverandørene, slik er det ikke nå; *«så lenge vi(kommunen) ikke ligger lenger frem i løpet, så kan vi ikke si at det utelukkende har med legenes atferd, de har nå, per dags dato ikke muligheten til og la være å henvise på grunn av manglende apparat og utstyr rundt dem. Når dette har kommet på plass, så kan vi nærme oss intensjonen med reformen»*. Kommuneadministrasjonens økonomiske prioriteringer vanskeliggjør gjennomføringen ved at arbeidet til fastlegene blir vanskeligere. I utgangspunktet er det kommunepolitikernes ansvar å vedta innkjøp av utstyr. Derimot er situasjonen i kommunen slik at man verken har økonomi eller muligheten til å levere likt utstyr til alle legekantorene i kommunen.

Kommunepolitikerne

Rådmannen forteller ordføreren i kommunen har spilt en relativt viktig rolle, han har vært informert og interessert, sier rådmannen. Rollen har vært viktig ved at ordføreren har deltatt på møter, men mest av alt som videreformidler av informasjon og opprettholder av informasjonsflyt til de øvrige kommunepolitikere. Kommunepolitikere som helhet, har vært godt informert, men ikke delaktig. De har vært fraværende i planlegging og gjennomføringen av reformen, sier rådmannen.

Rådmannen ser politikernes fravær både som noe positivt og negativt. Negativt ved at det tross alt er de folkevalgte som tar beslutningene i kommunene. Den manglende interessen og delaktigheten kan ha ført til dårlig innsikt og beslutningsgrunnlag. Det positive har vært det faktum at kommunepolitikere har nesten ingen kunnskap og innsikt i disse sakene. Det er fagkunnskap og tunge profesjoner involvert i disse prosessene, sier han. Dermed er det kanskje best å la dem stå for planleggingen og gjennomføringen.

5.4.1.2 Helsesjef

Noe er iverksatt, mens andre ting gjenstår, forteller hun. Grunnet utskiftninger i kommuneadministrasjonen har man ikke hatt det samme trykket på reformarbeidet, gjennomføringen har vært preget av en del «ad-hoc-arbeid», sier hun. Likevel har man klart å få førsteprioriteten på plass, korttidsplassene og ø-hjelpssengene.

Ressurs- og kompetansemangel i kommunen

Det ble satset tidlig på det som kostet penger, slik som korttidsplasser, forteller helsesjefen. Det har gått bra til nå, men korttidsplassene fylles opp raskt, presset er stort på disse plassene. Fastlegene har ifølge helsesjefen ikke de ressursene som skal til for at de skal kunne gjøre det de er ment å gjøre. En grunn til dette er kommunens tilbakeholdenhet til å kjøpe utstyr grunnet usikkerhet rundt legekantorstrukturen. De mangler utstyr og infrastruktur, og det er plassmangel. Dagens legekantorstruktur fører til at det er for dyrt å kjøpe inn utstyr til alle kontorene. Dette er et av argumentene for å samle alle legekantorene under ett tak, sier hun. Da hadde man samlet en større andel kompetanse, samtidig ville man ikke vært så sårbare overfor f.eks. fravær og lignende. *«Legene selv sier jo at de trenger mer videreutdanning og mer kompetanse, samtidig sier de jo at hvis de var samlet så ville man kunne hjelpe hverandre... man trenger forskjellig kompetanse, og legene er gode på forskjellige ting, i en gruppe kan man samle mye kompetanse».*

Både administrativt, og fra legesiden er det ønskelig at man samler seg på ett legekantor, forteller helsesjefen. Politikerne derimot, har valgt at det skal fortsette slik som nå.

Det er et ønske om å redusere henvisninger, men man mangler ressursene; *«... så ønsker jo legene at man blir i stand til å få ned henvisningene, men dette setter jo krav til resten til kommunen, at man har utstyret og ressursene som kreves»*, dette har man ikke per dags dato. Helsesjefen forklarer, dette er delvis på grunn av manglende økonomiske ressurser; *«det fulgte alt for lite penger med reformen til å sette oss i stand til å oppfylle alle de kravene som ble satt med reformen»*, dette er signaler man har sett fra andre kommuner også, sier hun. Økonomien strekker ikke til, og snart vil man kjenne problemene bedre, slik som at man ikke har nok korttidsplasser, eller at man ikke klarer å ta imot de utskrevne pasientene, sier hun.

Styring

Helsesjefen og rådmannens meninger med hensyn til styring av fastlegene, sammenfaller. På tross av fokuset på færre henvisninger, så har man ikke gått inn og gitt retningslinjer for fastlegenes arbeid. Helsesjefen forteller deretter, at selv om man ikke har detaljstyrt

hverdagen til legene, har man vært bevisst på at de har møteplikt hver fredag på fredagsmøtet. På denne måten får man nærhet, og informasjonsflyten blir bedre; *«jo flere steder man sitter for seg selv, jo vanskeligere blir det å få til nært samarbeid og samhandling»*. Dermed har man gått bort fra det man i utgangspunktet hadde blitt enige om i styringsdokumentet angående fastlegenes henvisningspraksis.

5.4.1.3 Fastleger

Manglende informasjon og «dårlig» planlegging

Fra å ha fått generelt lite informasjon om reformen, fikk man hastverk når man nærmet seg starten av reformen, sier en fastlege. Hastverket var begrunnet med de mange avtalene som skulle inngås med sykehuset. Man fikk dårlig tid i denne prosessen; *«det har gått veldig fort, nå hørte vi nærmest plutselig at vi nærmet oss deadline, så fulgte det med litt penger, så var vi i gang»*. Fastlegen mener man ikke «henger med»; *«vi er på etterkant, vi er ikke i forkant, og vi har ikke planene, vi må ta det etter hvert, det er jo lenge til 2016, blir det stadig sagt, så det befatter vi oss ikke med nå, men neste krav...»*.

Hva som kreves av dem er man også usikker på; *«jeg har en vag anelse, men vet ikke noe konkret, annet enn at man skal ivareta lista så godt som mulig»*. Fastlegene er informert eller tilstrekkelig satt i stand til og møte reformkravene.

Ressursmangel

Alt er ikke klart; *«sykehusene «kaster» pasientene ut, kommunen har ikke de rette forholdene til å ta imot alle, det går nå, men ikke i lengden, det vil eksplodere snart»*. Kommunen har ikke ressursene som skal til for at man skal kunne ta seg av alle de utskrivningsklare pasientene. En fastlege forteller at ressurser og kompetanse er mangelvare; *«det kommer an på hva som kreves av legene, hvis det er snakk om intermediær medisin, så har man verken utstyr eller kompetanse... hvis man skal ha noe alternativ til sykehus, så må det bygges opp...»*.

En annen fastlege mener man innehar kompetansen, men har ikke stort nok støtteapparat, slik som spesialiserte sykepleiere og lignende. Det samlede fastlegekorpset innehar mer enn nok kompetanse, men man lider av at det er politisk vedtatt at man skal ha flere legekontor. Fastlegene har fått tilbud om kompetansehevende opplæring. De har fått beskjed fra sykehuset om en sykehuslege som er villig til og gi kompetansehevende kurs, møter og

foredrag. I tillegg har man fått tilbud om hospitering og opplæring på sykehuset; *«det er jo klart at dette er med på å heve kompetansen vår, men jeg tviler på at det(hospitering) er kommet i gang i lys av samhandlingsreformen, men mer at de nå begynner å gi det tilbudet som vi har etterspurt i flere år»*. Hvorvidt man har tatt i bruk dette alternativet er usikkert. Samt har målet om å utstyre kontorene med nødvendig utstyr blitt nedprioritert da usikkerheten rundt legekantorstrukturen har gjort prioriteringene vanskeligere.

Styring og ledelse

Ifølge fastlegene er det alltid en streving mot det som er intensjonen i arbeidet sitt, å gjøre den best mulig. Fastlegene forteller også at det har blitt holdt møter angående henvisninger og utskrivningsklare pasienter som kom fra sykehusene, men det hadde ikke blitt gitt noen spesielle retningslinjer angående arbeidet deres.

Fokus på henvisninger, mindre på forebygging

Helsesjefen i kommunen mener at fokuset i stor grad har endt opp på henvisninger, mens forebyggingsaspektet har falt i bakgrunnen. Dette understøttes av fastlegene, som forteller at fokuset på henvisninger overskygger flere andre viktige elementer. Derimot har dette endret lite; *«Både før og etter reformen, har pasientens ve og vel vært i fokus»*, man har som mål å ha gode henvisninger; *«vi har jo hatt gode henvisninger, og hva den skal inneholde, og i all hovedsak er det jo de samme momentene som bare skal ned på papiret og inngås en avtale om at det er det vi gjør»*. Man har bare formalisert måten man henviser på, forteller en av fastlegene. Likevel; *«samhandlingsreformen vil kunne presse oss litt mer til å ivareta, men fortsette en forsvarlig praksis, slik at vi tar det vi kan ta, og lar andrelinjen ta det vi ikke kan håndtere»*.

5.4.1.4 Oppsummering

Den økonomiske situasjonen førte til at kommunen prioriterte etableringen av korttidsplasser og ø-hjelpssenger. Kommunen måtte avvente innkjøp av utstyr da økonomien ikke strekker til å kunne gi alle kontorene det samme utstyret. Til slutt, forebyggingsaspektet ved reformen har forsvunnet i gjennomføringsprosessen.

Fastlegene og administrasjonen virker å ha en forskjellig oppfatning med hensyn til

fastlegenes «nye» rolle. Administrasjonen fokuserer på fastlegenes utvidede rolle og ansvar, mens fastlegene selv virker å være usikker angående sin rolle i reformen. De har ikke blitt satt i stand til å møte intensjonen med reformen ennå, siden planleggingen og gjennomføringen har vært preget av de økonomiske prioriteringene, lite informasjon og relativt lite ressurser i form av utstyr og kompetanse.

5.5 Midtbygd kommune

5.5.1 Informantene

5.5.1.2 Rådmann

Manglende ressurser og kompetanse preger gjennomføringen

Kommunen var preget av den manglende informasjonen fra staten i begynnelsen av reformen, men har fått noe på plass. I flere år hadde man brukt det lokale sykehjemmet som korttidsplass, og reformen førte til en formalisering av en allerede brukt praksis. I tillegg hadde man i forprosjektet blitt enige om etableringen av tre ø-hjelpssenger som skulle være lokalisert i Storbygd.

Kommunen mangler økonomiske ressurser, men også kompetanse, sier han.

Kompetanseøkning er viktig skal fastlegene klare å levere de tjenestene som reformen.

Kommunen har anerkjent dette, og er noe de ser på med tanke på fastlegene. Fastlegene har allerede vært med i diskusjonen; «... *de trenger den og den type kompetanse og opplæring, og det får de fortløpende...*». Alt av helsepersonell trenger dette grunnet økt trykk med pasienter og diagnostikk som skal gjøres lokalt, sier rådmannen. Kompetanseheving er ikke noe som gjøres over natta, men som kommunen og de ansatte må bruke flere år på og forsterke og utvikle.

Fastlegene har en viktig rolle

Ett av målene til kommunen var å forsterke og formalisere rollen til kommuneoverlegen. Det var viktig at dette ble gjort. Rådmannen forteller at det viste seg tidlig at fastlegenes rolle var mye større, og krevde mer arbeid enn man først hadde forventet. Det økte ansvaret og presset på dem som premissleverandører var noe vi i kommunene ikke hadde gitt nok

oppmerksomhet. Rådmannen tror det har skapt mye ekstraarbeid for fastlegene, at man ikke har fått tilstrekkelig informasjon og ressurser. Spesielt, har vært utfordringene rundt de utskrivningsklare pasientene. Man har mottatt mange pasienter etter reformstarten, noe som har økt arbeidsmengden og presset på, ikke bare fastlegene, men resten av helsepersonellet også.

«Reformen er jo en økonomisk hestehandel - kan ikke legge bånd på fastlegene»

Måten man har håndtert henvisninger på, har ifølge rådmannen økonomiske konsekvenser; *«reformen er jo en økonomisk hestehandel mellom stat og kommune, som kommunen taper. I utgangspunktet burde man jo instruert fastlegene om å være særs forsiktig med å skrive inn pasienter fordi dette koster penger... men vi kan ikke legge bånd på fastlegene, det er deres fagprofesjon og de må gjøre de vurderingene de mener er best».*

Fraværende kommunepolitikere

Rådmannen forteller at ordføreren var interessert og informasjonssøkende om reformen. De øvrige kommunepolitikere derimot, var lite interesserte, og er noe rådmannen stiller et stort spørsmålstegn ved. De virket fullstendig uinteresserte, sier han, både planleggingen og gjennomføringen av reformen har vært preget av en slik holdning. Alt praktisk arbeid har blitt delegert til administrasjonen og de forskjellige faggruppene i kommunen.

5.5.1.3 Kommuneoverlege

Kompetanse og ressurser

Det er spesielt to ting som mangler i denne prosessen, sier han; *«det som går på kompetanse, vi må få bedre kompetanse på en del arbeidsoppgaver og det trengs strukturelle forandringer, i en forstand at vi må ha oppdatert utstyr tilgjengelig. Vi må ha nødvendig hjelpepersonell tilgjengelig, og vi må ha en slags infrastruktur tilgjengelig, lokaliteter som kan gjøre at vi i større grad kan drive god diagnostikk og startbehandling».* Dette er frustrerende for legene, man er forventet å levere en tjeneste, man er forventet å ta noe av spesialisthelsetjenesten arbeid, men man ikke har ressursene til å levere. Videre forteller kommuneoverlegen at man har fått noe på plass, korttidsplasser har blant annet blitt etablert. I tillegg har man i samarbeid med de andre kommunene etablert ø-hjelpssenger i Storbygd. Helsepersonellet har ikke fått

det de burde, sier han, men er klar over at kommunene ikke har det heller. Han er klar over at kommunen ikke har fått nok støtte til å dekke de utgiftene som kreves for at man skal kunne levere de ressursene og infrastrukturen som er nødvendig.

Hastverksarbeid

Gjennomføringen har vært preget av hastverk, sier kommuneoverlegen. Dette kom mest til syne når man skulle signere samhandlingsavtalene med sykehuset; «... *man diskuterer jo ting som har med hverdagen vår og gjøre, men det er et hastverksarbeid uten like, på én-to uker, som er helt uholdbart, så når vi som fastleger skulle kobles inn på diskusjonen, implementeringen og utformingen, så er det en ekstrem knapphet på tid og vi er lite forberedt i det hele tatt... så vi henger utenpå hele reformen på et vis*». Dette førte til; «*det var sent før man innså at dette angikk oss direkte og arbeidsdagene våre*», og gjennomføringen til nå, har fått han til å tenke at; «... *reformen angår meg, men som ikke angår meg i det hele tatt*». Kommuneoverlegen er klar over reformen omhandler legene i høyeste grad, men man er ikke blitt satt i stand, eller informert på et vis som skulle tilsi at legene har en rolle å spille, sier han.

«Forebyggende arbeid – det har jeg ikke sett noe til»

Kommuneoverlegen og rådmannen er begge enige i at forebyggingselementet har forsvunnet i alt fokuset på økonomi og henvisningsstatistikker. Kommuneoverlegen forteller; «*Dette med at samhandlingsreformen skulle satse på helsefremmende og forebyggende arbeid, det har jeg ikke sett noe til, det har ikke vært noen konkrete diskusjoner om hvordan det skal gjøres, det har kun vært dette med å redusere innleggelse på sykehus, og gjøre avtaler omkring dette... og det at pasientene skal ut...*». Folkehelseaspektet er ifølge kommuneoverlegen glømt, det at reformen blir styrt og gjennomført på nesten bare økonomiske vurderinger er synd, sier kommuneoverlegen. Håpet er at fokuset vil endre seg, og at forebygging vil få større plass med tiden.

5.5.1.4 Oppsummering

Gjennomføringen er preget av manglende ressurser og dårlig økonomi. Dette førte til økonomiske prioriteringer, korttidsplasser og ø-hjelpssenger har dermed blitt etablert.

Fastlegene har i mindre grad blitt satt i stand til og møte reformen. Noen grep som har blitt delvis iverksatt etter at man innså mangelen, har vært kompetanseheving for de helseansatte. Kommuneoverlegens rolle, derimot, ble formalisert relativt raskt i prosessen, samtidig føler kommuneoverlegen gjennomføringsprosessen har vært tung med tanke på manglende utstyr, infrastruktur, kompetanse og helsepersonell.

Ett viktig aspekt, som både rådmann og kommuneoverlege er enige om, er at hele folkehelseaspektet vedrørende reformen, det som omhandler forebygging, har druknet bort i de økonomiske prioriteringene.

5.6 Øverbygd kommune

5.6.1 Informantene

5.6.1.2 Rådmann

«Fastlegene har ikke fått alt de har hatt behov for»

Noe fikk man på plass før reformen startet andre ting har blitt hengende igjen, forteller rådmannen. Fastlegene har ikke fått alt de har hatt behov for, det samme har vært tilfellet med mye av støttefunksjonene i kommunen.

Grepene som man i utgangspunktet har blitt enige om, samhandling mellom nivåene, virker ikke som å ha blitt prioritert i like stor grad. Blant annet mangler det ofte epikriser³ fra sykehusene som er viktig for legene i kommunene.

Rådmannen forteller derimot at kommunen fikk korttidsplassene raskt på plass. Her var man tidlig ute, i tillegg jobbet man hardt med ø-hjelpssenger, og disse klarte man tidlig å stille sammen med de andre kommunene, noe som var veldig positivt.

«Kompetanseutfordring»

De utskrivningsklare pasientene har vært en utfordring, forteller han. Tidligere ville disse vært på sykehuset enda en stund, men kommer nå «hjem» i stedet. Dette er en kompetanseutfordring for de helseansatte, og for fastlegene spesielt. Rådmannen har tro på at hver og en lege har høy kompetanse, men kompleksiteten og nye krav med tanke på utstyr og

³ Epikrise er «skriftlig redegjørelse for årsak, utvikling og behandling av sykdom hos en pasient, utarbeidet etter at undersøkelse og behandling er ferdig, f.eks. etter et sykehusopphold»(Store Norske Leksikon – epikrise).

kunnskap har ført til at man ønsker kompetanseheving, ikke bare for legene, men for alt helsepersonell. *«Fastlegene er helt sentral i arbeidet med innskriving og utskriving av pasienter, og for å få dette til må de inneha kompetansen og ressurser tilgjengelig».*

Rådmannen forteller at man i tillegg til kompetanseheving, forsøker å skaffe nødvendig utstyr til kommunen. Man venter bare på at kommunestyret skal vedta innkjøp; *«det er mye enklere for oss at fastlegene får det «enkle» utstyret de trenger, slik at vi ikke trenger å sende pasienter på sykehus for utredning, når dette kunne blitt gjort her i kommunen».*

Styring

Rådmannen og helsesjefen forteller begge at det ikke er lagt noen føringer på arbeidet til fastlegenes arbeid i reformprosessen. Administrasjonen har verken kunnskapen eller retten til å styre, eller legge retningslinjer på legenes arbeid, sier rådmannen. Fastlegene må gjøre prioriteringene de mener er rett og sikker, mens vi i kommunen må prøve å legge til rette for at legene kan gjøre jobben sin på en best mulig måte. Bare da kan vi oppnå intensjonen med reformen, sier han. Det må derimot kunne settes krav til legene, slik som blant annet sykehjemstjeneste og lignende.

Legene er viktige, det var da viktig at man etablerte gode fastlegeavtaler med legen(e). *«Det har jo vært viktig med gode fastlegeavtaler, det har jo vært en forskjell i lønn på sykehusleger og «vanlige» fastleger, og derfor har det vært viktig, ikke bare for oss, men for mange kommuner å komme fram til gode avtaler slik at vi ikke «mister» fastlegene til de private».*

Fraværende kommunepolitikere

Felles for alle kommunene i denne studien har vært kommunepolitikernes fravær.

Kommunepolitikernes rolle i planleggingen og gjennomføringen virker å være relativt fraværende. Kommuneadministrasjonen har dermed hatt hovedansvaret for gjennomføringen av reformen. Kommunepolitikere har vært med i diverse referansegrupper og vedtatt planer og tiltak i kommunestyret, men delegert alt av det praktiske og faglige til det administrative nivået i kommunen. Ordføreren har også deltatt i disse referansegruppene og i diverse politiske møter. Derimot var ordføreren ikke med i noen arbeidsgruppe. Rådmannen karakteriserer ordførerens involvering og innsats som moderat. Med en reform av denne størrelsen skulle man tro politikerne hadde en større rolle i utformingen og iverksettingen. Datamaterialet støtter ikke dette.

5.6.1.3 Helsesjef

«Alt er ikke perfekt...»

Reformprosessen startet positivt ved at man ikke fikk en stor mengde pasienter tilbake den første januar, 2012, forteller hun. Man hadde sikret seg ved å ha nok korttidsplasser til og «ta unna» pasientene. I tillegg hadde man gått til anskaffelse av noe nødvendig utstyr. Hun forteller; vi har *«begynt og ta hjem pasienter som har intravenøs, før var det slik at vi ikke kunne ta dem hjem før de var ferdige med intravenøs»*, her har legene og helsepersonellet gjort en god jobb. Hun forteller videre at oppfølging av disse pasientene har blitt bedre; *«legene er på visitt en gang i uka på sykehjemmet, og da går man gjennom pasienter som er på sykehus og skal komme tilbake, her blir også pasientene vurdert om det er forsvarlig å ha dem her, eller å sende dem på sykehus»*. Dette, i tillegg til et relativt bra forhold med sykehuset, har gjort gjennomføringsprosessen tilfredsstillende. Alt er ikke perfekt, sier hun, men det holdes møter med sykehuset der man diskuterer saker som omhandler reformen. Det at korttidsplassene fungerer er positivt. Helsesjefen forteller i tillegg at samarbeidet med de andre kommunene går bra, kommunene samarbeider bra med tanke på de felles ø-hjelpssengene, og den interkommunale legevakten.

Ressurs- og personellmangel

Deler av prosessen har vært preget av manglende ressurser, både i form av utstyr og menneskelige ressurser. Størst, forteller hun, har vært mangel på menneskelige ressurser. *«På legesiden vil jeg si at vi har kompetansen, vi har hjemmesykepleiere, så kompetansen har vi, men den er mangelvare, vi har for få mennesker, de menneskelige ressursene mangler»*. Man har i lengre tid slitt med rekruttering til kommunen, forteller hun, de nye kravene fra reformen har gjort situasjonen vanskeligere. Det jobbes kontinuerlig med forsøk på rekruttering, og noe man ønsker en avklaring på. Kommunen mangler blant annet en fastlege som vil være viktig for å avlaste kommuneoverlegen. Så det er her, sier hun, i tillegg til ressursmangel i form av lite utstyr, er hovedutfordringene til kommunen, man mangler nødvendig helsepersonell. Noe som er viktig for at gjennomføringen av reformen skal gå slik vi ønsker.

Det ble derimot tatt noen grep, forteller hun; *«kunnskapen er der, og den oppdateres og slikt, vi har fått en del hjelp fra sykehuset, de har kommet hit og hjulpet oss med opplæring»*, videre forteller hun da; *«men vi kunne trengt mer kompetanse... vi kunne trengt mer fagutdannede her, det har vi for lite av»*..

5.6.1.4 Kommuneoverlege

Mangler ressurser

Kommuneoverlegen forteller hun ikke er blitt satt i stand til å gjøre det hun er ment å gjøre. «Det er jo kjempebra for pasienten å få komme ut tidlig, men det forventes jo da at det er på plass... man kan ikke sende ut en reform og bare si at «denne datoen skal alt være på plass», man prøver å ivareta det på best mulig måte, samtidig tenker man «jaja, det får gå», mens man venter på mer kompetanse – det går jo ikke». Er ikke alt på plass, så vanskeliggjør det muligheten for at man kan gjøre en god jobb, sier hun. Hun har derimot fått noe utstyr, blant annet spirometer⁴ og 24-timers blodtrykksmåler. I tillegg har kommunen; «... opprettet demensteam, det har blitt holdt kurs om hvordan ta seg av pasientene som kommer hjem, sykehuset har hatt ansatte her som har vist oss behandling av kreftpasienter og opplæring av en ny type morfinpumpe» Andre grep har vært innkjøp av nytt utstyr som var viktig for den generelle kvaliteten og tryggheten på helsetjenesten i kommunen. Dette har forenklet noe av arbeidet, forteller hun, men enda ikke tilstrekkelig. Generelt, så har hun ikke blitt satt i tilstrekkelig stand til å oppnå intensjonene ved reformen.

Økonomiproblemer – vanskelig gjennomføring

Kommunen har i lengre tid slitt økonomisk, og har dermed fått beskjed om å spare penger, forteller kommuneoverlegen. Dette har ført til at hun føler gjennomføringen som omhandler hennes arbeid som lege, har blitt nedprioritert. Hun har fått noe utstyr, men prosessen rundt dette, ble for det meste satt i gang før reformen ble introdusert. Det at hun må klare seg med mindre ressurser legger ekstra press på henne. «Man føler seg mer presset fordi man har mer ansvar som fastlege, men jeg klarer ikke tenke økonomisk, jeg er legeutdannet og klarer ikke se det økonomiske perspektivet, noen andre kan ta seg av det, bare ikke jeg. Mitt ansvar er pasienten, og jeg er pasientrettet i mitt arbeid.»

Hun er veldig avhengig av at sykepleierne og hjelpepleierne kan ta ansvar og kan jobben sin. Hvis dette skjer, sier hun, så håper hun at man med tiden skal klare å oppnå hva som er ment med reformen.

⁴ Brukes til å måle lungefunksjon, blant annet ved kolspasienter - <http://snl.no/spirometri> - 14.05.13

5.6.1.5 Oppsummering

Noe ble iverksatt, andre ting ble ikke det. Kommunen iverksatte noen grep relativt raskt, blant annet, korttidsplassene og ø-hjelpssengene. Økonomi preget iverksettingen, legen(e) var derimot bare i liten grad satt i stand til å møte reformen. Mye grunnet manglende ressurser i kommunen. Kommunen gikk til anskaffelse av noe utstyr som kommuneoverlegen behøvde og venter på et kommunestyrevedtak om mer, men dette var ifølge kommuneoverlegen ikke helt tilstrekkelig.

Kommunen mangler kompetanse i form av både ren kunnskap, men mest av alt når det gjelder fagfolk. Dette er noe det arbeides med og man behøver for at reformen skal ta den formen man ønsker.

5.7 Oppsummering for Storbygd, Midtbygd og Øverbygd

5.7.1 Hva ble gjort?

Mye av gjennomføringen i kommunene preges av dårlig økonomi og lite ressurser. Dette har ført til at gjennomføringen preges av økonomiske prioriteringer. Dette kan man se ved at etableringen av korttidsplasser og ø-hjelpssenger fikk prioritet. Samtlige kommuner fikk disse etablert raskt. Korttidsplassene ivaretar de respektive kommunene selv, men ø-hjelpssengene er et resultat av det interkommunale samarbeidsprosjektet og noe de deler. Kommunene har alle ressursmangler i større eller mindre grad. Siden Storbygd er vertskommune for samarbeidet, har de tatt på seg rollen med å ha ø-hjelpssengene der, dette er i sammenheng med at den interkommunale legevakten er lokalisert i Storbygd. Her har kommunene «filt» til reformen slik at den passer inn i kommunenes samarbeidsavtale.

5.7.2 Hva ble «nedprioritert»?

Samtlige kommuner mangler utstyr og kompetanse. Noen grep er gjort, men disse har ikke blitt prioritert i samme grad som korttidsplassene og de mer økonomisk prekære grepene. I Storbygd har man måttet avvente situasjonen rundt utstyrsmangel da legekantorstrukturen vanskeliggjør situasjonen. I Øverbygd har man fått noe, men venter på at kommunestyret skal vedta innkjøp av mer utstyr. I Midtbygd har man gjort diverse grep med tanke på dette. Kompetansehevende grep har blitt tatt i alle kommunene og er en pågående prosess.

5.7.3 Hva gjorde man ikke?

Fastlegene har ikke fått den rollen de var tiltenkt. De ble ikke satt i stand til og møte reformen. De fikk lite informasjon, og mangler kompetanse og utstyr. Fastlegene har heller ikke mottatt retningslinjer for hvordan de skal jobbe.

Det kan i tillegg virke som om forebyggingsaspektet har falt litt bort i forhold til de *målbare* elementene i reformen. Dette er noe alle kommunene hadde ønsket å prioritere, men de økonomiske kravene har ført til at forebygging har falt på prioriteringslisten, det må tas når man har kapasitet. I planleggingen og gjennomføringen ble blant annet skolelegetjenesten og miljørettet helsevern funnet viktig, men mindre prekært, og derfor skulle kommunene ta seg av dette når man hadde kapasitet.

Til slutt, noe som kan stilles spørsmål ved, og noe som er interessant og observere, er at kommunepolitikerne i samtlige kommuner er relativt fraværende. Det kan tyde på at de har meldt seg helt ut, og latt administrasjonen overta. Kommunepolitikerne er de som er ansvarlig for kommunehelsetjenestene, men har mer eller mindre meldt seg ut av denne reformen.

Kapittel 6 - Utfall

6.1 Innledning

Dette kapitlet vil inneholde informantenes beskrivelse av «utfallet» til nå. Det vil ikke være mulig vite hva utfallet av reformen er allerede, men man vil få en liten innsikt i hva planleggingen og gjennomføringen har ført til så langt i prosessen. Man har muligheten til å få kunnskap om man har nådd målene man har satt seg, eller ikke. Utsagnene omhandler hvordan informantene oppfatter situasjonen så langt i reformprosessen. Kapitlet vil ha samme oppbygning som de to forrige. Først vil det gis en kort innføring av forventningene til utfall i lys av de tre perspektivene. Deretter vil det presenteres hva de forskjellige kommunene og forskjellige «nivåene» i kommunen forteller om «utfallet» så langt. I tillegg så vil det etter presentasjonen av empirien bli gitt en kortfattet oppsummering av viktige funn. Først, en kortfattet påminnelse av de utledete forventningene til *utfall*.

6.2 Teoriene

6.2.1 Et rasjonelt perspektiv

Det rasjonelle perspektivet forventer at reformendringene skal være iverksatt, de planlagte endringene skal fungere som man hadde tenkt. *Planleggingen* og *gjennomføringen* har lagt grunnlaget for et vellykket utfall, der alt fungerer som det skal. Fastlegene har fått de ressursene de trenger, de har fått henvisningsstatistikken ned og de utskrivningsklare pasientene får den hjelpen de trenger. Ledelsen har gjort sine styringsgrep slik at gjennomføringen har gått etter planen.

6.2.2 Et institusjonelt perspektiv

Involveringen av fastlegene og andre viktige aktører i planleggingen førte til ett eierskap til endringene som førte til at man er i ferd med å gjennomføre de endringene man har planlagt. Dette har vært en lang prosess, og er preget av mange kompromisser langs veien. Det er mange faggrupper som skal ha hatt noe å si i alle fasene av reformen.

En motsatt forventning som vil kunne oppstå ved manglende inkludering, er at de planlagte endringene avvek veldig med hva man var vant med. Dette, samt, mangel på eierskap førte til frastøting av reformen.

6.2.3 Et ny-institusjonelt perspektiv

I lys av det ny-institusjonelle perspektivet forventes det at lite har skjedd i kommunen. Ifølge ledelsen vil endringer ha blitt gjort i den formelle delen av kommunen, endringene vil bli kommunisert utad og innad i kommunen. Derimot, i den uformelle, fungerende delen der f.eks. fastlegene jobber, har det skjedd lite – jamfør Røviks *frikopling* (Røvik 1998). Praten om reformen kan ha materialisert seg «ned» til fastlegene og de andre helseansatte, men lite annet vil ha skjedd.

6.3 Storbygd kommune

6.3.1 Informantene

6.3.1.1 Rådmann

«Samme trykk som i fjor...»

Rådmannen er ikke helt fornøyd med *utfallet* så langt, det er mye som ikke har fungert optimalt, og som ikke har gått som planlagt. Han mener at de fleste er enig at intensjonen til reformen er bra, at man skal forebygge og gjøre mer nært hjemmene til pasientene, i kommunen. Rådmannen forteller videre at en av hovedideene til samhandlingsreformen har jo vært at man skal ta unna noe av trykket på spesialisthelsetjenesten, men slik det er nå, er trykket det samme som i fjor og året før det. Dette fører ham videre til fastlegene; *«jeg kan egentlig ikke se noen endringer, kommunen har en av de høyeste henvisningstallene i landet, noe som langt ifra er bra, så på det viset har vi ikke sett noen forskjell»*, skal man lese av tallene, så har ikke fastlegene endret måte jobbe på, forteller rådmannen.

«Utstyr og atferdsendring»

Han er klar over at noe av skylden for at man ikke har iverksatt alt er mangel på utstyr og den

rette kompetansen som skulle sette fastlegene i stand til å ta unna dette trykket. Rådmannen forteller; *«dette vil forhåpentligvis bedre seg med tiden når vi får mer utstyr og ressurser til å gjøre mer på legekantorene»*, videre forklarer han at mye av reformens «suksess» er opp til fastlegene og deres atferd. Fastlegene er premissleverandøren for at kommunene skal klare med reformen, vi i kommunen må selvfølgelig sette dem i stand til dette, gjennom ressurser og kompetanseheving, men man er avhengig av fastlegene «leverer». Dette betyr at de må endre atferd, og gjøre det de kan selv på kontoret, for å sende resten videre. Derimot, forteller han, har man fått korttids plassene og ø-hjelpssengene på plass, som var viktig for og kunne ta imot de utskrivningsklare pasientene.

6.3.1.2 Helsesjef

«Mangel på utstyr – vanskeliggjør samhandlingen»

Helsesjefen føler ikke at kommunen er der den skal være i forhold til hvor man håpet man skulle være. Utstyr og kompetanse til fastlegene, er ennå ikke på plass. Grunnet den politisk valgte legestrukturen, der legekantorene er spredt i kommunen, er noen legekantor utstyrt med blant annet *spirometri, 24-timers blodtrykksmålere, og utstyr for inhalasjonsbehandling ved luftveissykdommer*, andre legekantor derimot, har ikke dette, som fører til en skjevfordeling med tanke på hva man kan, og ikke kan gjøre på de forskjellige kantorene.

«Fastlegene vet om reformen»

Helsesjefen er usikker på om reformen har hatt noen effekt på atferden til fastlegene. Det er vanskelig å si, statistikken vil man ikke få om en stund, og det vil kunne vise om f.eks. henvisningene har gått ned. Hun er klar over at dette er en vanskelig balansegang. Legene kan ikke endre atferd rundt henvisninger enkelt, i tillegg kan man ikke legge press på fastlegene til å være mer kyniske i forhold til det, det handler jo om mennesker, forteller hun. Hun forteller videre at hun tror legene er bevisst på reformen, men jobber som før, men prøver å gjøre det de kan, her i kommunen.

6.3.1.3 Fastlegene

«Formalisering av den gode henvisning»

Fastlegene var alle enige om at reformen hadde hatt liten, eller ingen effekt på hverdagen som

lege. Fastlegene forklarer at de ikke har endret måten å arbeide på noen nevneverdig måte, den ene av fastlegene mener at reformen har bevisstgjort ham litt, men; *«har ikke endret hverdagen noe særlig, jeg har alltid strekt meg etter intensjonen om gode henvisninger og forebygging, så jeg føler at reformen bare har vært en formalisering av dette»*. Dette synes å være tendensen hos fastlegene, man har alltid jobbet mot å gjøre en god jobb for pasienten og kunne hjelpet dem nærmest mulig hjemmet deres. I tillegg, sier fastlegene, man har verken fått nye retningslinjer eller beskjed om å endre arbeidet sitt.

Angående «unødvendige» henvisninger, sier en av fastlegene; *«en avklaring er jo ikke en unødvendig innleggelse, det vil en jo fortsatt gjøre på samme måte, men det er bare det at sykehuset skriver så mye raskere ut, fordi de skal ha flyt i pasientstrømmen på en annen måte, de skal ha frigjorte ressurser til å gjøre noe annet enn å gå visitt på gamle nittiåringer som kunne lugget på en kommunal institusjon»*.

«Ingen samhandling, snart smeller det»

En av fastlegene forteller at han ikke tror man har fått «kjent» på hele reformen ennå, til nå har man hatt plass på korttidsplassene, men snart «smeller» det, sier han. Snart er det slutt på kapasiteten, og da må kommunen ta tak for å finne plasser til pasientene, ellers vil det bli en evig «runddans», som han sier.

En av fastlegene forteller at man til nå er et stykke fra der man har lyst å være. *«Mange hadde forventninger om at vi skulle samarbeide, at vi også skulle samarbeide på det faglige planet mellom sykehuset og fastlegene, at man skulle finne ut hvordan man kunne gjøre ting annerledes sett fra begges ståsted, og så har det ikke blitt det, fordi det er blitt en **kommunal overføringsreform** og det er ikke noe samhandling i det hele tatt her»*. Han forteller videre at man også føler seg maktesløs mot sykehusene; *«det er sykehusene som har fått definisjonsmakt, de kan definere når en pasient er ferdig til å skrives ut, og det kan ikke vi overprøve i det hele tatt, «det må bare være sånn». Sykehusene har jo ikke noe krav mot seg, de kan bare si som så, nå skal han ut, så sender de pasienten i en seng over til sykehjemmet uten epikrise, så sitter man der som et gissel og må ta pasienten inn»*. Det er mye som mangler før man kan si at noe er en suksess, sier han. Dette har ført til at man ikke har klart å ta imot alle pasientene fra sykehuset. Pasientene har dermed måttet ligge lengre enn «nødvendig» på sykehuset og kommunen har måttet betale *boten* for at de ikke klarte å ta dem tidsnok.

Kommunene Storbygd, Midtbygd og Øverbygd, skulle vært en helsekommune, sier en fastlege; *«så skulle vi hatt en kommuneoverlege i disse kommunene, så skulle vi hatt en*

koordinator... du har jo ressursene hvis du slår sammen, så kunne man jobbet med hånda på rattet og styrt. Vi kunne møtt sykehuset og sagt «hør nå her, sånn kan vi ikke ha det», fordi da vet man hva man vil, men nå må sykehuset forholde seg til hver av de tre kommunene...».

«Kommunene «sauset» det til»

En fastlege mener at man ikke har blitt i stand til å kunne gjøre jobben sin effektivt grunnet blant annet manglende kompetanse og kommunikasjon. Mer kursing og et bedre samarbeid med helseforetaket er nødvendig før man kan nå målene med reformen. *«Her i kommunen ble det tegnet noen premature avtaler, jeg vet ennå ikke hva resultat ble, men jeg vet at kommunen kom dårlig ut av den»,* avtalene ble signert alt for tidlig, og nå vanskeliggjør den måloppnåelse. Han forteller videre at dette ikke er staten sin skyld, selv om de ga korte frister, men kommunen hastet gjennom avtalene, og «sauset» det hele til, som han selv sier.

Det er en enighet om at man ikke der en hadde ønsket en skulle være. En av fastlegene gir ett eksempel på dette problemet, han er usikker med tanke på og ta imot de utskrevne pasientene; *«at kommunehelsetjenesten kan gi gode tilbud, både med tanke på rehabilitering og få folk ut igjen... de skal jo være i hjemmene sine, for det er jo ønsket av økonomiske og andre grunner. Så er det jo hvem som sitter og planlegger dette her, og har vi noen planer og er det noen som har kapasitet til å gjøre dette her, og det vet jeg ikke om i vår kommune. Jeg vet ikke hva som skjer egentlig, og der mangler vi jo informasjon fra kommunalsjefen ... men veien blir til mens du går, sa hu Gro, eller hvem det nå var som sa det».*

6.3.1.4 Oppsummering

Utfallet er preget av fastlegenes mangel på utstyr og kompetanse. Administrasjonen forteller at man ikke har sett noen endringer i henvisninger til sykehuset, samtidig forteller de intervjuede fastlegene at de har gjort lite, eller ingen endringer på arbeidsmetodene deres. En fastlege forteller om en følelse av at man sitter som et gissel da man **må** ta imot pasientene når de kommer ut fra sykehuset. Samhandlingen preges av sykehusets definisjonsmakt, sykehuset bestemmer når pasienten skal ut, da må kommunen ivareta pasienten selv om man ikke har den rette kompetansen eller utstyret. Dog har kommunen fått på plass de viktige korttidsplassene, slik at de klarer i større grad og motta de utskrivningsklare pasientene.

6.4 Midtbygd kommune

6.4.1 informantene

6.4.1.1 Rådmann

«Er ikke der man vil være...»

Kommunens dårlige økonomi, og det faktum at det fulgte relativt lite penger med reformen hjalp ikke veldig på reformprosessen, forteller han. Manglende ressurser i form av utstyr og kompetanse preger situasjonen vår, forteller rådmannen. *«Det var mye av det tekniske kommunen ikke var forberedt på, og som vi sliter med i dag, og kommer til å slite med i lang tid fremover. Dette sliter jo på de som er involvert.»*. Det er en lang prosess igjen, sier han. Samarbeidet med Storbygd og Øverbygd har derimot resultert i tre ø-hjelpssenger lokalisert i Storbygd. I tillegg hadde man allerede fungerende korttidsplasser på det lokale sykehjemmet, disse ble formalisert med reformen. Disse plassene har ifølge kommunen vært tilstrekkelig for kommunens behov.

«Fastlegene...»

Angående fastlegene, så har han ikke sett noen endring i måten fastlegene arbeider på; *«... jeg kan ikke akkurat se en endring i hvordan fastlegene arbeider, men det kan jo hende at de er mer reservert i forhold til det å sende pasientene på sykehus»*. Videre forteller han at dette kan komme av at de lar fastlegene «styre» mye selv; *«... det er ikke lagt noen føringer fra vår side om at de må være strengere og prioritere bedre»*, det mener han er en umulig oppgave, fastlegene har en vanskelig nok oppgave med å gjøre jobben sin, enn at man i administrasjonen skulle legge enda mer press på dem.

6.4.1.2 Kommuneoverlegen

«Henviser de som må henvises»

Man har ikke blitt satt i stand til å gjennomføre det som ble sagt man skulle gjøre, sier kommuneoverlegen. Han var klar over dette med henvisningshyppighet, noe som tidvis

nesten virker å være eneste fokus, men man ble ikke satt i stand til å gjøre noe med dette. Mye grunnet økonomien til kommunen, som styrer hva man kan, og ikke kan, gjennomføre av endringer, sier han.

Videre, forteller kommuneoverlegen at han ikke har endret måte å arbeide på etter reformen. Han henviser de pasientene han mener det er behov for, slik som han alltid har gjort; «... *dette her med å legge inn mindre og henvide mindre... jeg gjør akkurat slik som før*». Man har ikke fått utstyret og kompetansen som reformen krever, så det er vanskelig å gjøre noen endringer, forteller han. «... *ikke så langt, at det har angått mitt faglige arbeid, det har det ikke*», svarer han med tanke på reformens effekt på hans arbeid.

Både kommuneoverlegen og rådmannen er enige om at de *målbare* elementene har ført andre viktige elementer i bakgrunnen, f.eks. sykehuskostnader og henvisningsstatistikk har tatt stor del av fokuset. Kommuneoverlegen mener at fokuset har blitt på «boten» kommunen får hvis man ikke tar imot de utskrivningsklare pasientene. Fastlegene, folkehelse og forebygging må gis oppmerksomhet, dette er veldig viktig, og her henger man veldig etter, sier han.

«River ned min forestilling om styrkingen av fastlegeordningen»

Kommuneoverlegen forteller; «*samhandlingsreformen er jo med på å styrke rollen til fastlegen, i den forstand at vi blir tiltrodd mer ansvar, oppgaver og mer faglige utfordringer, det kan man si. Når det gjelder innholdet...*». Sammen med samhandlingsreformen, kommer noe man kaller fastlegeforskriften, denne kommer inn og; «*forkludrer absolutt alt sammen, slik at den nye fastlegeforskriften, slik den er formulert, river ned min forestilling om styrkingen av fastlegeordningen eller fastlegefunksjonen i samhandlingsreformen. Det er en detaljstyring på en måte som gjør det vanskelig for oss å gå inn konstruktivt i forhold til samhandlingsreformen. Det er også forventet noen endringer i vår måte å drive praksis på som ikke er i samsvar med det vi trodde fastlegeordningen skulle være i forhold til samhandlingsreformen. Det forventes noen endringer i vår måte å drive praksis på som ikke er i samsvar med det vi trodde fastlegeordningen skulle være i forhold til samhandlingsreformen.*». Man får liten innvirkning på hverdagen, først reformen, så forskriften, sier han. Hvis man skal etterfølge forskriften så vil ikke utfallet av reformen få en god ende.

6.4.1.3 Oppsummering

I likhet med Storbygd, har manglende økonomi og ressurser hatt noe å si for «utfallet» av reformen. I Midtbygd er *utfallet* preget av at planleggingen og gjennomføringen ble «styrt» av dårlig informasjon fra staten. Det var mye kommunen ikke var forberedt på, og som de må slite med framover. Samtidig var det en del som man fikk til, men disse var preget av økonomiske prioriteringer. Korttidsplasser og ø-hjelpssenger kom relativt tidlig på plass. Videreføringen av den interkommunale legevakten, formaliseringen av kommuneoverlegerollen og utbedringen av legekantoret i Midtbygd, ble gjennomført. Samtidig opplevde man mangel på ressurser og kompetanse. Reformen har ikke fått den ønskede effekten, noe som vises ved blant annet ved at kommuneoverlegen forteller at han ikke har endret hverdagen sin etter reformstarten.

6.5 Øverbygd kommune

6.5.1 Informantene

6.5.1.1 Rådmann

«Prosess som har utviklet seg til det bedre»

Rådmannen ser på gjennomføringen, som en prosess som har utviklet seg til det bedre. Gjennomføringen ble vanskeliggjort på grunn av både mangelfull informasjon og dårlig økonomi. Reformen er jo en prosess som går over flere år, dermed har vi tid på oss, men det er ting vi gjerne skulle ha fått gjort nå, men ikke har hatt mulighet til, sier han. I kommunens styringsdokument for perioden 2012-2015, skriver rådmannen at man i 2012, ikke behøvde å betale «boten» til sykehuset én eneste gang. Kommunen tok imot samtlige utskrivningsklare pasienter tidnok, der de enten ble innlagt på korttidsplass, eller kunne tas rett hjem. Det var viktig og få disse korttidsplassene på plass så raskt som mulig, sier han.

«Vil komme en del blåmandager...»

Noe av det viktigste med reformen, sier rådmannen, forebygging og folkehelse, virker og ha blitt glømt. Fokuset rundt forebygging har forsvunnet litt i elementene som kan «måles»; *«utskrivningsklare pasienter, medfinansieringsbiten, øyeblikkelig hjelp, og så kommer alt det andre(folkehelse), og det er jo likestilt og like viktig som det ovennevnte, men nesten borte... Tror at mange kommuner vil oppleve en del blåmandager nå fremover for de som ikke har*

jobbet nok med det». Videre forteller han; «det kommunene vil slite med er den forebyggende, folkehelsebiten av reformen, for dette vil man ikke klare å få svar på før om mange år, og dermed er det vanskelig å måle og tilrettelegge planer for dette arbeidet, så det burde ha blitt jobbet bedre med dette...». Dette vil ikke bare skape problemer for kommunene som sådan, sier han, men også for legene; «jeg tror at fastlegene, med de andre helsegruppene vil få en større utfordring ved at man enda ikke har tatt tak i det med folkehelse i reformen».

«Lillebror og storebror»

Maktforholdet mellom sykehuset og kommunen har ikke blitt som forventet, forteller rådmannen; *«i utgangspunktet skal vi jo være likeverdige parter, vi og helseforetakene, men akkurat nå er ikke det tilfelle, vi har blitt en «lillebror». Dette går kanskje ut på at de som sitter og behandler dette er administratorer – hadde vi inkludert fastlegene og helsepersonellet mer så kunne vi kanskje gjort mer og bedre...».*

6.5.1.2 Helsesjef

«Blitt ganske bra til slutt...»

Planleggingen og gjennomføringen av reformen i Øverbygd har vært preget av dårlig økonomi og ressursmangel. Det har blitt bedre, sier helsesjefen. Vi etablerte raskt korttidsplassene som har hjulpet kommunen å ta imot de utskrivningsklare pasientene. Kommunen har klart å ta imot alle pasientene enten ved bruk av korttidsplassene eller ved at man har tatt dem hjem. I tillegg har de felles ø-hjelpssengene fungert som de skulle. Dette var viktig for kommunen, forteller hun.

«Legene har nok tatt reformen innover seg...»

Helsesjefen og rådmannen er begge usikre på om legen(e)(har hatt vikarer innom) har endret måte og arbeide på, de tror legen(e) er mer bevisst og gjør mer når en kan. Helsesjefen forteller; *«Jeg tror at legene har tatt innover seg dette med henvisningshyppigheten, at denne må ned, og er dermed begynt å se på andre løsninger, enn å gjøre ting enklest mulig... man ser på hva man kan gjøre for pasientene, hvordan man kan gjøre det her, kan man ta de med hjem? Slike ting...».* Hun håper det har vært en endring, på tross av at man ikke har gitt fastlegene beskjed om å endre måten å arbeide på.

«Småkommuner er heldige...»

Vi har vært heldige i endringsprosessen, sier helsesjefen; «vi er jo på en måte heldig at vi er en liten kommune, helsepersonellet kjenner jo pasientene godt, og dermed har god kjennskap og kan skille hva som er viktig, og hva som ikke er det. Og kan dermed hjelpe fastlegen på området i og med at man kjenner pasienthistorikken og slik.». Man har klart å ta imot de utskrevne pasientene, korttidsplassene har fungert som ventet. Kommuneoverlegen får kanskje mer hjelp her, enn hva hun ville fått i en større kommune. I mangelen på ressurser og økonomi, har *størrelsen* på kommunen *hjulpet* kommuneoverlegen

6.5.1.3 Kommuneoverlege

«Godt gjennomtenkt...»

Hun forteller om reformen; «jeg synes den er godt gjennomtenkt, men ikke planlagt, jeg synes at man kunne tatt seg mer tid til å planlegge og kartlegge forholdene ute i distriktene, hvordan er de økonomiske forholdene, ressursene man har og hva trenger man? **Det** hadde vært lurt og hatt kontroll på før man iverksatte alt sammen». De nødvendige ressursene fantes ikke i kommunen før iverksettingen. Folk med kompetanse er viktig, kompetanse i psykiatri, kreftsykepleier, sykehjem, dette er mangelvare her, forteller hun. Dette har gjort situasjonen tyngre enn nødvendig, spesielt siden hun er alene som fastlege i kommunen. Manglende konkret informasjonen om reformen førte til usikkerhet og press i begynnelsen, hun var usikker hva som ble krevd av henne som lege. Nå vet hun litt mer om hva som kreves, men er fremdeles ikke satt tilstrekkelig i stand til å levere de tjenestene som er ventet, grunnet manglende utstyr og kompetanse.

«Gjør det som trengs av meg, når det trengs»

Hun må klare seg med det hun har. «Jeg kan jo jobben min, og blir kanskje ikke så engstelig fordi jeg vet jeg må kunne gjøre det som trengs av meg når det trengs siden jeg er alene». Samtidig, forteller hun; «det kan bli hektisk hvis det er flere øyeblikkelig-hjelp-situasjoner på en gang, og jeg trenger flere ambulanser – og da tenker jeg at det hadde vært bra og hatt en kollega som jeg kunne pratet med. Men det går greit, og jeg har telefon, overlegen på sykehus og lignende...». Kommunen arbeider med og ansette enda en lege, forteller hun. Når det gjelder fokuset på henvisninger og måten å arbeide på etter reformstart, så forteller hun at hun er vant til å gjøre mye på kontoret, og har dermed ikke endret måte å arbeide på.

Hun er pasientrettet i arbeidet sitt og prøver så godt hun kan å gjøre det hun kan for pasienten nærmest mulig.

«Kunne brukt mer tid på planlegging»

Reformen kunne vært bedre planlagt; *«man kunne kanskje brukt mer tid i planleggingen, og kommunene hadde kanskje hatt behov for å forberede hele prosessen. Ikke bare med tanke på økonomien, men i tillegg må man ha ressurser som fastleger, andre fagfolk, slik som kunnskap om psykiatri, kreftsykepleier, kompetanse angående sykehjem, dette er noe vi ikke har her og som ville vært til stor hjelp i arbeidet...»*. Reformen har av forskjellige årsaker ikke tatt den formen man hadde ønsket seg, sier hun.

Selv nå, sliter man; *«... mangler både kompetanse og samhandling, jeg føler at kommunen ikke har et så godt samarbeid opp mot sykehuset, har hørt mange ganger at man kan søke hospitering, og sende sykepleiere på hospitering på sykehuset, å lære sårbehandling, kreftbehandling... den «know-how» og kunnskapen som man kan føre videre fra sykehuset, den biten er for liten her. Men jeg kan ikke si hvor feilen ligger, om den er i kommunen, er det en menneskelig brist, er man for lite interessert for å lære mer, eller er det sykehuset sin feil? Det er vanskelig å si.»*.

6.5.1.4 Oppsummering

Noe har blitt gjort, men en del gjenstår. En viktig sak som ble etablert før reformstart, og som har hjulpet kommunen, har vært korttidsplassene. Disse hjalp kommunen å unngå registrerte liggedøgn ved sykehus i hele 2012. Samt har samarbeidet med nabokommunene resultert i etableringen av tre felles ø-hjelpssenger. Samhandlingen er fremdeles ikke optimal, rådmannen forteller at kommunen har blitt som en *lillebror* i forhold til sykehuset. De styrer mye av det som skjer, og her har man et forbedringspotensiale.

Mangelen på involvering i planleggingen og gjennomføringen har ført til at kommuneoverlegen, i likhet med sine kolleger i de andre kommunene, ikke har endret måte og arbeide på. Dette er på grunn av at hun ikke har blitt satt i stand til det gjennom økt kompetanse eller ressurser.

6.6 Oppsummering av utfallet i Storbygd-, Midtbygd- og Øverbygd kommune

Det interkommunale samarbeidet har ført til et nokså likt *utfall* hos samtlige kommuner.

Delvis grunnet dårlig tilrettelegging i form av manglende informasjon, ressurser, kompetanse og lignende, så svarer samtlige leger i denne studien forteller at de har gjort lite, eller ingen endring av dagen deres. De er kanskje mer bevisst på den *gode henvisning*, men har fortsatt å jobbe slik som før reformen.

Prosessen har i varierende grad vært preget av dårlig økonomi, manglende ressurser, utstyr og kompetanse i alle kommunene i studien. Dette har vist seg på forskjellige måter. Blant annet har man prioritert de økonomiske elementene først, slik som etableringen av korttidsplasser og ø-hjelpssenger. Det har ført til at fastlegen(e) har manglet en del, slik som utstyr og kompetanse.

Samarbeidet mellom kommunene har gått relativt bra. Samarbeidet har fungert godt med hensyn til de felles ø-hjelpssengene og den interkommunale legevakten. Det er visse forskjeller mellom kommunene. Øverbygd klarte å ta imot samtlige utskrevne pasienter *første* året av reformen. Kommuneoverlegen har derimot ikke alt av nødvendig utstyr, kompetanse eller hjelpepersonell, men dette arbeides det med. Det samme er tilfellet i Midtbygd, her har man også hatt tilstrekkelig korttidsplasser. I Storbygd derimot, mangler man både utstyr, og har heller ikke tilstrekkelig med korttidsplasser da de har måttet betale for liggedøgn ved sykehuset.

Kapittel 7 - Analyse

7.1 Innledning

I dette kapitlet vil jeg presentere mine *viktigste* funn i lys av de tre perspektivene som ble redegjort for i teorikapitlet. Målet her er å belyse forskjellige sider ved reformprosessene ved hjelp av det rasjonelle-, institusjonelle- og ny-institusjonelle perspektivet, samt diskutere perspektivenes forklaringskraft. Analysen er tredelt, der hver av delproblemstillingene, *planlegging*, *gjennomføring* og *utfall* får tildelt sin del. Perspektivene blir her behandlet som komplementære, og derfor vil perspektivene ikke *konkurrere* om forklaringskraft, men heller forsøke å utfylle hverandre.

7.2 Planleggingen i lys av tre perspektiver

Klare mål og delegering til fagfolk, men hva med fastlegene?

Forventningene mine til både det rasjonelle og institusjonelle perspektivet kan forklare ledelsens raske igangsetting av det interkommunale forprosjektet. Det rasjonelle perspektivet vil forklare det ut fra et mål-middel-perspektiv, der det er viktig for kommuneledelsen å ta styring tidlig og etablere en klar plan for planleggingen og utformingen av reformen. Det faktum at man velger og inngår i et interkommunalt samarbeidsprosjekt, forsterker dette. Man styrer etter klare mål. Jacobsen(2010) skriver at noen årsaker til oppretting av samarbeidsnettverk ofte er på grunn av kostnader, kvalitet eller styring. Et interkommunalt samarbeid er et instrument for god problemløsning, og dermed et redskap. Dette tyder på en underliggende *instrumentell rasjonalitet*.

På den andre siden, forklarer det institusjonelle perspektivet det raskt igangsatte forprosjektet ut fra viktigheten av å kartlegge og analysere kommunene raskt. Datamaterialet støtter videre mine forventninger i lys av det institusjonelle perspektivet ved at man valgte å etablere flere interkommunale arbeidsgrupper som skulle arbeide med dette forprosjektet. Dette kan ses i sammenheng med viktigheten av og få de ansattes innsikt og problemoppfatninger. Det er de ansatte som er nærmest «gulvet», og med dette vet hvor «skoen trykker». Ifølge Røvik (1998) er det viktig for ledelsen å inkludere de ansatte i planleggingen av reformen. Dette kan

motvirke *frastøting* senere i prosessen.

I forlengelsen av dette forventet man ut fra det rasjonelle perspektivet at hele den kommunale ledelsen skulle ta styring over planleggingen. Datamaterialet støtter disse forventningene i stor grad, dog er det en viktig del av den kommunale ledelsen som er relativt fraværende. Kommunepolitikerne i samtlige kommuner virker, ut fra datamaterialet, å være fraværende i alle prosesser utenom vedtakssituasjoner. Politikerne har delegert alt av planleggingsarbeidet til administrasjonen. Fraværet, og delegeringen, kan derimot sees i lys av det institusjonelle perspektivet, der involvering av de ansatte er en viktig del av prosessen. Kommunepolitikerne har kanskje innsett sine begrensninger og delegert arbeidet til arbeids- og faggruppene som har innsikt i helse- og sosialtjenestene i kommunen(e). Ut fra det institusjonelle perspektivet treffer da mine utledete forventninger til en viss grad. Uavhengig av dette må det poengteres at man skulle kunne forvente en større innsats av kommunepolitikerne i arbeidet med en reform av denne størrelsen. Politikerne er ansvarlig for kommunehelsetjenesten, og har meldt seg helt ut av planleggingsarbeidet.

Ut fra det ny-institusjonelle perspektivet er det få forventninger som treffer tidlig i planleggingsfasen. Det kan dog være en mulighet for og oppfatte den tidlige planleggingsfasen, og inngåelsen av forprosjektet som et mulig grep for å oppnå legitimitet hos omgivelsene. Det faktum at kommunene er tidlig ute, og er klar til å gjøre seg rede for reformen og de nye endringene, kan ses på som et tegn på «god» organisering. Derimot må det understrekes at forventningene mine i lys av det ny-institusjonelle perspektivet, ikke kan forklare den store graden av inkludering av de ansatte i planleggingen. Ut fra dette perspektivet tilsier de utledete forventningene at planleggingen bare skulle foregå på et overordnet nivå, og ikke inkludere de ansatte i en slik grad. Derimot stemmer datamaterialet i stor grad med mine forventninger til både det rasjonelle og det institusjonelle perspektivet. Begge perspektivene forventer i større eller mindre grad de ansattes involvering i planleggingen. Ut fra det institusjonelle perspektivet er involveringen av de ansatte svært viktig da det er disse som skal gjennomføre endringene, samtidig som det er disse som har mest førstehånds kjennskap til temaene som det arbeides med.

Den «nye, viktige» rollen – bare prat?

Inkluderingen av de ansatte stemmer bra i lys av mål-middel-perspektivet til det rasjonelle perspektivet. Involvering av nøkkelgrupper fører til bedre innsikt, og dermed økt mulighet for måloppnåelse. Fastlegene, derimot, ble i mindre grad involvert i planleggingen. Dette

funnet sammenfaller godt med forventningene som ble utledet fra det ny-institusjonelle perspektivet. Her forventet man at fastlegene ville involveres i mindre grad da planleggingen ville foregå på et overordnet nivå, og bare ville være av en verbal karakter. Planleggingen ville kun bli *kommunisert* innad og utad av kommunene, mens ingen nevneverdige endringer ville bli gjort i kommunen. Datamaterialet stemmer da bra med det ny-institusjonelle perspektivet med tanke på fastlegenes rolle, og dermed mindre med de to andre perspektivene. Planleggingen preges av manglende informasjon og tilrettelegging for fastlegene. Dette skapte frustrasjon og usikkerhet hos fastlegene.

Datamaterialet forteller at informasjonen til fastlegene angående reformen har vært relativt dårlig. Informasjonen som har blitt gitt har vært lite konkret, noe som har ført til usikkerhet og frustrasjon hos fastlegene. Det forventes at fastlegene skal være en premissleverandør i reformen og for kommunene, dog har det ikke vist seg med tanke på hvor lite informert og klargjort de er. Dette funnet passer i stor grad overens med de forventningene jeg utledet til det ny-institusjonelle perspektivet. Der det i liten grad er forventet at de ansatte skulle bli informert om de planlagte endringene og hvordan disse skulle iverksettes.

I lys av det rasjonelle perspektivet forventes det en viss grad av informasjon til de ansatte, slik at de skal kunne være klar for reformen. Derimot, forventes det ikke like stor grad av *bearbeiding* som i det institusjonelle perspektivet. Her stemmer datamaterialet i veldig liten grad med det som er forventet ut fra det rasjonelle perspektivet. Informasjon og bearbeiding av de ansatte, her fastlegene, er viktig for at reformen skal kunne ta den formen en ønsker. Dette har ifølge datamaterialet ikke skjedd på den måten man forventet ut fra det institusjonelle perspektivet heller. To av tre perspektiver forventer en viss grad av informasjon og kommunikasjon med fastlegene, datamaterialet mitt støtter ikke dette. Dog, det gjør funnene med hensyn til forventningene mine som er utledet fra det ny-institusjonelle perspektivet.

Samtlige rådmenn i studien påpeker i planleggingsfasen viktigheten av fastlegene, og spesielt kommuneoverlegens rolle i reformen og kommunehelsetjenesten. Rådmennene fortalte om den «nye» rollen, og viktigheten av at de blir satt i stand til å gjennomføre reformen slik de skal. Dette stemmer bra ut fra forventningene mine til det institusjonelle perspektivet der det er viktig å få med seg nøkkelgrupper. Derimot, datamaterialet tyder på at denne inkluderingen har skjedd i relativt liten grad. Funnet stemmer i stor grad med mine utledete forventninger til det ny-institusjonelle perspektivet, og tyder på det Røvik(1998) kaller *frikopling*. Den administrative ledelsen bedyrer viktigheten av fastlegene, men blir i realiteten lite involvert i

planleggingsarbeidet. Dette er et gjennomgående funn, at fastlegene, med noen unntak, føler seg tilsidesatt og ikke prioritert i planleggingsfasen. Fastlegene er ment å gjøre en jobb, men vet lite om hva, og hvordan. Det har oppstått en frikopling mellom prat og praksis.

Administrasjonen forteller hvor viktig fastlegene er for reformen og for kommunen, men de settes ikke i stand til å gjøre noe konkret. Fastlegene blir dermed sittende igjen, usikker og frustrerte med hensyn til sin «nye, viktige» rolle.

Oppsummering av planlegging

Datamaterialet tyder på at alle perspektivene har en grad av forklaringskraft for planleggingsprosessen. De rasjonelle- og institusjonelle perspektivene har, kanskje mer forklaringskraft i startfasen til planleggingen. At man var tidlig ute, etablerte et samarbeidsprosjekt, og igangsatte analyse og kartleggingsarbeid av kommunene. Disse funnene stemmer i stor grad med de utledete forventningene mine til disse to perspektivene. Mangelen på involvering og informasjon til fastlegene senere i prosessen kan tyde på en grad av forklaringskraft for det ny-institusjonelle perspektivet. Datamaterialet tyder på at forventningene mine om *frikopling* mellom prat og praksis ble oppfylt. Funnene i datamaterialet tyder derimot klart på at perspektivene må behandles som komplementære. Det er ikke bare ett perspektiv som kan forklare denne prosessen, reformprosessen er så kompleks at det ville være umulig å skille ut bare ett perspektiv.

7.3 Gjennomføringen sett i tre perspektiver

«Økonomien først – en rasjonell start»

Starten av gjennomføringsprosessen kan man si har forklarende elementer fra alle perspektivene. På den ene siden, stemmer forventningene mine ut fra det rasjonelle perspektivet grunnet det faktum at kommunene valgte å fortsette samarbeidet. Samt etablerte de korttidsplasser i alle kommunene. Korttidsplassene ble prioritert fordi samtlige kommuner ikke hadde råd til å betale for «unødvendige» liggedøgn. Det og kunne ta imot de utskrivningsklare pasientene var, og er viktig for reformen. Dette funnet stemte fullt og helt med mine forventninger i lys av det rasjonelle perspektivet. Det var forventet at prosessen ble preget av klare mål og sterk styring. Prioriteringene var økonomiske, der man valgte de grepene som var mest hensiktsmessig for kommunene. Noe som er et klart målrasjonelt trekk, og som passer inn i mine forventninger ut fra det rasjonelle perspektivet. Samtlige kommuner i studien har økonomiske begrensninger, og har dermed måttet gjøre de prioriteringene som er

økonomisk hensiktsmessig. De tre kommunene etablerte også tre ø-hjelpssenger sammen, dette grepet kan tyde på at kommunene «filer» reformen slik at den passer inn i de lokale forholdene. Det interkommunale samarbeidet viser klare tegn på en *instrumentell rasjonalitet*. Den allerede fungerende interkommunale legevakten var lokalisert i Storbygd, dermed ble det funnet mest hensiktsmessig, både økonomisk og praktisk og opprette disse ø-hjelpssengene i nærheten av legevaktslokalene. Det virker med dette klart at de økonomiske og strukturelle grepene har blitt prioritert.

Ett reformelement som har forsvunnet i gjennomføringen av reformen, er det forebyggende aspektet av reformen. Dette funnet havner i en midt-posisjon, der noen elementer kan forklares i lys av det rasjonelle perspektivet, og der andre elementer ikke kan det. På den ene siden har man «filet» til reformen, ved at man har prioritert det viktigste først, deretter, når man har kapasitet kan man fokusere på forebygging. På den andre siden har man ikke maktet og iverksette planene man ble enige om i planleggingsprosessen.

«Forebygging og den «nye, viktige» fastlegerollen. Mye prat, lite handling»

Det var flere funn som gjorde at det rasjonelle perspektivet mistet noe av sin forklaringskraft over til det ny-institusjonelle perspektivet. Datamaterialet støtter opp noen av mine utledete forventninger i lys av det ny-institusjonelle perspektivet. Den mangelfulle kompetansen og de manglende ressursene til fastlegene understreker dette. Det ble tidlig klart at fastlegene og de helseansatte verken hadde all kompetansen eller ressursene som skulle til for å kunne imøtekomme intensjonene med reformen. Det var ikke iverksatt noen grep for denne delen av reformen. Spesielt var dette tydelig med hensyn til fastlegene. Dette kan kobles til Brunssons(2002) *hykleri*. Ledelsen kommuniserer utad om reformen og gjennomføringen av den, men på praksisplanet har ikke fastlegene blitt i stand til å følge opp intensjonen med reformen.

Det var stor enighet om at legenes kompetanse var god nok i samtlige kommuner, men i og med at man blant annet ikke var samlet, trengte man kompetanseheving og mer utstyr. Av forskjellige grunner, hadde ikke kommunene klart å legge til rette for fastlegene. Man hadde etablert korttids plasser og gjort klart for at man skulle kunne ta imot de utskrivningsklare pasientene. Fastlegene derimot, hadde ikke blitt satt i stand, verken gjennom økt kompetanse, nødvendig utstyr eller blitt informert tilstrekkelig angående reformen. Fastlegene som var så «viktige», har nærmest ikke fått noe av det de skulle. Ut fra det rasjonelle perspektivet var det forventet at fastlegene skulle være satt i stand til å møte reformen fra dag én, her finner man et klart misforhold mellom forventningene utledet fra det rasjonelle perspektivet og

datamaterialet. Funnene støtter heller forventningene mine ut fra det ny-institusjonelle perspektivet der man forventet en ledelse som pratet og kommuniserte om alle grepene man tok, men ikke fulgte dem opp. Man ser en klar *frikopling* mellom prat og praksis, fastlegene blir ikke satt i stand til og møte intensjonen med reformen. Dermed stemmer det ny-institusjonelle perspektivet i større grad enn det rasjonelle, men heller ikke her, forklarer det alt. Fastlegene og de helseansatte gjorde uttrykk for manglene, og etterhvert gjorde kommuneadministrasjonen noen grep med hensyn til noen av manglene man hadde i kommunene. Kommunene vedtok innkjøp av noe utstyr som skulle hjelpe. I tillegg tok kommuneadministrasjonen initiativ, sammen med sykehuset, til kompetansehevende opplæring. Dette funnet passer i stor grad med mine forventninger utledet fra det institusjonelle perspektivet, der forventet man en ledelse som var lydhør overfor de ansatte og som kunne gjøre endringer i prosessen. De ansatte uttrykte sine problemoppfatninger, og ble hørt.

Ut fra det institusjonelle perspektivet forventer man en prosess preget av kompromisser og involvering av de ansatte, det man kaller en «bottom-up»-prosess. Dette passer i stor grad med funnene mine. Reformen er en gjennomgående prosess og kan ikke detaljplanlegges, kompromisser må inngås, slik som en fastlegene sa det, «*veien blir til mens du går*».

I gjennomføringsfasen forventes det ut fra det rasjonelle perspektivet sterk og klar styring fra ledelsen. Det er en klar diskrepans mellom mine forventninger ut fra det rasjonelle perspektivet med tanke på dette, og hva datamaterialet mitt forteller. For det første, i likhet med planleggingen, så har den politiske ledelsen i kommunen meldt seg helt ut av reformprosessen. Ledelsen som er ansvarlig for kommunehelsetjenesten har meldt seg ut, og delegert arbeidet til administrasjonen. Det kan diskuteres om dette er et målrasjonelt grep, eller om dette er et tegn på mangelfull ledelse. Her har det rasjonelle perspektivet liten grad av forklaringskraft da det forventes en sterk og klar ledelse, men den politiske ledelsen meldt seg ut. I dette tilfellet har de to andre perspektivene større grad av forklaringskraft. Noe som betyr at forventningene mine ut fra disse perspektivene forteller og forklarer «mer» enn det rasjonelle perspektivet om akkurat dette.

«Manglende styring»

Samtlige rådmenn bedyrer fastlegenes viktighet i reformen og det generelle arbeidet i kommunehelsetjenesten. De er premissleverandøren for gjennomføringen av reformen. Funnet tyder på et sammenfall med mine utledete forventninger til det institusjonelle perspektivet. Dog, dette vises ikke i tilstrekkelig grad i gjennomføringen. Det er en klar

enighet blant informantene at det ikke har blitt gitt noen klare styrings- eller retningslinjer for hvordan fastlegene skal utøve jobben sin etter reformstarten. Ett av målene med reformen er nedgang i antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten, dette krever at fastlegene får retningslinjer for den «nye» rollen deres. Ifølge administrasjonen er det tydelig at dette er noe «de ikke har noe med». Fastlegenes arbeid utøves på et tykt kunnskapsgrunnlag, og dermed er det ikke enkelt å be dem endre måten å arbeide på. Fastlegene blir dermed ikke fulgt opp med tanke på reformen. Ut fra det ny-institusjonelle perspektivet passer dette funnet da man ikke forventer noen form for oppfølging av de planlagte endringene, det er ikke er «meningen», eller forventet at de skal endre arbeidsmetoder og henvisningspraksis. Perspektivet har med dette noe forklaringskraft, men dekker ikke helt det faktumet at administrasjonen forteller om deres *valg* om og ikke styre dem, men heller å la dem endre atferd selv. Funnet sammenfaller godt med mine utledete forventninger ut fra det institusjonelle perspektivet. Her forventes det at hvis man skal få til en vellykket reform, ikke presser på de ansatte nye lover og regler som bryter veldig med hva man er vant med fra før av. Og presse på endringer og styringslinjer kan i «verste fall» føre til det Røvik(1998) kaller *frastøting*. De ansatte vil ikke ta til seg, eller iverksette de planlagte endringene. Detaljstyring av fastlegene kan bli oppfattet som dette. Her kan man si at funnene mine forklares i relativt stor grad ut fra forventningene mine til det institusjonelle perspektivet.

Noe ble gjort, man etablerte korttidsplasser, ø-hjelpssenger, og man iverksatte kompetansehevende opplæring, samt kjøpte inn noe utstyr. Noe ble satt på vent, blant annet innkjøp av alt nødvendig utstyr. Andre ting kan virke som har falt helt bort i gjennomføringsfasen. Dette er noe de fleste informantene kommenterte. Verken fastlegene eller forebygging har blitt gitt den «plassen» på prioriteringslisten som var forventet. De økonomiske prioriteringene overskygget fokuset på de andre reformelementene. Ut fra det institusjonelle perspektivet kan dette ses på to måter. På den ene siden passer det bra da man velger og ikke presse på for mange, tunge endringer på de ansatte for raskt, men heller venter til kommunene har kapasitet. På den andre siden kan det oppfattes som om kommuneadministrasjonen har liten interesse for de uformelle elementene i kommunen. Det faktum at man prioriterer økonomi framfor alt annet, understreker dette. De økonomiske insentivene synes langt på vei å ha en meget sterk «oppdragende effekt» og styrer således gjennomføringen. Dette stemmer derfor lite med de forventningene jeg utledet i lys av institusjonelle perspektivet. Her forventet man prioriteringer ut fra de uformelle elementene. Noen funn tyder på vanskeligheter i samhandlingen mellom kommunene og sykehuset. Disse funnene passer godt med mine utledete forventninger til det ny-institusjonelle perspektivet.

Man prater om forebygging og samhandling, men lite konkret skjer, begge disse aspektene viser seg og ikke å være slik man planla. I datamaterialet blir det fortalt om manglende fokus på forebygging og manglende epikriser fra sykehuset. Dette kan da oppfattes som et *hykleri*, eller *frikopling* (Brunsson 2002; Røvik 1998). Lite konkret skjer, men det prates veldig mye.

Oppsummering av gjennomføringen

Gjennomføringsfasen preges av at samtlige perspektiv har varierende grad av forklaringskraft. Det rasjonelle perspektivet har høy grad av forklaringskraft i startfasen av gjennomføringen. Dette ses spesielt ved det faktum at korttidsplassene og ø-hjelpssengene kom raskt på plass, og det er her fokuset i gjennomføringen har vært. Det institusjonelle perspektivet utdyper og forklarer noen elementer som ikke det rasjonelle perspektivet tar «fatt i», slik som at ledelsen tok de ansattes problemoppfatninger angående manglende utstyr og kompetanse til etterretning. Sluttfasen av gjennomføringsprosessen kan forklares relativt godt i lys av det ny-institusjonelle perspektivet. Dette gjenspeiles ved at viktige elementer som fastlegene, og deres rolle som avlaster for spesialisthelsetjenesten, og forebyggingen har falt helt bort i forhold til de økonomiske prioriteringene.

7.4 Utfallet i lys av tre perspektiver

«Økonomiske prioriteringer – fungerende korttidsplasser»

Det endelige utfallet av reformen er vanskelig å si noe konkret om da det enda er noen år igjen av innfasingsperioden. Dog, synes det likevel at noen klare mønstre begynner og avtegne seg. Ett reformelement har blitt implementert og får stadig tydeligere effekter, mens et annet nærmest ikke er, verken planlagt eller gjennomført. Slik prosessen har utviklet seg, har det ny-institusjonelle perspektivet gradvis fått større forklaringskraft. Ved første øyekast kan det tyde på at reformen har blitt iverksatt på en god måte på alle felt. Funnene mine støtter dette til en viss grad. Samtlige kommuner har etablert velfungerende korttidsplasser og har et godt samarbeid om ø-hjelpssengene. Dette etablerte man relativt raskt. Kommunene har i tillegg, i større eller mindre grad klart å ta imot de utskrivningsklare pasientene. Øverbygd klarte f.eks. å gå gjennom hele 2012 uten ett eneste liggedøgn på sykehuset. Kommunen klarte å ta imot, og ivareta samtlige utskrivningsklare pasienter. Dette funnet, i tillegg til det interkommunale samarbeidet, passer godt med mine utledete forventninger i lys av det

rasjonelle perspektivet. Kommunene forteller om et godt interkommunalt samarbeid og rask iverksetting av de planlagte endringene. Noe som sammenfaller bra med mine forventninger. På den andre siden har også det institusjonelle perspektivet en grad av forklaringskraft ved at man raskt ble klar over at fastlegene manglet en god del utstyr og kompetanse. Fastlegene ble ikke satt i stand til og møte de nye kravene til reformen, noe legene gjorde klart overfor administrasjonen. Administrasjonen gjorde etter dette et forsøk på å gjøre nødvendige endringer. Disse funnene sammenfaller delvis med mine forventninger utledet fra det institusjonelle perspektivet. Fastlegene fikk noe utstyr og opplæring, men dette var ifølge fastlegene ikke tilstrekkelig for at de skulle kunne gjøre jobben sin på den måten som var forventet av dem.

«Lite samhandling, lite forebygging, ingen effekt på fastlegene»

Funnene mine angående utfallet av reformen sammenfaller godt med mine forventninger i lys av det ny-institusjonelle perspektivet. Før og gjennom reformen har to elementer blitt diskutert, og viktigheten av disse har blitt understreket. Samhandling og forebygging er to av de viktigste elementene i reformen. Det nasjonale, men også det lokale fokuset har vært stort på disse to elementene. Datafunnene mine derimot, støtter ikke dette. Flere informanter forteller om relativt dårlig samhandling mellom nivåene. En av rådmennene forteller at man føler seg som en *lillebror* i forhold til sykehusene. Sykehusene har all makten, mens kommunene og fastlegene må «ta imot» det som kommer. Det er ingen likevekt, ingen samhandling. Dette stemmer godt med de forventningene jeg hadde i lys av det ny-institusjonelle perspektivet - *frikopling*. Ingenting har skjedd, planleggingen og endringene har fått liten eller ingen effekt. Det samme er tilfellet angående forebygging, dette elementet har falt helt bort. Fastlegene «savner» dette fokuset i reformarbeidet.

De økonomiske prinsippene og insentivene har ført til at forebygging og folkehelse har kommet i «bakleksa». Det ble bestemt at mange av de forebyggende elementene skulle prioriteres når kommunene hadde kapasitet, fordi disse elementene ikke ble sett på som veldig prekære. Av de tre perspektivene stemmer dette funnet i størst grad med mine forventninger i lys av det ny-institusjonelle perspektivet. På den andre siden, nedprioriteringen av forebygging kan forklares ut fra et målrasjonelt perspektiv. Kommunene har begrensede ressurser, og må derfor gjøre det som er viktigst. Deretter kan man iverksette de tiltakene som er mindre prekære.

Til slutt, kanskje det viktigste elementet, fastlegene, har hatt en enormt viktig rolle i kommunehelsetjenesten. Reformen har i teorien vært et forsøk på og videre å forsterke denne

rollen ved å gi dem et større faglig ansvar. De er ment å være en premissleverandør og «krumtapp» i reformen. Datamaterialet og funnene mine derimot, viser ingen tegn på at dette har skjedd. De er gitt ansvaret, men lite har skjedd. Samtlige fastleger i studien forteller at de har gjort lite eller ingenting for å endre måten og arbeide på. En av fastlegene forteller for eksempel at han faglig sett ikke har endret dagen sin i det hele tatt. Fastlegene henviser på samme vis som før. Noen fastleger forteller at man kanskje er mer bevisst, men henviser på samme vis som før. Reformen har med andre ord hatt liten eller ingen effekt på fastlegene. Dette funnet understøttes til en viss grad av administrasjonen der man forteller at man er usikker på hvilken effekt reformen har hatt. I tillegg fortalte samtlige kommuneadministrasjoner at de ikke hadde gitt retningslinjer for hvordan legene skulle jobbe etter reformens inntreden. Samtidig har man f.eks. det samme «trykket» på henvisninger og utskrivningsklare pasienter som årene før. Dette funnet stemmer godt med mine forventninger ut fra det ny-institusjonelle perspektivet. Ledelsen har ikke fulgt opp *planene* sine, fastlegene har ikke endret dagen sin - den har ikke gitt noen effekt. Dette er ikke grunnet manglende endringsvillighet eller motstand. Det er heller grunnet manglende oppfølging og iverksetting fra ledelsens side. Fastlegene ble ikke satt i stand til å imøtekomme intensjonen med reformen verken ved *informasjon, ressurser* eller *opplæring*. Selv om fastlegene skulle forsøke å gjøre noe med tanke på reformen, har de ikke blitt satt i stand til å gjøre dette. Årsaken til dette kan være mange, men de økonomiske prioriteringene har blant annet hatt noe og si.

Oppsummering av utfallet

Utfallet av reformen til nå er relativt klart. Det er et klart skille mellom to meget viktige reformelementer. Det ene reformelementet, ivaretagelsen av de utskrivningsklare pasientene ble planlagt og iverksatt på en rask og god måte. Korttidsplassene ble høyt prioritert, det samme var tilfellet med ø-hjelpssengene. Det andre reformelementet, fastlegene, og deres «nye» rolle, har falt helt bort. Den ble nærmest ikke planlagt, og ikke iverksatt. Dette tyder på klare forskjeller i prioriteringer. Når det gjelder perspektivene, og forklaringskraft, viser det ikke alt like «klart».

Perspektivene forklarer forskjellige aspekter ved utfallet av reformen. Dog må det nevnes at det ny-institusjonelle perspektivet nok forklarer en del mer enn de to andre perspektivene i denne fasen av reformen. Det faktum at premissleverandøren har endret lite eller ingenting etter reformens inntog lar seg vanskelig forklare i lys av det rasjonelle perspektivet. Derimot kan det forklares i lys av det institusjonelle perspektivet da det kan oppfattes som *frastøting*. Dette er dog ikke treffende da grunnen til at reformens manglende effekt, ikke er mangel på

endringsvillighet, men heller mangel på *ressurser, informasjon, kompetanse* og *utstyr*. Noe kommuneledelsen skulle gjort noe med. Dette skjedde ikke i tilstrekkelig grad og dermed vil man kunne oppfatte denne delen av reformen som en *frikopling* mellom prat og praksis. Ledelsen har ikke fulgt opp de *planlagte* endringene med hensyn til fastlegene.

7.5 Oppsummering av planlegging, gjennomføring og utfall i lys av de tre perspektivene

I dette kapitlet har de viktigste funnene mine blitt belyst ved bruk av de tre perspektivene. Perspektivene utfyller hverandre i stor grad, og forklarer forskjellige aspekter ved reformen, og prosessen. Det er noen tendenser i datamaterialet som preger studien. Den store forskjellen mellom to viktige reformelementer skiller seg ut. Ivaretagelsen av de utskrivningsklare pasientene på den ene siden, og det manglende fokuset på fastlegenes rolle som avlaster for spesialisthelsetjenesten. Kort sagt, «vinkelen» en ser reformens *gjennomføring* og *utfall* på, bestemmer i hvilken grad reformen har blitt iverksatt. Fra den ene siden har man iverksatt reformen, korttidsplassene og ø-hjelpssengene er etablert. På den andre siden har ikke dette skjedd, fastlegene har ikke blitt inkludert eller blitt satt i stand til å ivareta sin «nye, utvidede» rolle som avlaster for spesialisthelsetjenesten.

I og med at perspektivene blir behandlet som komplementære, kan man oppsummere med at de økonomiske prioriteringene og etableringen av korttidsplasser og ø-hjelpssenger er preget av en *rask tilkopling*. Iverksettingen har vært rask og fungert bra. På den andre siden er fastlegenes «nye» rolle preget av *frikopling*, ledelsen følger ikke opp planleggingen, men fortsette å *prate* om fastlegenes viktige rolle.

Kapittel 8 - Avslutning

8.1 Innledning

I denne studien har *planleggingen, gjennomføringen og utfallet* av samhandlingsreformen blitt presentert. Presentasjonen gir innsikt i endringsfasene og hvordan kommunehelsetjenesten har fungert i reformprosessen. I dette kapittelet vil de mest sentrale funnene bli presentert, samt vil noen årsaker til den store forskjellen i prioriteringer av to meget viktige reformelementer bli diskutert. Fastlegenes «nye» utvidete avlasterolle for spesialisthelsetjenesten, og på den andre siden kommunens ivaretagelse av de utskrivningsklare pasientene. Til slutt vil det reflekteres over veien videre for kommunene, samt mulighetene for videre forskning.

8.2 Diskusjon

Funnene mine tyder på en meget klar forskjell mellom to viktige reformelementer. Fastlegene har blitt tilsidesatt i store deler av reformprosessen. Fokuset har nærmest blitt alene på de økonomiske prioriteringene og ivaretagelsen av de utskrivningsklare pasientene. Dette har ført til at fastlegene i liten grad har blitt satt i stand til å møte sin rolle som avlaster for spesialisthelsetjenesten.

Reformen

Samhandlingsreformen er en stor og ressurskrevende reform. Det kunne ikke forventes at alt skulle være klart første januar 2012, men det måtte derimot kunne forventes at planer skal ha blitt lagt. Staten har hatt mange år på å planlegge reformen, og fastlegenes rolle i denne. Man har satt fokus på rollen deres som forebygger, behandler og, avlaster for spesialisthelsetjenesten. Den kan derimot virke som om man mangler konkrete planer for hvordan dette skal skje. I alle fall på lokalt nivå. De planene som er lagt, og kravene som har blitt satt fra sentralt hold, har en *styrende* karakter. Det er opp til hver kommune og analysere og kartlegge hvilke behov *de* har. Hver kommune må bestemme hva de kan, og ikke kan iverksette. Kommunene har fått krav til lovverk de må overholde, men mye er opp til hvordan kommunene selv prioriterer innenfor disse rammene. Dette har ført til at kommunene i min

studie har prioritert etter det alltid like store elementet, økonomi. Det er en kjent sak at mange kommuner sliter med økonomien, de har budsjetter som må gå opp, og dermed prioritere det som koster minst, eller de tiltakene der man sparer mest. Dette kan være noe av grunnene til hvorfor *utfallet* av reformen har blitt som det har blitt. Som en av fastlege sa det;

«kommunenes prioriteringer går på økonomi, økonomi og økonomi».

Økonomien presser en allerede presset kommuneøkonomi. Valg må tas, og noen må ta disse valgene. Kommunepolitikerne som i utgangspunktet er ansvarlig for helsetjenestene i kommunen, delegerte all planlegging og arbeid med reformen til den administrative ledelsen. Politikerne har dermed frasagt seg noe av muligheten til å utforme reformen, utenom den lovpålagte vedtaksretten. Kommunen har gjennom reformen blitt gitt et langt større ansvar for forvaltningen av den største sektoren i velferdsstaten, Norge (Jenssen 2013). Valgene som ble gjort er allerede presentert empirikapitlene. Her vil mulige grunner for hvorfor disse valgene ble tatt bli diskutert.

Økonomi – en oppdragende effekt

Kommunene var raske med og inngå et interkommunalt forprosjekt som resulterte i et videre samarbeidsprosjekt. Dette la føringer for hvordan iverksettingen av reformen skulle planlegges. En tiltaksplan ble utviklet, i denne tiltaksplanen var blant annet korttidsplasser og ø-hjelpssenger viktige elementer. Datamaterialet går langt i å antyde at prioriteringene til samtlige kommuner har vært gjort på et økonomisk grunnlag. De økonomiske insentivene ved å etablere blant annet korttidsplasser hadde en sterkt «oppdragende effekt» på kommuneadministrasjonene og deres valg i planleggings- og gjennomføringsfasen. I tillegg ble utbedringen av den interkommunale legevakten, og etableringen av tre ø-hjelpssenger i Storbygd iverksatt raskt. Dette tyder på at administrasjonene har tatt ansvar og kontroll over planleggingen av reformen.

I *tiltaksplanen* sies det derimot lite om grep eller tiltak gjeldende fastlegene i seg selv. Tiltaksplanen er preget av enkle og klare planer der administrasjonen har klar styring over tiltakene.

Reformen øker det økonomiske presset på kommunene. Inngåelsen av et interkommunalt samarbeid er et tydelig tegn på økonomiske prioriteringer. Interkommunale samarbeid inngås ofte på bakgrunn av økonomiske og kompetansemessige årsaker (Jacobsen 2010). Disse prioriteringene kan dermed ses på som bevis på at det økonomiske presset har ført til *redsel* for og måtte sitte igjen med *regninga* etter reformen. Kommunene har dermed prioritert

deretter.

Sett fra et økonomisk perspektiv var de økonomiske prioriteringene mest rasjonelle da økonomi er viktig i kommunene, derimot, sett ut fra et målrasjonelt perspektiv der og imøtekomme intensjonene med reformen er viktigst, var ikke dette de rette prioriteringene. Dog, for ledelsen er det «enklere» å iverksette og styre kommunale sykehjem og infrastruktur. Det koster noe for kommunen og ikke å etablere korttidsplasser og iverksette lignende grep. Derimot koster det ikke kommunen like mye og **ikke** involvere fastlegene slik de var ment. Det er ingen økonomiske insentiver av en slik grad som «presser» administrasjonen til å øke fokuset på fastlegene og deres oppfyllelse av reformens intensjoner.

Fastlegenes manglende rolle

Det er derimot andre viktige aspekter ved fastlegene og deres rolle som gjør involveringen av dem meget viktig. De har rollen som avlaster for spesialisthelsetjenesten, det må dermed legges til rette for endring. Det er ikke grunnet endringsmotstand at reformen nærmest ikke har hatt effekt, det er grunnet manglende *informasjon, involvering, ressurser, kompetanse og infrastruktur*.

En fastlege fortalte at man ikke tenker på et økonomisk vis i sin praksis. Pasientene er noe mer enn økonomiske brikker og statistikker. Dette er spesielt synlig i kommunehelsetjenesten, da man har en nærhet til pasientene som er tydeligere enn f.eks. på sykehusene. Man kan ikke se på pasienten som en vare. Intensjonen med reformen er bra, men det økonomiske fokuset som har vokst frem, er derimot ikke det. Fastlegenes oppfatning av dette er kanskje noe ledelsen har erkjent, og dermed ført til at kommunen ikke valgte å legge føringer på arbeidet deres.

Fastlegene var klare over at reformen kom, men fastlegestaben var generelt lite informert om hvilken rolle de skulle få. Én ting var manglende *informasjon*, deretter kom utstyrs og kompetanseelementet i reformen. Fastlegene var ikke klar til å ta imot reformen på det viset det ble «reklamert» om. Datamaterialet forteller om fastlegenes frustrasjon og usikkerhet med tanke på egen praksis og rolle. Årsaken for denne «skjeve» utviklingen er flere, men de viktigste ser ut til å være økonomi og forskjellige styringslinjer i kommunestrukturen. Kommuneledelsen hadde ingen klare økonomiske insentiver for involvering og prioritering av fastlegene. Det kostet ikke kommunene noe å ikke prioritere dem. Økonomiske insentiver hadde de derimot angående korttidsplassene og ivaretagelsen av de utskrivningsklare pasientene. Dette ville kostet kommunene mye penger.

Administrasjonen har et autoritetsproblem

Det gikk relativt raskt og uproblematisk å etablere korttidsplassene i de respektive kommunene. De økonomiske insentivene ble ledelsens alibi for prioriteringene, mens fokuset på fastlegene forsvant. Det var mye enklere og prioritere ivaretagelsen av de utskrivningsklare pasienter, enn forebygging og tilrettelegging for at fastlegene skal kunne imøtekomme kravene til reformen. Det forventes at de skal gjøre en jobb, men lite eller ingenting fra ledelsens side blir gjort for at det skal skje. En viktig årsak til dette kan være de faktiske makt- og innflytelsesforhold mellom kommuneadministrasjonen og de ansatte. Rådmannen og helsesjefen har mye større autoritet overfor hjelpepleiere, sykepleiere og sykehjemsbestyrere enn de har overfor fastlegene.

Det er nærmest en kjent sak at leger er en tung faggruppe som er vanskelig og styre. Dette har mange årsaker. Og presse legene til å gjøre raske eller økonomiske vurderinger i sammenheng med pasienter er vanskelig. Slik som kommuneoverlegen i Øverbygd sier, hun er pasientrettet i sitt arbeid, ikke økonomisk orientert. Den faglige tyngden fastlegene arbeider på er vanskelig for administrasjonen og «overstyre», og dermed blir fastlegene vanskelige og styre. Noe samtlige rådmenn selv påpeker, da de forklarer at de ikke kan styre hvordan fastlegene skal legge opp, og strukturere arbeidet sitt.

På den andre siden er det enklere og styre det andre reformelementet, korttidsplassene og sykehjemmet. Her har rådmannen og administrasjonen både autoritet og større mulighet for styring. Gjennom økonomiske grep og klare styringslinjer kan man styre og lede hjelpepleiere, sykepleiere og sykehjemsbestyrere. Rådmannen og helsesjefen mangler denne autoriteten overfor fastlegene. Dermed kan dette belyse forskjellene mellom de to forskjellige prioriteringene i planleggingen.

Oppsummering og tanker om forbedringer

Det er med dette interessant og observere at i all planleggingen og gjennomføringen, så har man til dels har oversett én av de viktigste aktørene i denne reformen – fastlegene. De skal avlaste spesialisthelsetjenesten, det er da slående og observere hvor lite det er gjort fra statens side, men også lokalt for og konkretisere og implementere dette viktige elementet av reformen. Inntrykket er at de på et vis er overlatt til seg selv og sin rolle. Datamaterialet tyder på at fastlegene ikke har blitt satt i stand til og gjøre det de skal, samtidig har man på den andre siden etablert korttidsplasser i samtlige kommuner og opprettet felles ø-hjelpssenger. Dette

må endres om en skal kunne håpe på en vellykket reform. Fastlegene må settes i stand gjennom flere grep. Bedre *informasjon, kommunikasjon, kompetanse* og ikke minst *utstyr*. Reformen er helt avhengig av at premissleverandøren er med på å bære lasset. Det er jo tross alt, som Liv Signe Navarsete sa det, samhandlingsreformen er; «*den største kommunereformen i manns minne*» »(Aalborg 2009).

Avslutningsvis vil det gis noen forslag til grep myndighetene kan ta som sørger for at fastlegene blir satt i stand til og gjøre «sin del» av jobben. Disse punktene har dog ingen spesiell rekkefølge med hensyn til viktighet.

For det første, ett viktig element er konkret *informasjon* med tanke på den «nye» rollen til legene, dette er noe samtlige fastleger har etterspurt. Fastlegene var usikre på den «nye» rollen, og hva den konkret ville ha og si for dem. Bedre informasjon vil kunne sette dem i stand til å ta noe av ansvaret selv.

For det andre, myndighetene skulle gått mer aktivt inn i diskusjonen med hensyn til fastlegenes *kompetanse*. Det er ingen tvil om at man har mange kompetente fastleger, men noe av det arbeidet som kreves, f.eks. småkirurgi og ivaretagelsen av utskrivningsklare pasienter er en utfordring. Økt fokus på kompetansehevede opplæring vil dermed være viktig.

For det tredje, det er viktig at fastlegene blir satt i stand *utstyrsmessig*. I Storbygd f.eks., er politikerne bestemt på å beholde den gjeldende legekantorstrukturen. Dermed har man ikke tilstrekkelig utstyrsdekning. Kommunen har ikke økonomi til og dekke alle kontorene med det samme utstyret, dette er noe myndighetene i større grad skulle hatt fokus på.

For det fjerde, en klar og tydelig *inkludering* av fastlegene er meget viktig. Det har vært flere høringsrunder, men fastlegene føler dog, ingen eierskap til denne reformen. Det er en ledende tanke blant de intervjuede fastlegene at reformideen er god, men gjennomføringen er utfordrende, da de vet lite om sin egen rolle.

Til slutt, en klarere og *sterkere kommuneoverlege* er viktig. Det er allerede et fokus på kommuneoverlegen, men man kan ikke unngå å legge mer fokus på denne rollen.

Kommuneoverlegen har en meget viktig stilling mellom fastlegene på den ene siden, og kommunepolitikere og administrasjonen på den andre. Det er dermed viktig å ha en kommuneoverlege med tyngde og legitimitet i begge «leirer». Kommuneoverlegen må ha den faglige legitimiteten til å kommunisere og arbeide med fastlegene, samtidig som man har den administrative tyngden til og arbeide med den administrative og politiske ledelsen i kommunen. Dette er spesielt viktig i mindre kommuner, som det er mange av i Nord-Norge, der fastlegestabene ofte er små og fordi nærheten mellom nivåene er viktig.

8.3 Avsluttende kommentarer og funn

Noen av årsakene til de vidt forskjellige prioriteringene i reformprosessen har nå blitt diskutert. I de følgende avsnittene vil jeg presentere min oppfatning av til hvilken grad reformen har inntatt kommunen og kommunehelsetjenesten. I tillegg vil jeg presentere de mest vesentlige og viktige funnene som preger denne studien. Deretter vil jeg, helt til slutt, reflektere over veien videre for disse kommunene, samt mulighetene for videre forskning.

8.3.1 Hvilken grad har reformen blitt iverksatt?

I problemstillingen min søker jeg og få innsikt i hvor stor *grad reformens iverksettelse inntar den kommunale legetjenesten*. Ved hjelp av noen premisser jeg la i metodekapittelet, kan jeg forsøke å besvare dette. Reformen iverksettes i lys av datamaterialet mitt, til en *viss* grad. Jeg bruker *til en viss grad* grunnet store forskjeller i hva man har iverksatt og hva som ikke har blitt iverksatt. Det er spesielt to reformelementer som har vært fokus i denne avhandlingen, og som har blitt behandlet av kommunene på to vidt forskjellige måter. Disse to er, fastlegene og deres rolle som avlaster for spesialisthelsetjenesten, og på den andre siden ivaretakelsen av de utskrivningsklare pasientene. Ivaretakelsen av de utskrivningsklare pasientene har i stor grad hatt fokuset, mens fastlegene har i liten grad blitt involvert i verken planleggingen eller gjennomføringen. Det må da legges til, reformen og graden av iverksetting, er avhengig av fra hvilken «vinkel» en ser på kommunene. Ser man på ivaretakelsen av de utskrivningsklare pasientene, så har prosessen vært god og man har gjort en god jobb. Derimot, hvis man skulle se på fastlegene og deres «nye» rolle, så har reformen blitt iverksatt i liten grad, og hatt liten eller ingen effekt. Til nå er reformen, med tanke på ivaretakelsen av utskrivningsklare pasienter, en *realitet*, men med tanke på fastlegene, bare et *ideal*. I det følgende vil de tre viktigste funnene bli kortfattet presentert.

8.3.2 To viktige elementer – to forskjellige utfall

Samhandlingsreformen blir fra nesten samtlige hold i denne studien, holdt opp som en reform med gode intensjoner og et godt idégrunnlag, men muligens vanskelig å oppnå. Denne studien

har vist at for tre kommuner i en region i Nord-Norge, så har i alle fall ett viktig reformelement vært en utfordring. Fastlegenes rolle har ikke blitt slik som man så for seg, legene har ikke blitt satt tilstrekkelig i stand til å innta den «nye» rollen de var tiltenkt. Årsakene til dette er mange. Én årsak er manglende *involvering* i planleggingen og gjennomføringen, noe flere fastleger poengterte. Én annen årsak er manglende *kompetanse* og *utstyr*. Kommunene maktet ikke å sette fastlegene i stand til og møte intensjonene med reformen.

Kommunene inngikk et interkommunalt samarbeid som resulterte i en tiltaksplan. Her var fastlegene nevnt i liten grad. Fastlegene ble holdt utenfor planleggingen i lang tid.

Iverksettingen av reformen startet ved at fastlegene verken hadde alt nødvendig utstyr eller kompetanse. Dette førte til at reformen ikke har hatt verken faglig påvirkning, eller endret fastlegenes måte og arbeide på.

Fastlegene mangler *kompetansen* og *utstyret* som skal til for at man skal imøtekomme intensjonene med reformen.

Derimot, så planla og iverksatte kommunene planene sine med hensyn til f.eks. korttidsplasser og ø-hjelpssenger. Dette ble høyt prioritert da økonomien tilsa at dette var nødvendig. Tiltakene ble iverksatt og fungerte relativt raskt. De økonomiske prioriteringene preget reformprosessen, noe flere informanter poengterte. Både fastlegene og forebyggingselementet i reformen forsvant litt i fokuset på etableringen av blant annet, korttidsplassene. Samarbeidet mellom kommunene har fungert bra til nå, og er det mest hensiktsmessige for kommunene da samtlige har ressursmessige- og økonomiske utfordringer. At kommunene har samlet seg for og møte denne reformen er ifølge flere informanter mye bedre, enn om man skulle stått alene.

8.3.3 Delegering av ansvar – ansvarsfraskrivelse?

Et tredje, og viktig funn i denne avhandlingen har vært fraværet av kommunepolitikerne. De delegerte alt av faglig og praktisk arbeid til administrasjonen. Ordførerne deltok i diverse referansegrupper og samhandlingskonferanser, samt informerte de øvrige politikerne om reformen. Flere rådmenn stiller spørsmål ved politikernes fravær. En av rådmennene fortalte at samtlige kommunepolitikere, utenom ordføreren, virket fullstendig uinteressert i

reformarbeidet. De deltok verken i planleggingen eller gjennomføringen, noe som er interessant med tanke på at det er politikerne som er ansvarlig for den lokale helsetjenesten. I gjennomføringen av den største kommunereformen, i velferdsstaten Norges største sektor, så valgte kommunepolitikerne og delegere alt av planlegging og arbeid til administrasjonen. Dette er jo som en av rådmennene sa det, både positivt og negativt. Negativt ved at de melder seg helt ut, og fraskriver seg ansvar for utviklingen av det lokale helsevesenet. På den andre siden er det positivt ved at politikerne kjenner sine begrensninger og velger dermed å delegere arbeidet og iverksettingen til «de som kan det».

8.4 Veien videre

Storbygd kommune er viktig i denne regionen. De er vertskommune for samarbeidsprosjektet, samt er sykehuset, ø-hjelpssengene og legevakten lokalisert her. Legekontorstrukturen vil kunne bli avgjørende for det endelige utfallet av reformen i kommunen. Storbygd har ikke ressursene, eller økonomi til å vedlikeholde fire-fem legekontor med alt av utstyr og personell. Flere informanter uttrykte nødvendigheten av å samle kontorene til ett distriktsmedisinsk senter. Det vil kunne løse en del problemer, både økonomisk, kompetansemessig, og ikke minst med hensyn til å imøtekomme reformens intensjoner. Dette er derimot opp til politikerne, som virker å ha en annen plan framfor og imøtekomme og oppnå reformens intensjoner. En samling av kontorene ville hjulpet med og få ut potensialet til fastlegestaben i kommunen.

De andre kommunene derimot, er avhengig av at Storbygd drar «lasset». Kanskje er det en annen mulighet og samle kommunene til én helsekommune, som en fastlege foreslo. Dette kunne forenklet gjennomføringen av reformen. Både styringen av reformen, men også arbeidet til fastlegene ville blitt enklere om en hadde samlet fastlegene i én helsekommune.

8.5 Videre forskning

Funnene mine tyder på at alt ikke har fungert, fastlegene har ikke blitt satt i stand til å gjøre jobben sin etter planen. Derimot er det «lenge» igjen av reformprosessen, og mye kan endre seg med tiden. Fastlegene er ikke ene og alene ansvarlig for kommunehelsetjenesten, det er

flere andre viktige grupper og elementer i kommunehelsetjenesten.

Dermed ville jeg i et større forskningsprosjekt tatt for meg *hele* kommunehelsetjenesten. Selv om fastlegene er viktige, så handler reformen om hele helsetjenesten. Det er derfor viktig å få innsikt i hele prosessen. Funnene mine tyder på at fastlegene til nå har blitt lite berørt, andre elementer av helsetjenesten derimot, kan ha blitt berørt i større grad. Rus og psykiatri kan for eksempel ha fått et stort løft i denne prosessen, det samme kan hjemmetjenesten og lignende støttefunksjoner. Det er viktig å huske at kommunehelsetjenesten og samhandlingsreformen handler om så mye mer enn bare fastlegene og utskrivningsklare pasienter.

I tillegg ville jeg i større grad tatt for meg kommunepolitikernes fravær i denne prosessen. Dette har bare delvis blitt behandlet i denne avhandlingen. Det ville vært interessant og se på effekten av denne mangelen på politisk ledelse. Dette er som Jenssen(2013) skriver, et *demokratisk sort hull*. Jeg ville diskutert om mangelen av deres involvering har hatt mye og si for prioriteringene i planleggingen. Slik som mangelen på inkludering av fastlegene, mens de økonomiske elementene tok overhånd. Ville det ha blitt annerledes hvis kommunepolitikerne var mer involvert? Dette er et interessant spørsmål, og ville vært interessant og besvare.

Avhandlingen har vist at planleggingen og gjennomføringen av samhandlingsreformen i tre nordnorske kommuner har vært, og er, en utfordrende prosess. Mye har fungert etter planen, mens andre elementer ikke har det. Dog må det sies at reformen har en lengre innfasingsperiode, og håpet er at man skal kunne oppfylle intensjonene med reformen innen da. Dette er man avhengig av, for, per nå, fungerer ikke premissleverandørene slik de skal.

Til slutt, så vil jeg bruke et sitat fra Stortingsmelding nr. 10(2012-2013), som jeg synes oppsummerer funnene mine og reformarbeidet bra; *«I mange kommuner er ikke arbeidet som utføres av fastlegene... godt nok samordnet med kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester. Det har ført til manglende eierskap til planer og tiltak fordi slike tjenesteytere ikke naturlig trekkes inn i kommunenes planarbeid.»*(St.melding nr. 10.2012-2013:59).

Litteratur

Litteraturreferanser:

- Aase, Tor Halfdan og Erik Fossåskaret (2007). *Skapte Virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo:Universitetsforlaget AS
- Brunsson, Nils ((1989)2002). *The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations*. 2.utg. Oslo:Abstrakt Forlag
- Christensen, Tom og Per Læg Reid (2002). *Reformer og Lederskap. Omstilling i Den utøvende Makt*. 2.utg. Oslo:Universitetsforlaget.
- Christensen, T. m.fl. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. 2.utg. Oslo:Universitetsforlaget.
- Egeberg, M. (1989): «Mot instrumentelle modeller I statsvitenskapen?» I Egeberg, M. (red.): *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling*. Oslo: Tano forlag.
- George, Alexander L. og Andrew Bennett (2005). *Case Studies an Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Jacobsen, Dag I. og Jan Thorsvik (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3.utg. Bergen:Fagbokforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar(2010). «EVALUERING AV INTERKOMMUNALT SAMARBEID ETTER KOMMUNELOVENS § 27 – OMFANG, ORGANISERING OG VIRKEMÅTE» i <http://www.regjeringen.no/pages/16279954/rapport.pdf - 08.05.13>.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2011). *Organisasjonsendringer og Endringsledelse*. Bergen:Fagbokforlaget.
- Jenssen, Synnøve (2013). «DØR KUA MENS GRESSET GROR? Politikernes rolle i helsesamhandling» i *Nytt Norsk Tidsskrift*.2013-2 (210-214). Oslo:Universitetsforlaget.
- Johnson, Øyvind (2008). *Hvordan gjøre et universitet til en merkevare? Bakgrunn, prosess og utfall for arbeidet med en identitetsplattform ved NTNU i Trondheim*. Tromsø: Universitet I Tromsø, Institutt for statsvitenskap. Masteroppgave.
- Meyer, John W. og Brian Rowan (1977). «Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony». *American Journal of Sociolog*. 83(2):340-363.
- Powell, Walter W. og Paul J. DiMaggio, red. (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ringdal, Kristen (2009). *Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2.utg. Bergen:Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne (1998). *Moderne Organisasjoner – Trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne (2007). *Trender og Translasjoner – Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Scott, W. Richard og Gerald F. Davis (2007). *Organizations and Organizing – Rational, Natural, and Open System Perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education Inc.

Selznick, P. (1957). *Leadership In Administration*. New York: Harper and Row

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen – rett behandling- på rett sted – til rett tid*. Helse- og Omsorgsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 10 (2012-2013): *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thagaard, Tove (2009). *Systematikk og Innlevelse. En Innføring I Kvalitativ Metode*. 3.utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Østerud, Øyvind m.fl. ((1997) 2007). *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Internettreferanser:

Aalborg, Berit Strøyer(2009). «Enorme omveltninger for kommunene». *Nationen, nettutgave*. Artikkel. <http://www.nationen.no/politikk/article4658692.ece>. (Lesedato 02.05.2013).

«Epikrise». *Store Norske Leksikon, nettutgave*. http://snl.no/.sml_artikkel/epikrise (Lesedato 18.04.2013).

«Fastlegeordningen». *Helse- og omsorgsdepartementet, nettutgave*. http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/fastlegeordningen.html?id=115301. (Lesedato 03.10.2012).

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. *Helse- og omsorgsdepartementet, pdf*. http://www.regjeringen.no/pages/38018415/forskrift_fastlegeordning_290812.pdf (Lesedato 03.10.2012).

Helse og Omsorgsdepartementet(2011). «Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak». *Regjeringen, pdf*. Nasjonal Veileder. <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/Nasjonal-Veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>. (Lesedato 29.04.2013).

«Leukocytter». *Store Norske Leksikon, nettutgave*. <http://snl.no/leukocytter-> (Lesedato 14.05.2013).

Mundal, Anne(2011). «Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten – Vekst i antall leger». *Samfunnsspeilet, nettutgave*. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/vekst-i-antall-leger>. (Lesedato 28.09.2012).

«Samhandlingsreformen – hva skjer nå?(2012). NAV, *nettutgave*. <http://www.nav.no/Helse/Hjelpemidler/NAV+Hjelpemiddelsentral/NAV+Hjelpemiddelsentral+Hordaland/Samhandlingsreformen+-+hva+skjer+n%C3%A5%3F299785.cms>. (Lesedato 04.10.2012).

«Spirometri». *Store Norske Leksikon, nettutgave*. <http://snl.no/spirometri> – (Lesedato 14.05.2013).

Strøm-Erichsen, Anne-Grete(2011). «Samhandling – sammen for et friskere Norge». *Brosjyre, nettutgave*. http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20SAM/samhandling_brosjyre.pdf. (Lesedato 01.10.2012).

Vedlegg:

Vedlegg I

E-post til rådmann/helsesjef

Hei

Jeg jobber med masteroppgaven min der jeg skriver om samhandlingsreformen og fastlegenes rolle i den.

Spørsmålet jeg vil ha svar på i oppgaven min er følgende: "I hvor stor grad er samhandlingsreformen med på å utvikle fastlegenes rolle som "gatekeepere" til spesialisthelsetjenesten, og i hvor stor grad blir dette bare et ideal, eller om det kan bli en realitet".

Fokuset mitt blir "endringsledelse", altså hvilken effekt reformen får på det daglige arbeidet til fastlegene. Noe av det jeg blant annet vil finne ut av ved hjelp av deg, er din kunnskap om samhandlingsreformen, hvordan du som(stilling) har satt deg inn i reformen, hvilke tiltak dere har satt i gang overfor fastlegene, og i hvilken grad, og på hvilket tidspunkt i planleggingen involverte dere fastlegene i prosessen? Og hvordan kommunen generelt har planlagt, gjennomført reformen? I tillegg til hva resultatet av reformen har blitt til nå.

Jeg hadde satt stor pris på om jeg kunne låne ca 30 minutter av dagen din til å stille noen spørsmål angående dette temaet? Hvis positiv respons på denne e-posten håper jeg det er greit at jeg ringer for avtaling av møte?

Med håp om positiv respons.

Vennlig hilsen

Matias Hana

E-post til fastlegene

Hei

Jeg jobber med masteroppgaven min der jeg skriver om samhandlingsreformen og fastlegenes rolle i den.

Spørsmålet jeg vil ha svar på i oppgaven min er følgende: "I hvor stor grad er samhandlingsreformen med på å utvikle fastlegenes rolle som "gatekeepere" til spesialisthelsetjenesten, og i hvor stor grad blir dette bare et ideal, eller om det kan bli en realitet".

Fokuset mitt blir "endringsledelse", altså hvilken effekt reformen får på det daglige arbeidet til fastlegene. Noe av det jeg blant annet vil finne ut av ved hjelp av deg, er din kunnskap om samhandlingsreformen, hvordan du som(stilling) har satt deg inn i reformen? Hvordan har reformen inntatt din hverdag? Har noe endret seg, eller jobber du som før? Hva mener du om reformen?

Jeg hadde satt stor pris på om jeg kunne låne ca 30 minutter av dagen din til å stille noen spørsmål angående dette temaet? Hvis positiv respons på denne e-posten håper jeg det er greit at jeg ringer for avtaling av møte?

Med håp om positiv respons.

Vennlig hilsen

Matias Hana

Vedlegg II

Intervjuguide:

Spørsmål til fastlegene:

1. Hvilke **forventninger/tanker** har/hadde man om reformen?
 - a. Hva slags tanker har man om hvordan den vil påvirke det **daglige virket**?
 - b. Hvordan **føles det** når reformen nå har blitt satt i gang?
 - c. Har du endret dine **måter å arbeide på**? Har du personlig gjort deg klar for reformen? I så fall, hva har du gjort, grep etc.?
 - d. Har **reformen levd opp** til det du trodde den skulle gjøre?

2. Føler man at det har skjedd en **endring**, eller fortsetter man som før?

3. Hvordan har **informasjonen** om reformen vært?
 - a. Har man fått noen retningslinjer for hva som skal skje og hvordan det skal gjøres?
 - b. Har ledelsen tatt ansvar og fortalt hva og hvordan ting skal skje?
 - c. Føler man at man har blitt **tatt med på laget**, tatt med i diskusjonen i utformingen og implementeringen av reformen?

4. Har reformen endret dagen din så langt?
 - a. Har reformen **endret ditt syn** på fastlegeordningen og dens innhold? (fastlegene får mer ansvar etc.)

5. Vet man hva som **forventes** av dem?
 - a. Er det noen som forteller hva de må gjøre?
 - b. Blir man "styrt" på noen måter?
 - c. Hva mener du som lege skal til for at dere skal bli i stand til å ta over litt av feltet til spesialisthelsetjenesten?
 - d. **Kompetansespørsmålet**, mener du at legene i dag besitter den kompetansen som er tilstrekkelig for at reformen skal vær vellykket fra dere side?

Spørsmål til rådmenn og/eller helse- og omsorgssjefer:

1. Har man gjort et valg ved og ikke å inkludere fastlegene?
 - a. Hvor mye har man lagt vekt på «selvstyre» fra fastlegenes side? – har man tenkt at legene klarer seg på egenhånd?
 - b. I den lokale utviklingen av reformen, føler du at fastlegene i begynnelsen ble «glemt»?

- c. Har dere gjort noe for å legge til rette for fastlegene, når reformen skal/har bli(tt) innført? I så fall, hva har blitt gjort?
 - d. Har man tatt noen grep som åpner opp for at legene skal kunne samarbeide enklere og raskere, eller, er dette opp til hver enkelt fastlege?
 - e. Lar dere fastlegene styre implementeringen av reformen selv, eller har dere gitt dem retningslinjer og regler de må følge?
2. Hvordan har dere tatt imot reformen, generelt? Gikk dere aktivt inn fra starten av? Planleggingsgrupper, etc..?
- a. Nå har reformen vært i implementeringsfasen i noen måneder, har man begynt å se noen forandringer, spesielt hos fastlegene? Eller virker alt til å fungere som før?
3. Hvordan forventer dere at dere skal få fastlegene til å rette seg etter den nye reformen? Planen er jo at kommunehelsetjenesten i større grad skal ta over deler av spesialisthelsetjenestens område.
- a. Hva mener dere i ledelsen skal til for at fastlegene skal ta over deler av spesialisthelsetjenestens område(banehalvdel)?
 - b. Hva har blitt gjort for å legge til rette for at dette skal skje?
4. Blir det gjort *faktiske* grep for at fastlegene skal endre på henvisningshyppigheten sin? I så fall, hvilke? Bllir det gitt retningslinjer og beskjeder fra øvre hold?
- a. Er det kommuneoverlegen som “passer” på at ting blir gjort? Eller blir det opp til fastlegene selv å ta det ansvaret? Hvilken rolle har kommunen tillagt kommuneoverlegen?
 - b. Har dere inngått nye avtaler med fastlegene (privat <-> ansatt)? Er Rammeavtalen mellom fastlegene og kommunen justert for å møte den nye reformen? Vil det være enklere for “dere” at fastlegene er ansatt i kommunene enn at de er privatansatte? I forhold til kontroll og styring(?)
5. Har reformen tatt den formen dere ønsket den skulle ta i forhold til denne profesjonsgruppa (fastlegene)?
- a. Har dere hatt informasjonsmøte med legene, en introduksjon til legene angående reformen og veien framover?
 - b. Hvis ikke, har dere møter i kommunen angående framgangen i reformen?

