

Kan kombinasjonsstillinger bidra til å løse samhandlingsreformens utfordringer?

*- En studie av et likeverdig samhandlingsprosjekt
mellom Kristiansand kommune
og Sørlandet sykehus helseforetak*

RAGNHILD E. BENDIKSEN

MASTEROPPGAVE

Kan kombinasjonsstillinger bidra til å løse samhandlingsreformens utfordringer?

*- En studie av et likeverdig samhandlingsprosjekt
mellom Kristiansand kommune og Sørlandet helseforetak*

Av

Ragnhild E. Bendiksen

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Veileder: Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder

27. mai, 2010

SAMMENDRAG	8
FORORD	7
1.0 INNLEDNING	9
1.1 Problemavgrensing og problemstilling	11
1.2 Kort beskrivelse av prosjektet	12
1.3 Eget faglig perspektiv og referanseramme	13
1.4 Å forske på eget fagfelt	15
1.5 Oppsummert presentasjon av mål og resultater i forprosjektet	16
1.6 Avgrensning	19
1.7 Tidligere forskning	21
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	22
2.1 Innledning	22
2.2 Det instrumentelle perspektivet	23
2.2.1 Introduksjon	23
2.2.2 Hovedtrekk ved det instrumentelle perspektiv	23
2.3 Det institusjonelle perspektiv	27
2.3.1 Introduksjon	27
2.3.2 Kulturperspektivet	28
2.3.3 Myteperspektivet	30
2.3.3.1 <i>Hva er en myte?</i>	30
2.3.3.2 <i>Myters innhold</i>	31
2.3.3.3 <i>Forholdet mellom de ulike oppskrifter</i>	31
2.3.3.4 <i>Fra ide til praksis</i>	31
2.4 Helsetjenestenes organisering – et hett tema i dagens mediedebatt	33
2.5 Fakta om Sørlandet sykehus HF (SSHF)	34
2.6 Fakta om Helse og sosialsektoren i Kristiansand kommune	35
2.7 Hva er fellesnevnerne for SSHF og Kristiansand kommune?	37
2.7.1 Demografisk endringer og rekrutteringsutfordringer i framtiden	37
2.7.2 Leon-prinsippet dominerer	38
2.7.3 New Public management	39
2.7.4 ”The Whole-of-Government - WOG”	40
2.8 Ulikheter mellom helseforetak og helse- og sosialsektoren	43
2.8.1 Politisk demokratisk styring vs. egne Helseforetaksstyrer	43
2.8.2 Spesialisering vs. helhetsfokus	43

2.8.3	Ulike (elektroniske) system og prosedyrer	44
2.8.4	Ulike ledelsesnivå og begrepsforskjeller	44
2.9	Begrepsavklaringer	45
2.9.1	Gjensidige kombinasjonsstillinger mellom SSHF og HS-sektoren	45
2.9.2	Ledelse	45
2.9.3	Samarbeid	46
2.9.4	Tverretattlig samhandling og samarbeid	48
3.0	METODE OG GJENNOMFØRING	49
3.1	Metode	49
3.1.1	Fordeler med forskning på egen organisasjon	50
3.1.2	Ulemper og utfordringer med forskning på egen organisasjon	50
3.2	Datainnsamling	51
3.2.1	Gruppeintervju/evalueringsgrupper i teori og praksis	52
3.2.2	Individuelle intervju i teori og praksis	53
3.2.3	Refleksjon knyttet til gjennomføring av samtaler/intervjuer	54
3.2.4	Deltagende observasjon	55
3.3	Utvalg	55
3.3.1	Utvalg av deltakende enheter (ledere) til pilotprosjektet	55
3.3.2	Utvalg av respondenter med lignende erfaringer	57
3.4	Evalueringskriterier og evalueringsdesign	57
3.5	Kvalitetsvurderinger av forskningsprosessen	58
3.5.1	Forskningens hensikt	58
3.5.2	Fordeler og ulemper med oppdragsforskning som utgangspunkt for studiet	59
3.5.3	Hvordan tolke resultatet av oppdragsforskning?	60
3.5.2	Validitet og reliabilitet	62
4.	RESULTAT OG ANALYSE	65
4.1	Innledning	65
4.2	Muligheter ved kombinasjonsstillinger mellom 1. og 2. linjetjenesten	67
4.2.1	Gjensidig kompetansedeling	67
4.2.2	Bedre samhandling og lavere terskel for å ta kontakt på tvers	67
4.2.3	Bedre helhetlige tjenester	68
4.2.4	Stor grad av konsensus mellom tjenestenivåene og rolle	69
4.3	Begrensninger ved kombinasjonsstillinger mellom 1. og 2. linjetjenesten	69
4.3.1	Vanskelig å få søkere til kombinasjonsstillingene fra sykehuset	69
4.3.2	Implementering av kombinasjonsstillinger - <i>i lys av et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv</i>	70
4.3.3	Implementering av kombinasjonsstillinger - <i>i et myteperspektiv</i>	71
4.3.4	Manglende likeverd mellom forvaltningsnivåene?	73
4.3.5	Manglende forankring av samarbeidsavtalen?	76
4.3.6	Hierarkisk vs. flat organisasjonsstruktur	77
4.3.7	Lederens betydning	78
4.3.8	Koordinering og samhandling koster – mer enn det smaker?	79
5.	AVSLUTNING OG OPPSUMMERING	80
5.1	Oppsummering av studien	80
5.2	Tilbake til problemstilling; konklusjon	81

6.	VEIEN VIDERE	83
6.1	Implementering av (midlertidige) kombinasjonsstillinger	83
6.2	Hva nå – hva blir framtiden?	84
	LITTERATUR	85
	VEDLEGG	93
	Vedlegg 1: Prosjektdirektiv forprosjekt (4 sider) (1 av 4 s.)	94
	Vedlegg 2: Evalueringsspørsmål til ansatte og ledere i pilotprosjektet	98
	Vedlegg 4: Vedtatt samarbeidsavtale om kombinasjonsstillinger (3 sider)	101

På sporet

Vi er på sporet

Etter en ny og bedre virkelighet

Som skal finnes ikke så langt herfra

Den ligger forhåpentligvis

I nærheten av

Det hjertet forstår

Kate Ness

Forord

Etter 10 års ”permisjon” fra masterstudiet, tok jeg høsten 2009 igjen fatt og bestemte meg for å skrive masteroppgaven og fullføre studiet. Problemet med den lange pausen har vært at all teori enten var glemt, ikke relevant, eller utgått på dato. All litteratur måttet dermed tilegnes på nytt. De som oppfant ordtakene at *kunnskapen er ikke tung å bære*, har ikke kjent på min ryggsekk! Det har blitt lest og forflyttet kilovis med litteratur det siste halve året.

Arbeidet med masteroppgaven har jeg gjort kombinert med full jobb og fire barn fra 3 til 15 år. Det har til tider vært i overkant krevende. Alt jeg har tilegnet meg av kunnskap omkring samhandling mellom kommune og helseforetak har imidlertid vært meget nyttig både for min nåværende jobb og som påtroppende kommunalsjef for helse og omsorg i Vennesla kommune. All fordyping i litteratur og refleksjoner rundt utfordringer med samhandling har gitt meg verdifull innsikt.

Min kjære mann, Geir, fortjener en stor takk for all tilrettelegging og oppmuntring i denne prosessen. Det har vært helt avgjørende for at jeg skulle klare å fullføre oppgaven! Tusen takk!

Mine barn Hilja, Håvard, Frida og Mads fortjener også en kjempestor takk! De har ofte måttet utsette sine behov, og vente på at jeg skulle bli ferdig med lesing/skriving før vi kunne gjøre noe morsomt.

En stor takk fortjener også alle mine kollegaer og prosjektdeltakere som har støttet meg underveis, og Laila Hamar for ubetalelig god hjelp både teknisk og med korrektur.

Sist men ikke minst vil jeg takke min veileder, Dag-Olaf Torjesen, for tålmodighet, fleksibilitet og optimisme. Tusen takk for inspirasjon og alle nyttige innspill og kommentarer underveis og i siste innspurt.

Ragnhild Elisabeth Bendiksen

26. Mai, 2010

Sammendrag

Problemstilling:

Hvilke muligheter og begrensninger gir gjensidige kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus HF for bedre samhandling?

- Bidrar kombinasjonsstillinger til gjensidig kompetanseoverføring?

Bakgrunn:

Bakgrunnen for studiet er et samhandlingsprosjekt mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus HF. Det er testet ut kombinasjonsstillinger i turnus hvor de ansatte arbeidet 50 % begge steder i ½ år, med arbeid 6. hver helg hvert sted. Arbeidsplanene ble tilrettelagt og samkjørt mellom to arbeidsgivere for hver kombinasjonsstilling.

Hensikt:

Øke kunnskap om hvorvidt gjensidige kombinasjonsstillinger er et egnet tiltak for å oppnå et bedre samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten, og dermed bidra til et bedre koordinert og helhetlig pasientforløp.

Teoretisk forankring:

Studiet har et organisasjonsteoretisk utgangspunkt med særlig vekt på offentlig sektor. Til grunn for analysen vil det i hovedsak bygges på det instrumentelle og de institusjonelle perspektiv omhandlet i bl.a Christensen, Lægred, Roness og Røvik (2004).

Metode:

Opgaven er basert på en *kvalitativ studie* gjennom overnevnte samhandlingsprosjekt. Datainnsamlingen bygger på gruppeevalueringer av pilotprosjektet, individuelle intervjuer av ansatte i Kristiansand kommune som har erfaringer fra å jobbe både på sykehus og i kommunen utenom prosjektperioden, samt praktiske erfaringer ervervet gjennom utprøving av kombinasjonsstillinger i pilotprosjektet. Som supplement til dette har det benyttet feltnotater fra egne deltagende observasjoner og refleksjoner i kraft av å ha vært prosjektleder. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av fenomenologisk tilnærming.

Resultat:

Gjensidige kombinasjonsstillinger er positivt for samhandlingen mellom de involverte avdelinger i Kristiansand kommune og Sørlandet Sykehus HF og bidrar til økt kompetanse, forståelse og respekt for hverandres arbeidsfelt. Samtidig byr ordningen på mange praktiske juridiske og organisatoriske utfordringer, og kan derfor oppleves krevende administrativt.

Konklusjon:

Gjensidige kombinasjonsstillinger mellom sykehus og kommune er et framtidsrettet og nyttig tiltak som kan bidra til bedre samarbeid og kompetanse på tvers av nivåer, og dermed gi brukerne/pasientene mer helhetlige tjenester. Koordinering av ordningen er en utfordring.

Nøkkelord: *Samhandling, samarbeid, instrumentell, institusjonell, kultur, koordinering, offentlig sektor, helse og omsorgstjenester, helseforetak, helhetlig pasientforløp.*

1.0 INNLEDNING

De fleste kommuner og sykehus har nedfelt verdier og visjoner for sin virksomhet. De aller fleste har en ”formålsparagraf” hvor essensen er at organisasjonen *er til for brukerne/pasientene*. ”**Brukeren i fokus**” og ”**Pasienten først**” klinger godt, og gir assosiasjoner til at *den viktigste motivasjonen for å utvikle/styrke samarbeid* og samhandling på tvers av nivåene er at det skal hjelpe den som trenger helsetjenester.

Hva vil dette si i praksis? Er pasienten i fokus når en tenker samhandling mellom sykehusets og kommunens sykepleiere? Hvordan kan dette samarbeidet foregå best? Det finnes ingen enkle svar på disse spørsmål, men en klar viktig forutsetning for samhandling er at en rekke ulike samarbeidsformer må på plass, tilpasset behovet innen de ulike fagområder.

Behovet for bedre samhandling mellom tjenestenivåene

Utvikling av bedre samarbeid mellom forvaltningsnivåene har vært et sentralt tema i flere tiår og er framhevet innenfor nærmest alle styringsdokumenter fra Helsedirektoratet og Helse og omsorgsdepartementet. Styringsdokumentene utfordrer kommunene og sykehusene (1. og 2. linjetjenesten) til å kvalitetssikre samarbeidet og finne nye og mer hensiktsmessige samarbeidsformer. Det siste i rekken er Stortingsmelding 47(2008-2009) – *Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid* som legger sterke føringer for en vridning av ressurser og oppgaver fra sykehus til kommunene. Vi snakker her om en omfattende reform av helsevesenet i Norge, som ble behandlet og innstilt i Stortinget 27.april i år (2010). Det gjenstår mye enda før økonomimodellen og detaljene i reformen er på plass, men slik planene ligger skal endringene gjennomføres fra 2012. Dette vil påvirke hele helsevesenets oppbygning, struktur (og rokke ved dyp kulturarv), og vil kreve ytterligere fokus på tverrfaglig samarbeid.

Kommunens nedslagsfelt er svært omfattende. Det er ikke bare i forhold til syke og hjelpetrengende eldre at kommunene må organisere og levere forskriftsmessige tjenester. Psykiatriske pasienter, utviklingshemmede, rusmiddelmissbrukere, og nye grupper utskrevne sykehuspasienter har krav på kommunal pleie og omsorg. Det enorme omfang av oppgaver som kommunen skal håndtere, bidrar til å presse fram nye løsninger for et tettere samarbeid med Helseforetakene.

I Nasjonal helseplan (2007-2010, punkt 6.3.4) vises det til at det er en rekke steder i landet er inngått samhandlingsavtaler mellom kommuner og foretak og at det er etablert systematiske samhandlingsmønstre overfor enkelte pasientgrupper. Videre sies det at: ”*Utviklingstiltak for bedre samhandling må være forankret i en overordnet organisatorisk struktur for å sikre nødvendige rammebetingelser og ledelsesmessig forankring*” (ibid, s.277).

I St. melding nr. 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening*, Omsorgsmeldingen (kap. 9.4 - ”*Bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene*”) heter det bl.a:

Regjeringen ønsker at pasientene/brukerne skal oppleve trygghet og kvalitet i overgangen mellom nivåene i helsetjenesten. Erfaringer viser at sykehjemsbeboere ikke nødvendigvis bør legges inn på sykehus ved akutt sykdom eller i den terminale fasen.....Dette fordrer systematisk og løpende samarbeid, som omfatter gjensidig kompetanseoverføring, ambulante team, veiledning og etablering av felles prosedyrer.

En rekke andre sentrale dokumenter utdyper den samme målsetting, blant annet:

- Nasjonale mål- og hovedprioriteringer og tilskudd for 2008.
- Nou 2005:3 Fra stykkevis til helt – En sammenhengende helsetjeneste.
- Opptrappingsplan for psykisk helse.

Det foreligger med andre ord en rekke gode målsettinger og intensjoner om å bedre samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten til brukerens/pasientenes beste. Og partene er enige om at dette er viktig. Imidlertid viser Helsetilsynets rapporter at ***manglende samhandling og koordinering*** av helsetjenestene er en av de største utfordringer i dagens helsevesen, noe som har vært påpekt gjennom flere år. Dersom samhandlingen mellom tjenestenivåene er dårlig, fører dette til dårligere helsetjenester og mindre effektivitet. Brukeren blir skadelidende. Utfordringen er størst for de som har mer eller mindre kontinuerlig behov for helsetjenester; personer med kronisk sykdom som ofte vil ha behov for spesialisthelsetjenester mens den regelmessige oppfølgingen utføres av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten (1.linjetjenesten). De mest sårbare fasene er inn- og utskrivning mellom forvaltningsnivå (Statens helsetilsyn, 2008:16).

1.1 **Problemavgrensning og problemstilling**

Helse – og sosialsektoren i Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus Helseforetak (SSHF) har i flere år jobbet sammen i et ”Overordnet Strategisk Samarbeidsforum” (OSS) for å utarbeide felles strategier for bedre samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten (kommune og sykehus). Våren 2008 startet de opp et samarbeidsprosjekt kalt: ”Samhandling, rekruttering/felles ansettelser mellom Kristiansand kommune og SSHF” og dette prosjektet danner både grunnlag for oppgavens problemstilling og empiri. Prosjektets delmål, tiltak og organisering vil jeg komme tilbake til, men bakgrunnen for samhandlingsprosjektet har vært nettopp de overnevnte utfordringene i dagens helsevesen som *manglende samhandling og koordinering*, og behovet for *bedre systematisk og løpende samarbeid og gjensidig kompetanseoverføring* mellom tjenestenivåene (Stortingsmelding 25).

Følgende problemstilling er valg for å belyse studien her:

Hvilke muligheter og begrensninger gir gjensidige kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus HF for bedre samhandling?

Med underspørsmål:

Bidrar kombinasjonsstillinger til gjensidig kompetanseoverføring?

Datainnsamlingen bygger på erfaringer knyttet til følgende delmål fra prosjektdirektivet:

”.. Ansatte med en slik kombinasjonsansettelse vil bidra til utvikling av bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og tilføre økt kompetanseoverføring i begge nivå. Ikke bare fagkompetanse, men også systemkompetanse og organisasjonsforståelse fra begge nivå.”



(Jfr. Prosjektdirektivet, vedlegg 1, side 2)

1.2 Kort beskrivelse av prosjektet

Hovedtiltaket i prosjektet har vært å tilrettelegge for, samt gjennomføre et *pilotprosjekt* hvor det ble utlyst og ansatt sykepleiere i kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus HF. Kravet til søkerne var at de allerede var fast ansatte i mellom 50-100 % stilling, enten i Kristiansand kommune eller ved SSHF. Totalt ble det ansatt syv sykepleiere i kombinasjonsstillinger i prosjektperioden, og alle har jobbet turnus/skiftarbeid i 50 % stilling på hvert sted, samt 6. hver helg begge steder i en periode på ½ -1år.

I utgangspunktet var det ingen ledige stillinger, men både Kristiansand kommune og Sørlandet Sykehus HF store arbeidsplasser hvor det til enhver tid er vakante stillinger eller lengre sykefravær. Dermed ble det forutsatt at en ville klare å "sy sammen" en 50% kombinasjonsstilling til minst to sykepleiere i hvert tjenestenivå. Stillingene ble kun utlyst internt, etter vedtak i styringsgruppen.

Søknadsteksten ved 2. gangs utlysning:



Det er inngått et framtidig samarbeidsprosjekt mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus. Målet er å teste ut mulige samarbeidsformer for å få til felles ansettelse mellom sykehuset og kommunen. Dette prosjektet har nasjonal interesse, og har fått økonomisk støtte fra Helsedirektoratet. Den overordnede målsetningen er at tettere samarbeide skal komme pasientene til gode. Ved at ansatte får økt innsikt og kunnskap fra både kommunal og sykehusdrift, tror vi at også kommunikasjonen og samarbeidet mellom nivåene bli lettere. En annen viktig målsetningen er å gi ansatte mulighet for større stilling, ved å jobbe begge steder. Erfaringene vi høster fra pilotprosjektet vil gi viktige innspill for Helseministeren i arbeidet med den store Samhandlingsreformen.

Har DU lyst til å påvirke framtidens sykepleierstillinger? Nå har du muligheten!

80-100% stilling kombinert i SSHF og Kristiansand kommune (prosjekt)

Hvorfor jobbe både på sykehus og i kommunen?

- Du får en unik mulighet til å **utvide din kunnskap og kompetanse**, ikke bare på fag, men også på system og organisasjonsnivå (ulikheter mellom sykehus og kommunal organisasjon).
- Du får innflytelse, og vil bli en nyttig bidragsyter til prosjektgruppens anbefalinger til Helsedirektoratet
- Du vil få god oppfølging, opplæring, **ekstra lønn** og **attest på at du har deltatt** i prosjektet "Felles ansettelse mellom SSHF og Kommunen"

Hvem er du?

- **Du er sykepleier.** (Hjelpepleiere og midlertidig ansatte kan komme i betraktning)
- Du er engasjert, liker faglig variasjon, løsningsfokusert og setter pasienten/brukeren i fokus!
- Du ønsker å bidra med dine erfaringer inn i prosjektet,
- Du har mulighet for å tiltre i prosjektperioden (August-09 til februar-10)

NB! Prosjektstillingenes varighet er ½ år

Mulige enheter i Kristiansand kommune:

- **Sykehjem eller hjemmesykepleie, område Randesund/Tveit, Lund, Sentrum eller Vågsbygd**
- Det må fremgå av søknaden om det er sykehjem eller hjemmesykepleie som ønskes, og eventuelt i hvilket område
- Arbeidet er fast, ~~to-delt~~ turnus

Mulige enheter på sykehuset:

- **Medisinske fagområder:**
- **Med 2A (geriatri,nyre hematologi, 2C hjerte, 1E infeksjon, 1D lunge, 1C Nevrologi/slag**
- **Kirurgiske fagområder :**
- **Kir 3A (gastro/ØNH), Kir 4A (urologi, kar/thorax), 3C Ortopedi**
- Det må fremgå av søknaden hvilke enheter som ønskes
- Arbeider tredelt turnus og benytter ~~fleksiturnus~~

Søknad sendes pr post eller mail innen 2. juni 2009 til:
Helse og sosialdirektøren, v/Ragnhild Bendiksen, Serviceboks 417, 4604 Kristiansand,
Mail: ragnhild.bendiksen@kristiansand.kommune.no
Spørsmål: Kontakt prosjektleder Ragnhild Bendiksen: tlf.47 62 29 96 eller prosjektmedarbeider SSHF, Nina Føreland,tlf. 98 84 79 74

Søkerne ble bedt om å prioritere ønsket avdeling i motsatt tjenestenivå. På bakgrunn av ønsker ble arbeidsgivere kontaktet av prosjektledelsen, og spurt om de kunne klare å tilrettelegge for en 50 % sykepleierstilling i ½ - 1 år. Det ble en god del administrative utfordringer i denne prosessen. Det var blant annet svært vanskelig å skaffe motiverte interne søkere til kombinert stilling, spesielt fra sykehuset. Det viste seg også å være utfordrende for arbeidsgivere å tilrettelegge for 50 % stilling. Dette viste seg spesielt i Kristiansand kommune ved små enheter, kombinert med lite ledige vakter i turnusen, og lav sykepleierdekning. Det å fastsette/lage turnus (arbeidsplan) i samarbeid med en annen arbeidsgiver i et annet forvaltningsnivå, ble imidlertid mindre problematisk enn forventet.

De to arbeidsplanene som lå i stillingen, lignet til sammen en ordinær 100% stilling hos bare *en arbeidsgiver*. Dette for å gi de ansatte i kombinasjon en mest mulig "normal" arbeidstid, dvs. ikke jobbe doble skift eller jobbe mer enn halvparten av søndager osv. Arbeidsmiljølovens bestemmelser ble tilnærmet lagt til grunn i utarbeidelse av arbeidsplan/turnus, selv om dette ikke er et krav når det er to ulike arbeidsgivere. Et viktig hensyn i utarbeidelsen av arbeidsplaner var at kombinasjonsstillingen skulle oppleves minst mulig belastende. Å jobbe innenfor to ulike forvaltningsnivå er utfordrende i seg selv. Hvis den ansatte måtte streve med doble vakter og flere helger enn normalt, kunne kombinasjonsstillinger oppleves mindre attraktive.

Høsten 2009 fikk vi ny økonomisk støtte fra *Helse og omsorgsdepartementet* til å videreføre implementering av gjensidige kombinasjonsstillinger, samt å lage en plan for systematisk kompetanseutveksling i ordinær drift. Denne støtten ga oss mulighet til å bedre kvalitetssikre overgangen fra prosjekt til drift, som er en kritisk fase. Videreføring og implementering av prosjektet fortsetter fram til september 2010, men delområdet som omfatter *tilrettelegging for implementering av kombinasjonsstillinger* ble avsluttet i mars 2010 (jfr. nytt prosjektdirektiv, vedlegg 3).

1.3 Eget faglig perspektiv og referanseramme

For å forklare mitt utgangspunkt for valg av tema for denne studien, kan det være relevant å beskrive min bakgrunn. Jeg er utdannet vernepleier, har videreutdanning i offentlig politikk og ledelse og har jobbet i flere nivå av helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune i 14 år. Etter mange år med turnusarbeid, har jeg jobbet som både avdelingsleder og enhetsleder.

Denne bakgrunnen har gitt meg god kunnskap og erfaring med kommunale helsetjenester på flere nivåer. I direkte møte med brukere av helsetjenestene, og som leder innen helsesektoren, har jeg fått innblikk i flere eksempler på hva godt samarbeid mellom tjenestenivåene kan føre til for enkeltindividet. Men jeg kjenner også mange enkeltmennesker som gir uttrykk for frustrasjon over dårlig samhandling og kommunikasjon på tvers av nivåene og sektorer i helsevesenet. Enkelte faktorer går igjen i disse erfaringene; ingen tar det helhetlige ansvaret for den enkeltes *reise gjennom helsevesenet* og det er vanskelig å navigere mellom de mange forskjellige behandlingstilbudene. Dette på grunn av ulike profesjoner og personell, og på grunn av de ulike tjenestenivå. Spørsmål som går igjen er:

Hvorfor kommuniserer ikke helsepersonell bedre sammen?

Erfaringene tyder på at pasientene selv må ta ansvar for å forklare sin sykdomshistorie om igjen og om igjen, for hvert nytt helsepersonell han/hun møter. Dette medfører ekstra belastninger på toppen av sykdommen. Tjenestene oppleves ofte som oppstykket og fragmentert, med mange profesjoner og personell i bildet. Det later til at yrkesgruppene samarbeider dårlig på tvers av fagfelt og tjenestenivå. En pasients beskrivelse av sitt møte med helsevesenet er ganske betegnende:

”Da jeg ble syk, tenkte jeg at dette kom til å bli som en ”pakketur” gjennom sykehuset og systemet, hvor alt var planlagt ned til minste detalj til jeg ble frisk igjen. I stedet ble det en ”backpacker-tur”, hvor jeg selv hele tiden måtte sørge for at ting ble gjort” (sitert hos Sagafoss, 2008:3).

Ved gjentatte anledninger som leder i kommunen erfarte jeg at mangel på samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten førte til dårligere kvalitet på tjenestene til brukerne. Både ledere og ansatte (respondentene) gav uttrykk for at de hadde for lite kunnskap om hverandres virkelighet, arbeidssituasjon og rammebetingelser, og heller ingen naturlige møteplasser å samhandle på. Mangel på kunnskap og forståelse for andre tjenestenivå kan dessuten gi grobunn for ansvarsfraskrivelse og konflikt mellom tjenestenivåene, noe som igjen gir uheldige konsekvenser for brukeren.

Min motivasjon for denne studien er et ønske om å se nærmere på mulighetene for bedre samhandling, og hvorvidt *kombinasjonsstillinger*¹ kan være et nyttig tiltak for å bedre

¹ Kombinasjonsstillinger betyr her å jobbe deltid på sykehuset og deltid i kommunen samtidig

kommunikasjon mellom tjenestenivåene, slik at brukeren/pasienten i neste omgang vil oppleve et mer helhetlig tjenestetilbud. Reisen gjennom helsevesenet i Norge bør ikke oppleves som en ”backpacker-tur”.

Både *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (2009) og *Lov om Helsepersonell* (2001) stiller store krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Arbeidet skal utøves faglig forsvarlig og i tillegg gi ”omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Lov om helsepersonell, 2001:15). I kommentarene til loven påpekes det at utgangspunktet for all helsehjelp er at den skal være begrunnet i hensynet til pasientens beste. For pasienter/brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester (”svingdørspasienter”) er det i tillegg lovfestet krav til *individuell plan*, hvor alle offentlige aktører som gir helsetjenester til pasienten/brukeren *skal* samarbeide. Når det er pasientens individuelle behov for helsehjelp som skal være styrende for hvilken helsetjeneste som skal gis, vil det ofte tilsi at det er flere fagpersoner, på tvers av tjenestested og nivå, som må jobbe sammen for å gi et helhetlig tilbud i tråd med faglig forsvarlighet og pasientens behov. Loven understreker at i slike tilfeller skal helsepersonell samarbeide (ibid: 17). Samhandling er med andre ord ikke valgfritt, men pålagt ved lov.

1.4 Å forske på eget fagfelt

Den metodiske tilnærming til studien er grundig belyst i kapittel 3. Jeg vil likevel innledningsvis gi en kort redegjørelse for den fremgangsmåten jeg har benyttet, samt refleksjoner rundt fordeler og ulemper med å forske på eget fagfelt.

Utfordringen jeg har møtt er det å kombinere nærhet, åpenhet og samtidig uavhengighet i ulike faser av prosjektet. Dette skjæringspunktet er beskrevet i flere teoretiske framstillinger om kvalitativ forskning og feltforskning, blant annet i flere artikler i: Johnsen, H.C.G, I: Halvorsen og Repstad (red)(2009), Nielsen & Repstad (2004), Kalleberg (1998), Gullestad (1991) m.fl.

Lolland & Lolland (1995) oppmuntrer kvalitativt orienterte forskere til å starte der man er, og bruke allerede eksisterende engasjement i forskningsøyemed. Fordelene med dette er at man da allerede har adgang, data og en etablert rolle. Denne innfallsvinkelen til forskningsfeltet

inspirerte meg, og jeg valgte derfor å ta utgangspunkt i det samhandlingsprosjektprosjektet jeg har ledet og samlet inn data fra i en periode over halvannet år.

Det er mange fordeler med å ha nær kjennskap til miljøet en skal forske på. Marianne Gullestad (1991) etterlyser et mer nøkternt og avslappet forhold til studier av egen kultur. Begrensningene er vanligvis tillagt størst vekt. Fordeler som kjennskap til miljøet, motivasjon, engasjement, utholdenhet, solidaritet, lojalitet og sympati har vært kritisert av flere, blant annet Nielsen og Repstad (2004). De poengterer utfordringer knyttet til at forskeren er en del av samme kultur og har nær relasjon til aktørene. Samtidig sier Paulgaard at: *”Uansett om man arbeider innenfor kjente eller ukjente omgivelser, vil forskerens personlige forutsetninger ha betydning for hva en får tilgang til, og hvilke problemer en møter”* (Paulgaard, 1997:75). Det er med andre ord ikke realistisk å tro at den rendyrkede forskerrollen eksisterer. Den som gjør feltarbeid i et annet samfunn må streve med å komme inn i kulturen, mens den som gjør feltarbeid på eget samfunn må streve for å komme ut av sin egen hjemmeblindhet (Gullestad, 1991). I følge Paulgaard (1997) er ikke denne blindheten nødvendigvis uhelbredelig. Det at en gjør observasjoner underveis, får kommentarer eller spørsmål fra kollegaer, ser på ulike teoretiske modeller og perspektiver, og ikke minst er bevisst og reflektert rundt egen forskerrolle, kan være på å skape den nødvendige distanse. Denne balansegangen mellom nærhet og distanse vil jeg komme tilbake til i kapittel 3 hvor de ulike elementer metode og gjennomføring blir belyst.

1.5 Oppsummert presentasjon av mål og resultater i forprosjektet

Prosjektdirektivet for samhandlingsprosjektet som danner grunnlag for min datainnsamling og analyse hadde tittelen *”Forprosjekt: samhandling, rekruttering og fellesansettelse”*, med arbeidstittel: *Kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand kommune v/ Helse- og sosialsektoren og Sørlandet sykehus Helseforetak, 2009*. Det overordnede målet har vært å få til gjensidig samhandling på tjenestenivå for å kunne gi bedre og mer helhetlige helsetjenester til befolkningen. Satsningsområdet har videre vært på fagområder med stor grad av inn- og utskrivninger, det vil si særlig fokus på avdelinger som gir tjenester til kronisk syke (også kalt ”svingdørspasientene”).

Målsettingen med tiltaket/pilotprosjekt har vært å kartlegge muligheter og barrierer med å jobbe i begge forvaltningsnivå samtidig for å se om det er formålstjenelig og hensiktsmessig (- og mulig) å etablere kombinasjonsstillinger som en fast ordning mellom forvaltningsnivåene. Ønsket effekt av kombinasjonsstillinger har fra oppdragsgivers side vært følgende:

1. Oppnå høyere andel av heltidsstillinger totalt ved en slik kombinasjonsansettelse.
Ansatte jobber totalt 100 % (50/50)
2. Ansatte med en slik kombinasjonsansettelse vil kunne bidra til utvikling av bedre samarbeid
3. Ansatte har mulighet til å følge pasienten i større deler av pasientforløpet mellom nivåene.
4. Overføringsfasene kan bli mindre sårbare for pasienten
5. Økt fag- og systemkompetanse i begge nivåer/kompetanseoverføring.
6. Skape attraktive stillinger i regionen/sikre rekruttering
7. Økt jobbtilfredshet

(Utdrag fra prosjektdirektivet for forprosjektet, vedlegg 1 s.2-3)

NB! Ikke alle disse målsettingene har vært fokus i dette studiet, jfr. avgrensninger i neste kapittel.

I prosjektperioden var det totalt syv tilsetninger i midlertidige kombinasjonsstillinger, fire av disse jobbet kombinasjon i 6 måneder og er avsluttet og evaluert. De siste tre ble tilsatt i mars 2010 og skal jobbe ett år i kombinasjonsstilling, tilknyttet den nye samarbeidsavtalen. Dette beskrives nærmere i kapittel 4.

Prosjektarbeidet har vært et ”nybrottsarbeid” som har vært krevende, lærerikt og meget engasjerende. Forlengelsen av prosjektperioden har vært positiv også for egen del, da det har gitt meg et større erfaringsgrunnlag og et bredere datamateriale for studiet. Jeg har fundert mye på hva som skal til for å få fagfolkene til å samhandle på en slik måte at pasientene opplever å være i sentrum. Hva kjennetegner en ”pakketur” med sømløse overganger? Hvordan sørge for at samhandling og logistikk foregår mest mulig knirkefritt rundt brukeren? Hvordan kan brukerens medbestemmelse bli en realitet? Dette er viktige spørsmål som jeg ikke vil finne svaret på i denne studien, men som kan være brukbare som rettesnor for å holde oppe et brukerperspektiv, samt fokus på hvorfor det er viktig å forbedre samhandlingen. Det

er også viktig å se nærmere på hva som påvirker grad av samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Erfaringene fra prosjektet har vist at både instrumentelle forhold (struktur/hierarki, organisering og ledelse), institusjonelle forhold som kultur (interne normer, holdninger, det som "sitter i veggene") og myter (anerkjente oppskrifter som benyttes som (tids)riktige) i organisasjonene danner muligheter og begrensinger for samarbeidet, og påvirker hverandre gjensidig. Dermed må alle disse forholdene ses i sammenheng, i lys av at de sammen påvirker og hvilket resultat en oppnår ved små eller store endringer i organisasjonene.

Jeg vil i kapittel 4 presentere og analysere datamaterialet fra prosjektarbeidet (med gjensidig tilrettelagte kombinasjonsstillinger), supplert med egne observasjoner og informasjon fra sykepleiere som jobber i "selvvalgte" kombinasjonsstillinger. Målet er å belyse hvilke samhandlingseffekt tiltaket har gitt og hvilke effekter en kan oppnå ved vellykket implementering og i større omfang. Oppsummert er erfaringer fra prosjektarbeidet en kompleks vei fra mål til resultat hvor vi har kartlagt mange muligheter og mange barrierer. Noen var forventet, andre mer overraskende. Dette gir igjen grunnlag for å stille en rekke nye spørsmål og drøfte nye problemstillinger ut fra flere ulike innfallsvinkler, perspektiver og teorier.

Etter endt prosjektperiode kunne vi vise til positive resultater fra testpilotene i kombinasjonsstilling. Anbefalingene fra en samlet prosjektgruppe var at ordningen burde videreføres. Samtidig erfarte vi mange *kulturelle og strukturelle utfordringer* i prosessen, som ble viktig å ta hensyn til i det videre arbeidet for å lykkes med ordningen også i framtiden. Evalueringen fra prosjektgruppen understreket blant annet viktigheten av en sterk forankring i ledelsen hos begge parter, og et *koordinerende mellomledd* (strukturelle forutsetninger) for å lykkes med implementeringen. Styringsgruppen ved direktørene i Kristiansand kommune og SSHF konkluderte med å implementere tilbudet om midlertidig kombinasjonsstilling til en fast gjensidig samarbeidsavtale i ordinær drift. Kulturelle utfordringer har vist seg i blant annet mangel på felles forståelse omkring behovet for likeverdige og gjensidige kombinasjonsstillinger.

Vi etablerte samhandlingsavtaler som regulerer og forankrer ordningen i toppledelsen i begge forvaltningsnivå. Det å etablere en gjensidig avtale for å oppnå tettere samarbeid mellom forvaltningsnivåene er et utstrakt virkemiddel mellom sykehus og kommuner i Norge. Samtlige

helseforetak har i dag samarbeidsavtaler med nærmest alle kommuner. Utfordringen ligger i hvordan disse samarbeidsavtalene implementeres og følges opp etter prosjektets slutt. Det er en kjent utfordring med prosjekter at det at de er på siden av driften lett fører til at de blir nedprioritert i konkurransen med daglig drift og knappe ressurser. Drift er det som tar fokus og engasjerer ledere mest i det daglige. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 4 og 5.

1.6 Avgrensning

Erfaringer fra prosjektarbeidet har bekreftet en kompleks vei fra mål til resultat, hvor vi har kartlagt mange muligheter og mange barrierer. Noen var forventet, andre mer overraskende. Dette gir igjen grunnlag for å stille en rekke spennende spørsmål og drøfte nye problemstillinger ut fra flere ulike innfallsvinkler, perspektiver og teorier. Jeg har sett på en rekke spennende tilnærminger/perspektiver til å drøfte problemstillingen. Eksempelvis kan jeg nevne: *et læringsperspektiv, et pasientperspektiv, et kommunikasjonsperspektiv, et organisasjonsperspektiv, et kulturperspektiv, et systemperspektiv, et økonomiperspektiv, et fag/profesjonsperspektiv, et ledelsesperspektiv m.fl.* Dette tilsier at jeg har vært nødt å ta noen valg og velge bort mange spennende perspektiver for å avgrense diskusjonen.

Med utgangspunkt i at dette studiet er et ledd i min mastergrad innen offentlig politikk og ledelse har jeg bevist valgt å unnlate et fag og profesjonsperspektiv. Det tenker jeg passer bedre inn under master i helsefag. Dog har mange av resultatene omhandlet sykepleiernes faglige utbytte av samhandlingen, så dette kunne også vært et interessant studie. Ledelsesteori har jeg heller ikke valgt å fokusere på da det ikke oppleves sentralt ut fra problemstillingen. Dermed er det mange interessante teoretiske aspekter jeg har utelatt.

Jeg har derimot valgt å studere muligheter og begrensninger av samhandlingstiltaket med kombinasjonsstillinger sett fra et overordnet nivå, da det er initiert av øverste ledelse i Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus Helseforetak. Jeg har valgt å analysere datamaterialet ut fra et *instrumentelt* perspektiv (hierarki og forhandling) og et *institusjonelt perspektiv* (kultur og myte) knyttet opp mot samhandling. Dimensjonen likeverd og gjensidighet vil også bli drøftet da all forskning rundt samhandlingstiltak mellom 1. og 2. linjetjenesten underbygger og understreker at *likeverd i samhandlingen* er en forutsetning for å oppnå bedre helhetlige helsetjenester.

Samhandling og kommunikasjon internt i helseforetak og internt i kommunen er også meget viktig for å lykkes med bedre og koordinerte helsetjenester. Denne problematikken vil jeg likevel ikke belyse i dette studiet, da jeg blir nødt å avgrense oppgaven. Det har ikke vært undersøkt hvorvidt samhandlingen via kombinasjonsstillinger *faktisk* bidrar til bedre helsetjenester, og dermed ikke grunnlag for å drøfte om tiltaket har gitt den ønskede effekten for brukerne/pasientene. Noen erfaringer og eksempler vil likevel bli trukket fram gjennom kombinasjonsansattes tilbakemeldinger om møte med pasienten/brukeren i både 1. og 2. linjetjenesten som indirekte kan være nyttig i diskusjonen om det er grunn til å tro at samhandlingstiltaket bidrar til bedre samhandling og helhetlige helsetjenester.

Det er mange forhold som påvirker mulighetene for å lykkes eller mislykkes med tverretatlig samarbeide. Rammefaktorer som tid og fysiske forhold blir ikke berørt i oppgaven. Økonomi og finansieringssystemene i Kristiansand kommune og ved Sørlandet sykehus helseforetak er kompliserte, viktige områder, men er valgt bort for å avgrense diskusjonen.

Det innsamlede datamaterialet fra pilotprosjektet vil også avgrenses til å hovedsaklig omfatte følgende delmålene fra prosjektdirektivet:

1. *Ansatte med kombinasjonsansettelse vil kunne bidra til utvikling av bedre samarbeid*
2. *Kombinasjonsansatte vil bidra til økt fag- og systemkompetanse i begge nivåer/kompetanse overføring begge veier.*

Drøftingen vil fokusere på å belyse de ulike erfaringer og tilbakemeldinger knyttet til problemstillingen og se på muligheter og utfordringer knyttet til dette tverretatlige samarbeidse gjennom gjensidige kombinasjonsstillinger.

Målet med studien er å få større innsikt i hvilke faktorer som er med på å skape muligheter og hvilke faktorer som gir begrensninger for samarbeidet med kombinasjonsstillinger mellom 1. og 2. linjetjenesten ved hjelp av en flerperspektivistisk metode. Jeg har ikke til hensikt å forsøke å "knekke koden" til tverretatlig samarbeid generelt, men ønsker med dette å gi et bidrag til forskning rundt gjensidige samhandlingstiltak mellom helsetjenestene.

1.7 Tidligere forskning

Offentlig sektor og helsesektoren er i konstant endring, og dette er et område som har vært forsket mye på de siste tiårene. Rokkansenteret og Polis har publisert mange interessante studier, blant annet gjennom ATM- Skriftserie (2008) som i hovedsak omhandler omstilling og ledelse i norske helseforetak. Det finnes også mange forskningsprosjekter, masteroppgaver og artikler som omhandler samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten i Norge, hvor målsettingen om se på hva som hindrer eller fremmer helhetstenkning på tvers av forvaltningsnivå. Herunder er det også gjort flere evalueringsstudier knyttet til kompetanseutveksling i form av hospiteringsordninger. Det mest relevante av lignende likeverdige samhandlingstiltak er sammenfattet av i en rapport av Agenda Utredning og Utvikling som sammenfatter ulike FOU-prosjekter under tittelen ”Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten” på oppdrag fra KS i 2007.

Prosjektevalueringer eller forskning knyttet opp mot *gjensidig kombinasjonsstillinger* mellom 1. og 2. linjetjenesten har jeg derimot ikke funnet noe forskning på. Så langt jeg kjenner til er det ikke gjort tilsvarende studier i Norge. Dermed har det ikke lyktes å finne litteratur som dekker nøyaktig samme fokusområde.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Innledning

Offentlige organisasjoner er komplekse størrelser som befinner seg i et kontinuerlig samspill mellom politiske og administrative føringer og beslutninger. Når vi i tillegg her studerer samhandling *mellom* to store offentlige organisasjoner som også representerer ulike forvaltningsnivå, vil bildet være komplekst og sammensatt av en rekke aspekter som kan tolkes på ulike måter. Det vil derfor være nødvendig å legge ulike perspektiver til grunn for å analysere forhold knyttet til organisasjonene, og funnene fra vårt samhandlingsprosjekt. Hvilke perspektiver man benytter for å analysere organisatoriske forhold vil ha betydning for hva man ser og hvordan man tolker elementer i organisasjoner, ledelse og samhandling og hva man vektlegger som sentralt ved innføring av noe nytt. En flerperspektivistisk analyse vil kunne gi en større helhetsforståelse av empirien som søkes belyst i dette studiet.

For å tolke funnene og erfaringene med kombinasjonsstillinger, hvor formål er å bedre samhandlingen mellom Kristiansand kommune og Sørlandet Sykehus HF, har jeg valgt å ta utgangspunkt i det instrumentelle og institusjonelle perspektiver slik det er beskrevet hos Christensen, Lægreid, Roness og Røvik (2004) og supplerende organisasjonsteori. I det følgende vil jeg trekke frem hovedtrekk innen disse perspektivene som kan være med å belyse erfaringer og funn som er framkommet gjennom samhandlingsprosjektet.

I og med at studien er empirisk orientert, ser jeg det som mest hensiktsmessig å la perspektivene utfylle hverandre heller enn å se på dem som konkurrerende størrelser. En utfyllende strategi tar sikte på å forstå og forklare mest mulig av det som skjer, heller enn å utprøve teorier for å finne den som er beste egnet (Roness, 1997:102) Jeg vil i det følgende belyse det instrumentelle og institusjonelle perspektiv.

2.2 Det instrumentelle perspektivet

2.2.1 Introduksjon

Det instrumentelle perspektiv omfatter en rekke teoretiske tilnærminger. Byråkratiteorien (Weber 1947) vektlegger spesialisering og arbeidsdeling mellom de ansatte, avgjørelser skjer etter formelle lover og regler, autoritet er knyttet til formell posisjon og dokumentasjon av vedtak gjennom skriftlig og arkivert referat (Østerud, 1996). Ut fra et instrumentelt syn vil styring kunne skje på to måter. Dels ved utforming av organisasjonsstrukturen og forholdet til omgivelsene og dels ved formålsrasjonelle handlinger innenfor disse rammene (Christensen, Læg Reid, Roness, Røvik, 2004). Med dette utgangspunktet deler Christensen (et al) perspektivet inn i to retninger, nemlig en hierarkisk variant (utforming av organisasjonsstrukturen) og en forhandlingsvariant (formålsrasjonelle handlinger). Mens den førstnevnte ser på organisasjonsendringer som viljestyrte avgjørelser, som avspeiler mål og forventninger hos enkelte aktører, og da som regel ledelsen, ser forhandlingsvarianten organisasjonsendringer som et produkt av kjøpslåing og forhandlinger mellom flere aktører som handler ut fra egeninteresse (Roness 1997:63,70). Ut fra denne innfallsvinkelen er målstyring sentralt ². I organisasjoner finner vi en rekke ulike mål av forskjellig type (Bolman og Deal, 2004). Det kan være multimål, tilpasningsmål, utviklingsmål, driftsmål, parademål, skjulte mål og personlig mål (Busch og Vanebo, 2003).

2.2.2 Hovedtrekk ved det instrumentelle perspektiv

Tankegangen om at organisasjoner er *verktøy for å nå mål*, kan hevdes å være selve grunnsteinen i den instrumentelle teori. Videre er en mål/middeltankegang særlig dominerende. Det er mange toneangivende tradisjoner innen organisasjonsteori som ser på organisasjoner som instrumenter. Av samfunnsvitenskaplige tenkere bør nevnes Max Weber som gjennom sine analyser av *byråkrati* som organisasjonsform har hatt stor innflytelse på organisasjonsteorien og Henry Mintzberg (1984) med sin fem kjente organisasjonsmodeller, og skille mellom maskinelt og profesjonelt byråkrati. Samtidig ble det i Amerika utviklet et

² *Målstyring* er et begrep som bygger på et instrumentelt rasjonalitetsbegrep hvor siktemålet er å utvikle presise mål som atferden kan evalueres i forhold til (Eriksen, 1999)

vitenskapelig syn på ledelse av produksjonsorganisasjoner, spesielt gjennom arbeidet til F. Taylor. Han er kjent som opphavet til "Scientific Management"-tradisjonen, som også ofte blir kalt *taylorismen*, og som i stor grad handler om å finne effektive organisasjonsformer og spesialiserte arbeidsteknikker. I mellomkrigstiden har det vært gjort flere forsøk på å utvikle et sett av generelle administrasjonsprinsipper, heriblant av den L. Gulick, som har studert utformingen av offentlige organisasjoner i USA ("Scientific Administration"). Som svar på disse bidragene utviklet H. Simon (med venner) en teori om *administrativ beslutningsatferd*. Simon var tvilende til realismen i forutsetningene som Taylor og Gulick la til grunn, men la samtidig vekt på at medlemmene i en organisasjon prøver å handle *formålsrasjonelt* og at organisasjonsstrukturen har stor betydning for hva de i realiteten gjør eller kan gjøre (Christensen et al, 2004:31).

Alle disse forklaringene tar utgangspunkt i at organisasjoner er instrumenter, og er dominert av mål/middeltankegang. Handlingsvalg blir da sett på som et resultat av bevisste og målrettede valg mellom ulike alternativ, og beslutninger blir gjort på grunnlag av konsekvenslogikk (March og Olsen 1995). En slik logikk er dominert av en sterk tro på at handlingsvalg som organisasjoner foretar, og resultatet av handlingen er i samsvar med det de ønsker. Simon (1976) modifiserte det klassiske rasjonalitetssynet ved å innføre begrepet "begrenset rasjonalitet".

Det *rasjonelt-instrumentelle perspektiv* hevder at rasjonalitet først og fremst ligger i organisasjonen, og ikke hos det enkelte organisasjonsmedlem (Egeberg 1984). Ut fra denne tankegangen vil en forvente at organisasjonsstrukturen fremmer rasjonalitet ved å kontrollere og kanalisere organisasjonsatferd gjennom formalisering (Scott, 1998). Iverksetting av offentlige reformer tar utgangspunkt i en slik konsekvenslogikk, og et rasjonelt perspektiv preger dokumenter og reformer som er innført. Ut fra dette perspektivet vil målene for reformer nås dersom aktørene handler i samsvar med reformene.

Når det gjelder organisasjonsstruktur vil hovedfokuset i det videre være knyttet til *byråkratisk organisasjonsform* som kjennetegnes av hierarki, arbeidsdeling og rutiner. Dernest vil jeg skissere hvordan strukturelle trekk ved organisasjoner (som for eksempel Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune) kan påvirke organisasjonen og hva som kan påvirke hvordan organisasjonsmedlemmene tenker og handler. Forekomst av flere underenheter og arbeidsdeling peker også i retning av et syn på organisasjoner som heterogene, med

koalisjoner med ulike mål eller interesser og ulike ressurser for å utføre oppgavene (Christensen et al 2004:31).

På grunn av aktører i det instrumentelle perspektivet blir sett på som begrenset rasjonelle kan imidlertid den valgte løsningen være basert på satisfiering (*tilfredsstillende*), og ikke hva som rasjonelt sett ville ha maksimert måloppnåelsen. Dette fordi aktørene bare har kognitiv kapasitet til å "se" et begrenset antall mulige løsninger og effekter knyttet til disse (Simon 1997:77). Det vil dermed skje en *utvelgelse* når det kommer til organisasjonens problemdefinering, løsningsdefinering og konsekvensfokusering (Egeberg, 1989a:20). Den formelle normative struktur i organisasjoner spiller således en avgjørende rolle når det kommer til å kanalisere denne utvelgelsen av beslutningspremisser; strukturen guider individene i organisasjonen til de problemene og løsningsforslagene som skal vies systematisk oppmerksomhet, og hvilke som skal overses (Simon, 1997).

Sammenhengen mellom det som kalles formell normativ struktur (FNS) og faktisk atferd står dermed særlig sentralt i instrumentell teori. *FNS* refererer til forventningen om et stabilt system som knytter seg til rolleinnhaverne/ aktørene i en organisasjon. I dette ligger at forventningene som knytter seg til aktørene er upersonlige; de eksisterer uavhengig av de personer som til enhver tid arbeider i organisasjonen (Egeberg, 1984:20). Personer kommer og går, men strukturen består. I dette perspektivet forventes det at aktører som handler i offentlige organisasjoner gjør det i kraft av å være innehaver av formelle roller. Innsikt i de formelle rammene som omgir beslutningstakere gjør det derfor mulig å forutsi hva deres tenkning, kontakter og beslutningsatferd vil innebære (Christensen 1994:22).

To delstrukturer utgjør FNS. For det første en *beslutningsstruktur* som regulerer deltakelse og aktivisering, og for det andre en *aksjesstruktur* som regulerer definering og problemløsning (ibid: 20-21) Vi snakker her om normer for hvem som har rett og/eller plikt til å være rolleinnhavere, normer for hvilken type problemer organisasjonen bør eller må ta stilling til, hvilke løsninger som innenfor rammen av organisasjonen blir sett på som akseptable, og sist hvordan organisasjonen bør eller må løse problemene (ibid).

Endringer i formell struktur er ofte knyttet til dimensjonen *spesialisering* og *koordinering*. Med spesialisering menes at arbeidsoppgavene er fordelt ulikt i ulike avdelinger eller nivå, og spesialiseringen kan ifølge Gulick (1937) uttrykkes gjennom spesialiseringsgrad og

spesialiseringsprinsipp. Organisasjonen kan være spesialisert både vertikalt, hvilket uttrykker oppdeling i ulike hierarkiske nivå, eller horisontalt, som uttrykker hvordan ulike saksområder tenkes delt opp ved hjelp av organisasjonsstrukturen (Christensen et al. 2002:20-21).

Spesialiseringsprinsippet for horisontal spesialisering er spesifisert i fire forskjellige typer; *formåls-, prosess-, klientell-, og geografisk spesialisering* (Gulick 1937:15). Dette kan vi tydelig finne igjen i endringene som skjer kontinuerlig knyttet til sykehusdrift. Hvilke sykehus skal utføre hvilke oppgaver, hvor skal de være geografisk lokalisert og hvor mange spesialiseringer skal hvert sykehus ha? Vi ser gjennom diskusjonen i media at alle de overnevnte typene spesialisering er tematisert. Dette er motsatsen til organisering av Kristiansand kommunes helse og omsorgstjenester. Der er det så godt som ingen oppgaver som kan velges bort, alle enheter må gjøre mange ulike arbeidsoppgaver, og innslaget av generaliserte oppgaver er dominerende. Et annet sentralt element i forbindelse med FNS er koordinering og hva Gulick (ibid:7) betegner som "the span of control". Kontrollspennet må ikke overskride en viss størrelse for at ledelsen av en organisasjon skal utøve god ledelse. Størrelsen på kontrollspennet vil nemlig ha innvirkning på blant annet *muligheten for koordinering, effektivitet og ressursutnyttelse*. Disse aspektene er alle viktige fokusområder i kommunene og i helseforetakene. Samtidig ser vi at antall ansatte per leder er langt over det forskning anbefaler. I Kristiansand kommune har vi eksempelvis i snitt 32 ansatte per leder, og forskning viser at ideelt antall ansatte per leder er 7-10 personer (ref. Jan Thorsvik, foredrag for HS-styre i Kristiansand kommune, våren 2009).

Et element som er viktig å trekke inn her er at atferden til de ansatte ikke utelukkende kan forstås gjennom organisasjonsstrukturen. Vi må i tillegg se på den fysiske utformingen av organisasjonene. Samarbeidet mellom SSHF og Kristiansand kommune er naturlig nok ikke fysisk samlokalisert. Samhandling er mye lettere når organisasjoner og aktører er fysisk samlokalisert (Egeberg 1989c:139). Den fysiske avstanden mellom 1. og 2. linjetjenesten er i utgangspunktet et problem for samhandlingen, og med på å skape et skille mellom "oss" og "de andre". På denne måten kan en derfor si at organisasjonsstedet, på samme måte som organisasjonsstrukturen, vil kunne bidra til å forenkle eller forverre en komplisert virkelighet, og dermed til å gjøre den mer eller mindre håndterbar (Christensen m.fl. 2002:23). Det er altså et samspill mellom FNS og fysisk struktur.

Tiltaket med gjensidige kombinasjonsstillinger mellom Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune bidrar ikke til å flytte organisasjoner fysisk nærmere hverandre, men kan gi en

viktig synergieffekt i form av tettere samarbeidet ved at rolleinnhaverne/aktørene jobber fysisk sammen over tid.

Det er grunn til å anta at organisasjonsmedlemmene ikke bare lydlig adopterer pålegg og innordner seg under direktiver, men at de blir styrt og påvirket av en rekke forhold. Det instrumentelle perspektiv vil derfor bli holdt opp mot et institusjonelt perspektiv. Studiet vil belyse aktørenes betydning for å oppnå gjensidig samarbeid mellom etatene knyttet til kombinasjonsstillinger, sett opp mot de mange overordnede mål og intensjoner om bedre samhandling, og hvordan slike føringer gjenspeiles i normer, verdier og handlinger i etatene.

Både ledelse og styring kan også forstås ut fra elementer fra et myteperspektiv. Derfor blir det naturlig å også diskutere de symbolske aspektene ved offentlig ledelse og styring. For å kunne lede og styre underordnede nivåer, institusjoner og ansatte forutsettes en aksept av denne, noe som symbolske faktorer kan bidra til å lette. Det å lede ut fra en kulturell forståelse kan i enda sterkere grad knyttes til myter og symboler, da den i mindre grad kan støtte seg på formelle styringsinstrumenter (ibid).

2.3 Det institusjonelle perspektiv

2.3.1 Introduksjon

Foruten det instrumentelle perspektiv belyser Christensen (et al, 2004:14) også en *institusjonell tilnærming*. Institusjonelt perspektiv vokste frem som en reaksjon på det tidligere rådende fokus på rasjonelle valg alene. Det ble etter hvert utviklet flere alternative modeller som tonet ned rasjonalitetsaspektet. Christensen (ibid) deler det institusjonelle perspektivet i to, og skiller mellom *kulturperspektivet* og *myteperspektivet*. I grove trekk kan vi si at *kulturperspektivet* omhandler forestillingen om institusjonaliserte organisasjoner, med fokus på *de uformelle interne normer og verdier* i organisasjonene, mens *myteperspektivet*, som betegner forestillingen om institusjonaliserte omgivelser, fokuserer på de (vedtatte) normer og verdier som finnes i organisasjoner. Jeg vil nedenfor trekke fram de viktigste elementene av disse perspektivene på mennesker og organisasjoner.

2.3.2 Kulturperspektivet

Det kulturelle perspektiv er med på å belyse en mer kompleks organisasjon, som er mindre fleksibel og tilpasningsdyktig overfor nye krav, samtidig som den er med på å gi den nye og nødvendige kvaliteter som igjen gjør at den potensielt kan løse oppgaver bedre og virke bedre som et sosialt felleskap. En metafor som kan illustrere dette skillet er: *Organisasjoner representerer skjelettet, mens de institusjonelle trekkene kan sammenlignes med kjøttet og blodet som dekker dette*. Med dette bilde symboliserer vi at begge deler er like viktig, og kan ikke isoleres fra hverandre. Fra et institusjonelt perspektiv rettes fokuset mot regler, normer og antakelser som påvirker organisasjonen og dens medlemmer. Perspektivet er et forsøk på å forstå stabile mønstre av handlinger og forestillinger i og omkring organisasjoner, men også om og hvordan disse stabile mønstre kan forandres. Ut i fra dette perspektivet vil samarbeidet mellom Kristiansand kommune og Sørlandet sykehuset preges av de institusjonelle betingelsene som råder i de ulike nivåene av helsesektoren. Mulighetene og begrensningene med gjensidige kombinasjonsstillinger kan med dette forstås ved å se på hvilke verdier og normer som er institusjonaliserte i etatene, gjennom for eksempel å belyse hvilke aktiviteter, antakelser og holdninger som har oppnådd en *regel-lignende* status (Meyer og Rowan, 1977)

Institusjoner kan oppfattes som organisasjoner fylt med verdier., og kan sees som organismer som på sett og vis lever sitt eget liv uavhengig av formelle målsettinger (Selznick, 1957). Overlevelse for organisasjonen kan bli sett på som et mål i seg selv, og kan bli styrende for aktiviteter i organisasjonen (Christensen og Lægroid, 1997). Organisasjonsmedlemmenes handlinger vil være knyttet til vurderinger rundt hva som er passende å gjøre for personer som innehar de posisjonene de har (Roness 1997:76). Hva som anses som passende i den enkelte organisasjon bygger både på formelle og uformelle regler (March og Olsen, 1995). Denne ”logikken” vil være en kobling mellom regler, identiteter og situasjoner. Atferd vil dermed være et resultat av refleksjoner over spørsmål av typen; hvem er jeg (institusjonell identitet) hvilken situasjon er dette og hva gjør en som meg i denne situasjonen (institusjonelle regler).

Forestillingen om sosialt aksepterte handlingsmønstre er beskrevet av flere forskere i begreper av regler og regelfølgning (Meyer og Rowan, 1977, Di Maggio og Powell 1983). Det er flere fordeler med dette. Sett fra aktørens side forenkler regler deres handlinger, de slipper å finne alternativer, og deretter velge mellom disse. Videre bidrar reglene til å legitimere aktørens handlinger, og de trenger derfor ikke selv å forklare eller forsvare hvorfor de handler som de

gjør, de følger bare reglene. Rasjonalitet i institusjonell forstand, handler ikke om å velge den teknisk sett letteste og beste løsningen lik den vi ville funnet i det instrumentelle perspektivet. Rasjonaliteten ligger i hva som er *akseptable løsninger ut fra institusjonenes normer* og verdier. Et relevant tema her er å se på begrepet ”legitimitet”. For organisasjoner kan det være rasjonelt å velge løsninger som gir legitimitet i omgivelsene. Et eksempel på dette kan være tiltak som gjøres med målsetting om å tilpasse seg Samhandlingsreformen, gjerne med støtte fra Helsedirektoratet eller Helse- og omsorgsdepartementet (som i dette studiet). Tiltaket med utprøving av kombinasjonsstillinger mellom sykehus og kommune er rasjonalitet i instrumentell forstand. Det trenger ikke være den teknisk beste løsningen, men det gir legitimitet for både 1. og 2. linjetjenesten og i omgivelsene.

Hvordan kan man finne organisasjonskulturen? Det er straks vanskeligere enn å finne de formelle normer som innebærer lover, regler, organisasjonskart og lignende.

Vi sier ofte at kulturen ”sitter i veggene”. Det krever tid til sosialisering i en institusjon for å virkelig fange opp det ”interne liv”. Men hvis man ønsker å studere organisasjonskulturen uten å være på ”innsiden”, finnes det ulike kilder for å fange opp kulturuttrykk.

Noen organisasjoner har en egenverdi utover det rent teknisk formelle. De karakteriseres ved å være institusjoner og har med det et sett av regler som styrer medlemmenes atferd (Roness, 1997:76). Reglene utvikles til å bli en egen kultur og en måte organisasjonsmedlemmene oppfatter ”verden” på. Med dette utvikles et felles normativt rammeverk og en felles kunnskap som har karakter av å være ”sannhet” for de som er i organisasjonen (Scott, 2001). Organisasjonsmedlemmenes handlinger vil ut fra dette perspektivet preges av deres institusjonelle tilhørighet³.

Fokuset i studien er ikke å studere kulturen innad eller mellom Sørlandet Sykehus og Kristiansand kommune, men diskutere kulturuttrykk i lys av de ulike institusjonenes rammebetingelser som kan påvirke muligheter og begrensninger med kombinasjonsstillinger som samhandlingstiltak. Dette vil jeg belyse nærmere i kapittel 4.

³ Institusjoner er i denne sammenheng ikke bare organisasjoner, en institusjon kan også være andre enheter som innehar de samme forutsetningen, både profesjoner, familier og ulike tradisjoner kan sees på som institusjoner.

2.3.3 Myteperspektivet

Denne innfallsvinkelen refereres ofte til som den nyinstitusjonelle skolen i organisasjonsteorien, og bygger på allerede klassiske arbeider av de amerikanske organisasjonsforskerne Meyer og Rowan, DiMaggio og Powell, samt Scott (Christensen mfl., 2004:66). Resonnementet er at organisasjoner befinner seg i institusjonelle omgivelser, hvor de konfronteres med sosialt skapte normer for hva som er "tidsriktig" organisering. Virksomheter må forholde seg til forventninger utenfra om hva som forventes av organisasjonsutforming, og forsøke å implementere og reflektere dem utad, selv om de ikke nødvendigvis gjør organisasjonen mer effektiv. Å endre organisasjonsmodell etter en oppskrift som er anerkjent av omgivelsene, gjør at organisasjoner blir mer og mer lik på overflaten (dekontekstualisering), og er dermed svært forskjellig fra mangfoldet (kontekstualisering) som kulturperspektivet dreier seg om. (ibid.).

2.3.3.1 Hva er en myte?

En myte kan defineres som sosialt skapte normer i de institusjonelle omgivelsene. Det beskrives også som en legitimert *oppskrift* for hvordan man bør utforme utsnitt eller deler av en organisasjon. De kan være omfattende, ofte kalt superstandarder, eller smale – institusjonaliserte standarder. Felles for myter er at de ofte spres raskt, at for eksempel kommuner kopierer hverandres organisering, og de kan implementere samme "oppskrift" uten at de nødvendigvis gir noen instrumentelle effekter, men det fungerer likevel som et "utstillingsvindu" for omverdenen for å svare til forventningene om en *moderne eller framtidrettet forvaltning*. Det kan på den ene side virke "hyklerisk" å snakke om for eksempel omstillinger på en måte som gjør at folk tror at lederne iverksetter det i praksis, mens de i virkeligheten gjør lite for det. Parsons (ref. hos Christensen, 2004:66) mener derimot at organisasjoner ikke kan overleve ved "bare" å være effektivitetsorienterte. Man må også søke legitimitet fra omgivelsene. Myter kan være motepreget ved at det er noe som "alle" offentlige organisasjoner skal gjennomføre innenfor en viss tidsperiode. Eksempel på dette kan være en felles oppskrift på virksomhets- og økonomistyring som *balansert målstyring* som verktøy for å måle effektivitet i organisasjoner, hentet fra privat sektor. Dette systemet er i de senere år etablert i nærmest alle deler av offentlig sektor. Det oppleves ikke alltid like hensiktsmessig, da de viktigste elementene spesielt innen helse- og omsorg, gjerne ikke lar seg telle og måle. Dette rapporteringssystemet benyttes likevel av "alle" enn så lenge, inntil de går av moten, og nye oppskrifter/moter kommer til.

2.3.3.2 *Myters innhold*

Det samlede tilbud av ideer og oppskrifter har økt sterkt i løpet av de siste 30 årene. Det innebærer blant annet at ledere har tilgjengelige et bredt utvalg av mulige oppskrifter, og man kan shoppe litt her og litt der. De fleste ”oppskrifter” er hentet fra privat sektor. og Christensen (et al 2004:70) har systematisert og listet opp en rekke *oppskriftsområder*. En ”sekkepose” er oppskrifter på ”*Formell organisasjonsstruktur*”. Et relevant eksempel her er trenden (og oppskriften) om formell organisasjonsstruktur, som i nå går i retning en mer fleksibel og flat organisasjonsstruktur, som har ført til at rundt halvparten av norske kommuner i dag har gått over fra hierarkisk oppbygging til en flat struktur med to nivåmodell. (Den samme trenden har omhandlet etablering av selvstendige resultatenheter). Et annet oppskriftsområde er ”*Virksomhets og økonomistyring*”. Kjente eksempler innen dette område er: *målstyring og virksomhetsplanlegging, balansert målstyring og kontraktsstyring*.

2.3.3.3 *Forholdet mellom de ulike oppskrifter*

Det store utvalget av oppskrifter og underkategorier av myter, kan medføre at organisasjoner av og til implementerer ulike deloppskrifter som kan være konkurrerende eller motstridende. Andre ganger igjen implementeres oppskrifter som kan sies å være nært *knyttet sammen*. De oppskriftene som er tette sammenknyttet er de som springer ut av en felles overordnet ideologi eller filosofi. Det mest kjente settet av organisasjonsoppskrifter i offentlig sektor i samtiden er uten tvil det som går under betegnelse NPM – New Public Management. NPM hevdes å være *en familie av moderniseringsoppskrifter* for offentlig sektor (ibid). Som beskrevet under eget avsnitt om NPM er disse mytene hentet fra privat sektor.

Det vil ikke være naturlig å gå nærmere inn på hva som skal til for at oppskrifter blir adoptert, men ta utgangspunkt i hva som skjer når organisasjoner har vedtatt å adoptere en oppskrift.

2.3.3.4 *Fra ide til praksis*

Av organisasjonsteoretisk litteratur kan en skille ut tre forventninger om hva som kan bli resultatet når oppskrifter/myter forsøkes iverksatt. Oppsummert skiller Christensen (2004:82) mellom teoriene: *rask tilkobling, frastøting og frikobling*. De to sistnevnte kan være interessant for dette studiet, og jeg vil derfor belyse de litt nærmere her.

Frastøting

Innenfor kulturperspektivet opplever man ofte et straks mer reformskeptisk og pessimistisk scenario for hva som kan skje når organisasjoner skal innføre nye oppskrifter. Forståelsen av organisasjoner er ut fra den tradisjonelle tradisjonen som komplekse og verdibærende institusjoner. De oppfattes som generelt motstandsdyktige mot reformer, særlig forsøk på rask omstilling. Oppskriftene framstilles ofte som vage ideer, og som tatt ut av sin sammenheng, forenklet og popularisert. Iverksettelsen av slike oppskrifter i komplekse organisasjoner, som for eksempel Sørlandet sykehus, vil ofte vise seg å ikke passe inn, det vil si de må gjennomgå en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonene. Det er her lett å støte mot de grunnleggende verdiene i organisasjonen. Dette kan ”...brukes som forklaring til hvorfor man i sykehus og helsevesenet generelt har hatt problemer med å adoptere reformoppskrifter innrettet mot større økonomisk effektivitet. Dels vil populære oppskrifter også vise seg å være for enkle i forhold til kompleksiteten i arbeidsprosessene som foregår i organisasjonen” (Christensen m.fl. 2004:ss 82-83.) Oppskrifter som på disse måter ikke passer, vil kunne bli frastøtt, det vil si at forsøkene på å iverksette dem opphører.

Frikobling

Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet hender det at oppskrifter blir innført selv om de ikke blir oppfattet som effektive eller hensiktsmessige av organisasjonen internt. Da kan det handle om å gi organisasjonen ekstern legitimitet i omgivelsene. En måte å takle dette dilemmaet på er å adoptere det nye konseptet, men samtidig sørge for å holde dem frikoblet slik at de i liten grad får reel innflytelse på organisasjonens evne til å produsere på sin etablerte måte. Ut fra denne tankegangen blir mytene eller oppskriftene noe som ligger på overflaten i organisasjonen, som et ”blendverk” som skal overbevise omgivelsene om at organisasjonen er moderne og effektiv, uten at praksis intern endre si særlig grad.

2.4 Helsetjenestenes organisering – et hett tema i dagens mediedebatt

Aldri før har det skjedd så store og raske omstillinger i det Norske helsevesenet som det skjer i dag. Nesten daglig er uenigheter rundt organisering og lokalisering av sykehusene et tema i mediebildet. Et utdrag fra hovedsaker i lokalavisen Fedrelandsvennen 30.04.2010, kan være et beskrivende eksempel: **Overskrift: Sykehusdirektøren hardt ut mot egen sjef.**

Her ble det gjengitt fra et brev skrevet av adm.dir Jan-Roger Olsen ved SSHF til sin leder Adm.dir. Bente Mikkelsen i Helse Sør - Øst, som er beskrivende for deler av konfliktene som preger sykehusledelsen: *”Vi erfarer at det er i ferd med å bli etablert et system hvor sentrale beslutninger om klinisk virksomhet i foretakene fattes i faglige fora som ikke er en del av ansvarlig linjeledelse.”* Det fremkommer også i samme avisartikkel at i diskusjonen om utviklingen av sterke fagmiljøer rundt sentrale sykehus i Oslo, som også er med i Helse Sør - Øst, teller såkalt *volumkvalitet mye.*

I forkant av denne nyheten har det i flere måneder vært mye turbulens internt i SSHF som har vært hovedoverskrifter i lokalavisen. Jeg vil ikke gå nærere inn på bakgrunnen for dette, men det belyser et turbulent ”bakteppe” som er nyttig å kjenne til når en skal jobbe ut nye samarbeidstiltak på tvers av tjenestenivå, samtidig som det er så store interne uenigheter innad i sykehusene.

Dagens mediebilde er et resultat av kontinuerlig omstillings- og fristillingsprosesser innen sykehusdrift gjennom hele 1990-tallet, og tempoet har bare økt inn i vårt århundre. Jeg vil ikke gå langt tilbake i tid, men ønsker å beskrive litt av den nyere historien, da dette indirekte er med på å prege muligheter og utfordringer for i samarbeid mellom sykehus og kommunene. Før *helsereformen* til daværende helseminister Tore Tønne (Ap) i 2002 var sykehusene eid og drevet av fylkeskommunen. Da hadde Fylkestinget avgjørende innvirkning på beslutningene. Sånn er det ikke lenger. I 2002 kom den nye loven om *helseforetak*. Denne er et eksempel på en New Public Management- reform hvor økonomiske og faglige prioriteringer skal styre driften. Endringen beskriver jeg nærmere i kapittel 2.8.

Mediedebatt rundt forslag om nedleggelse av lokalsykehus (eksempelvis Kristiansund, Aker sykehus i Oslo, og flytting av fødeavdelinger og akuttbehandling andre steder i landet) viser

at det er store uenigheter mellom helseforetakenes beslutninger og lokalsykehusene samt politikernes vilje. Denne typen konflikt skaper både intern og ekstern uro som igjen påvirker ledelsen og fagfolkene ved sykehusene. Sørlandet sykehus HF er som vi ser i det overnevnte intet unntak. Det går mye energi med til å håndtere interne konflikter og prosesser. Kan dette påvirke engasjementet, forankringen og oppfølging av tverretattlig samarbeidstiltak med kommunene? Det er et relevant spørsmål og et betimelig element å diskutere i drøftingen av muligheter og utfordringer med gjensidige kombinasjonsstillinger.

Strukturelle omorganiseringer og lovendringer i helsevesenet for å bedre kvalitet og effektivitet er blitt en standardmetode for å løse helsevesenets mange problemer. Det er tatt mange grep de siste tiårene som har bidratt til utvikling av det norske helsesystemet. Vi kan nevne i en lang rekke: 1966: Sykehusloven, 1984: Kommunehelseloven, 1997: Innføring av innsatsstyrt finansiering, 1999-2008: Opptrappingsplanen for psykisk helsevern, 2000: Helsepersonelloven, 2000: Pasientrettighetsloven, 2000: Lov om psykisk helsevern, 2001: Fastlegeordningen, 2002: Sykehusreformen, og 2007-2010: Nasjonal helseplan

Helseforetaksreformen var ikke motivert fra et samhandlingsperspektiv og mange mener at den har gjort samarbeidet mellom sykehus og kommuner enda vanskeligere. Sannhetens øyeblikk når det gjelder kvalitet på tjenestene består i den enkelte bruker/pasients opplevelser i møte med helsepersonell på sykehuset og helsepersonell i kommunen. Hvis ikke opplevelsen gir en følelse av et sammenhengende helsevesen, hvor helsepersonell i de ulike avdelinger og mellom ulike tjenestenivå kommuniserer sammen, hjelper det lite med en ”perfekt” organisasjonsstruktur!

2.5 Fakta om Sørlandet sykehus HF (SSHF)

Sørlandet sykehus HF er eget sykehusområde og ble et selvstendig helseforetak etter Helseforetaksreformen i 2002. Det er et mellomstort helseforetak i norsk målestokk og dekker begge Agder-fylkene. Sykehuset har alle tjenester innen spesialisthelsetjeneste for somatikk, psykiatri- og avhengighetsbehandling. Foruten de tre store sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, har de en utstrakt virksomhet gjennom den distriktbaserte psykiatrien med poliklinikker, dagavdelinger og boenheter flere steder. Sykehuset fikk i 2004 også overført ansvaret for rusomsorgen i Agder. Sørlandet sykehus HF er organisert i klinikkstruktur og består av **følgende klinikker:** Kirurgisk, Medisinsk og Rehabilitering, Psykisk helse,

mens gjennomgående støttefunksjoner dekkes av Medisinsk service klinikk, Radiologisk klinikk og Driftsenheten. Økonomiavdelingen, Organisasjonsavdelingen og Forsknings- og utviklingsavdelingen er sentrale stabsavdelinger. Ledelsesstrukturen er hierarkisk med fire nivå: Adm.dir. klinikksjef, avdelingsleder og enhetsleder. Klinikkene er ulikt organisert. Medisinsk klinikk i Kristiansand og Arendal er tverrgående organisert med felles avdelingsleder, mens Flekkefjord er en selvstendig enhet. De Kirurgiske avdelingene og operasjonsavdelingene er organisert som selvstendige avdelinger i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord. Enhetene som har vært berørt av pilotprosjektet med kombinasjonsstillinger er ortopedisk avdeling SSK som er organisert under Kirurgisk klinikk, og Lungeposten SSK som ligger under Medisinsk klinikk.

SSHF har til sammen 6000 ansatte og er ett av til sammen 11 helseforetak (+ fem ikke kommersielle sykehus) som er eid av Helse Sør Øst Regionale helseforetak. Helse Sør - Øst RHF, kom inn som eier etter sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst.

Det regionale Helseforetaket omfatter 2,7 millioner innbyggere, 65.000 ansatte, og forvalter et budsjett på 52 milliarder nok. Det fins i alt fire regionale Helseforetak; (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør - Øst.).

2.6 Fakta om Helse og sosialsektoren i Kristiansand kommune

Kristiansand kommune er en av 430 kommuner i Norge, hvor Kristiansand er en av de største bykommunene i Norge. Helse - og sosialsektoren er den største sektoren i Kristiansand kommune. Det er om lag 2.900 ansatte innen disse tjenestene, fordelt på 1.860 årsverk (2009 tall). Av det totale kommunale budsjett på 3,7 mrd (2006 tall) utgjør sektorens budsjett 1,7 milliard kroner.

I 2002 ble hele Kristiansand kommune (i likhet med mange andre kommuner) omorganisert fra en ”gammeldags” hierarkisk struktur (4 nivåer) med fire bydeler med tilhørende tjenesteinndeling med hver sine ledere og felles stab, til dagens flate struktur med selvstendige enheter med totalt fag, personal og økonomi ansvar. Bydelsadministrasjonen ble nedlagt, og mellomledernivået på tjenesteområder ble fjernet. Tjenestene er nå organisert i 32 *selvstendige resultatenheter* hvor enhetslederne har delegert alt fag, personale og økonomiansvar. Dette ligner to-nivåmodellen som beskrives hos Romøren (2006), selv om

Kristiansand har opprettholdt en sektorinndeling. Kommunen innførte samtidig med omorganiseringen en såkalt ”bestiller - utførermodell” for alle pleie og omsorgstjenester (*Et tildelingskontor, kalt EBT; Enhet for Behovstilpassede Tjenester*). Dette innebærer at kommunen har valgt å skille tjenesteproduksjon (utøver) fra tjenestetildeling. Denne typen organisatorisk skille mellom tjenestetildeling og tjenesteproduksjon har vunnet innpass mange steder (Gammalsæter, 2004). Denne organiseringene av pleie- og omsorgstjenestene handler om å ta opp idèer fra det som ofte går under betegnelsen New Public Management (NPM). Romøren (2006) kaller dette moderniseringstrekk, uten at han tar stilling til om denne moderniseringen er bra eller dårlig. I tillegg opprettet sektoren et eget servicesenter og egen stab knyttet til helse - og sosial direktørens kontor. *Et tredje trekk* som Romøren beskriver som vanlig ved to - nivåmodell, er utkontraktering av tjenester. Dette betyr en privatisering i form av at tjenesteproduksjon settes bort til ideelle eller kommersielt drevne organisasjoner. Kristiansand kommune har innslag av private tjenestetilbud innen pleie og omsorg. I tillegg kommer såkalt ”*fritt brukervalg*”, der tjenestemottakeren får anledning til å velge mellom ulike tjenesteytere – private eller offentlige (Edebalk, P.G. & Svensson, M. (2005). Politikerne i Kristiansand kommune har vedtatt at hjemmehjelpstjenesten skal ut på offentlig anbud og gi mulighet for innbyggerne å velge om de vil bruke offentlig eller privat hjemmehjelpsordning. I så måte skiller denne kommunen seg ut fra hovedvekten av norske kommuner. Likevel må en kunne si at Kristiansand kommune følger de samme hovedtrekkene som den norske varianten av den skandinaviske velferdsmodellen som beskrives av Romøren (2006); Tjenestene er offentlig finansiert og fortsatt også for det aller meste offentlig produsert. Her skiller vi oss fra Sverige og Danmark, der konkurranseutsetting er mye vanligere (ibid).

Sektoren har som mål å være en fremtidsrettet organisasjon med fokus på effektiv organisering, forskning og utviklingsarbeid, samt god informasjonsflyt internt og til brukere. Målet er et sterkere fokus på fag og kvalitetsutvikling inne alle tjenesteområder, og spesielt innenfor omsorgstjenesten. De fleste av tjenestene er lovpålagt. Tall fra ASSS-nettverket (2009) viser at ***Kristiansand er den av disse kommunene som driver pleie- og omsorgstjenestene med lavest kostnader***⁴ (ASSS-nettverket 2009:10).

⁴ I Kristiansand er korrigert netto driftsutgifter per innbygger 1.320 kroner lavere enn landsgjennomsnittet, og 2.880 kroner lavere enn eksempelvis Tromsø kommune (ASSS-nettverket 2009:10).

2.7 Hva er fellesnevnerne for SSHF og Kristiansand kommune?

Både Sørlandet sykehus (SSHF) og Helse og sosialsektoren (HS-sektoren) i Kristiansand kommune representerer begge de største forvaltere av offentlig sektor i landsdelen. Den offentlige sektor er under en kryssild (Repstad, 2004). Offentlig sektor må forholde seg til mange ulike påvirkningskilder og hensyn, konkurrerende logiker og lojalitetsutfordringer. De må forholde seg til både politiske og administrative ledelser, organisasjonens kultur og tradisjon og dens forankring i omgivelsene (Christensen et al, 1994).

2.7.1 Demografisk endringer og rekrutteringsutfordringer i framtiden

Offentlige helsetjenester koster samfunnet mer enn noe andre offentlige oppgaver. Dette gjør at både sykehus og kommunehelsetjenestene stadig er under ”lupen” for hvordan vi kan drive mer effektivt. Samtidig som det søkes å redusere kostnadene til offentlige helse og omsorgstjenester, har sektorene ikke bare stram økonomi, men i nær fremtid forventes det ekstrem mangel på arbeidskraft innen helsefag. De neste tiårene blir forholdet mellom aldersgruppene betydelig endret. Aldersbæreevnen, det vil si andelen av innbyggere i yrkesaktiv alder (18-67) sammenlignet med aldersgruppen 67 + bli betydelig redusert. I dag er det om lag fem yrkesaktive per pensjonist. Om tretti år er det om lag 2,5. Dette betyr at det blir halvparten som mange yrkesaktive, parallelt med at det forventes å bli dobbelt så mange pensjonister (- som også forventes å trenge pleie og omsorg). (”Skapes helse, skapes velferd” s. 9:2008). Pasientgruppen med kroniske lidelser øker. I tillegg vet vi at pleie og omsorgsyrker er svært arbeidsintensivt. Framtiden vil derfor bli krevende på en helt annen måte både for sykehus og kommuner enn i dag, ingen ”pengesekk” kan endre på demografien.

Arbeidsinndeling er nyttig med tanke på å spesialisere tjenester, på den andre side er faren for ”dobbeltarbeid” og ”gråsoner” høyst tilstede.⁵ (Jacobsen, 2004:78). Derfor må vi lete etter nye og mindre ressurskrevende arbeidsformer, 1. og 2.linjetjenesten må jobbe for å viske ut ”båstenkning”, jobbe tettere sammen og forhåpentligvis få noen synergieffekter som reduserer dobbeltarbeid og øker innsatsen på målrettet forebyggingsarbeid, framfor å vente til skaden skjer og så reparere. Dette er dårlig ”butikk” samfunnsøkonomisk og for brukerne.

⁵ Dobbeltarbeid betyr at flere aktører gjør den samme oppgaven flere ganger, noe som er sløsing med knappe ressurser. Gråsoner oppstår der ingen har et uttalt ansvar for en oppgave, eller der ansvaret er uklart (Jacobsen, 2004:78)

2.7.2 Leon-prinsippet dominerer

Det norske helsevesen har i flere tiår vær organisert etter målsettingen om at helsetjenestene skal gis etter det såkalte LEON-prinsippet, dvs. Laveste Effektive Omsorgsnivå (Andersen, Henriksen, Nygård & Åker (1989). Dette betyr at behandling skal gis på det nivå den er faglig forsvarlig og koster minst. Dette har Samhandlingsreformen (St.meld. 47.2008-2009) gitt forsterket fokus. Målet er at også flere deler av helsetjenestene som i dag utføres på sykehus, i framtiden tilbys i kommunen der den syke bor eller fra en kommune de samarbeider med (Bjarne H. Hansens foredrag på den nasjonale årskonferansen ”Helse i utvikling” 4.12.08). Hensikten er at fokus på forebygging og LEON er viktige føringer for å redusere både økonomiske og menneskelige omkostninger. I praksis betyr dette at primærhelsetjenesten skal følge pasienten gjennom hele livet, og vil trenge mer kompetanse og øke tjenestetilbud fra dagens nivå, mens spesialisthelsetjenesten bare skal bidra i tilfeller der det er helt nødvendig med sykehusbehandling (avanserte medisinske undersøkelser og diagnostisering, krevende behandlinger, kirurgi og lignende). Flere av oppgavene som i dag utføres på sykehusene er i grenseland for hva som trenger å ligge til en spesialisthelsetjeneste, og det forventes en dreining i form av reduserte oppgaver som skal løses på sykehus, og utbygging av tjenestetilbud i kommunene. (ibid). Dette krever økt samhandling og kompetanseutveksling mellom 1. og 2. linjetjenesten. Veksten i tjenestetilbud vil i all hovedsak skje innen kommunehelsetjenestene, og Helseforetakene vil oppleve en kraftig oppbremsing og en endring/dreining i oppgaver (jfr. økonomisk modell i St. melding 47).

På den ene side er det altså sterkt press i forhold til økonomi, nedskjæringer og rasjonaliseringer. På den andre side er det et press i retning av styrket kapasitet og kompetanse – et behov for *kapabilitetsutvikling* (kapabilitet: kombinasjonen av kompetanse og kapasitet, det som skal til for å mestre oppgavene) (Knudsen, 2004:12) Dette krever administrativ fleksibilitet, slik at fagfolk med forskjellige kompetanse kan omgrupperes og innstilles på å løse nye oppgaver, geografisk, funksjonelt og kompetansemessig (ibid). Det er enighet mellom Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune om at det er nødvendig å samarbeide tettere. Samtidig er det viktigste suksesskriterium at samarbeidet må være forankret i topledelsen og kommuniseres tydelig ut, slik at det legitimerer at koordineringskostnader påløper. Knudsen påpeker samtidig at det er viktig å **undersøke betingelsene** for et bedre samarbeid og økt samhandling mellom enheter i offentlige sektor, hvor målet er å oppnå bedre kompetanse- og kapasitetsutnyttelse og bedre service overfor

brukerne, med andre ord det vi foran kalte kapabilitetsutvikling. Utfordringen ligger her i koordinering på tvers av organisasjonsgrenser. I samhandlingsprosjektet har vi støtt på mange praktiske utfordringer rundt koordinering av samarbeidet. Dette vil diskuteres nærmere i de neste kapitler.

2.7.3 New Public management

Et annet fellestrekk med HS-sektoren og SSHF er at organisering av oppgaver og ledelse søkes å gjøres så effektivt som mulig, og driften preges av New Public Management (NPM). Innsatsstyrt finansiering eller stykkprisfinansiering er kjente eksempler på NPM-elementer, som har et stort innslag av et sterk fokus på måling av (tellbare) resultater. Det kan oppleves som at alt som er mulig å måle, skal måles, telles og rapporteres. Tall teller, jo bedre tall, jo bedre måloppnåelse. Ulempen med dette er at det som ikke kan måles og telles, hvilket gjelder kvaliteten på helsetjenestene våre, ikke får tilsvarende fokus. Ordtaket ”*Det du fokuserer på, får du mer av*” tenker jeg kan snus og si at ”*det du fokuserer mindre på, får du mindre av*”. I så fall står tjenestekvalitet i fare for å bli en salderingspost og ”stemoderlig behandlet”. I følge Romøren er det ikke de mer teoretiske eller ideologiske sidene ved NPM – oppskriftene som er avgjørende når kommuner for eksempel bestemmer seg for å innføre en tonivåmodell. Mer dominerende er drivkreftene bak innføring av disse oppskriftene begrunnet i noe så hverdagslig som innsparinger (Romøren, 2006:9). Flat struktur og tonivåmodell gir rom for å redusere stillinger, og derfor er det grunn til å tro at denne modellen vil vinne fram i alle kommunetyper, mens de mer ideologisk pregede ideene fra NPM som fritt brukervalg og utkontraktering slår mest an i større kommuner. Et annen ”bivirkning” med sterk grad av fokus på innsparing, er fokus på koordineringsoppgaver og kostnader som følge av tverretattlig samarbeide lett blir nedprioritert. Det er vanskelig å måle en direkte gevinst av samarbeid og koordinering, og det er kanskje nettopp derfor denne typen oppgaver er ekstra vanskelig å prioritere i en presset økonomi og en organisasjonsstruktur preget av NPM.

I denne forbindelsen er det relevant å se nærmere på hvordan NPM har fått rotfeste i Norsk helsevesen. New Public Management (NPM) er ikke en teori, men en fellesbetegnelse på en serie reformer som har preget offentlig sektor i mange land i snart 30 år (Hood 1991, ref. hos Christensen og Legreid, 2001). NPM bygger på sentrale elementer for drift i privatmarkedet, og fokuserer på at offentlig sektor må ha mer fokus på effektivitet, resultat, management-orientering, konkurranse, marked og brukerne, og legge mindre vekt på regler, prosess og

ulike interne hensyn. "Balance scorcard" er et resultat av denne reformbølgen og benyttes i stor utstrekning i offentlig sektor, også i helsevesenet.

En utfordring med NPM er at det ikke har vært særlig kulturelt kompatibel med de norske tradisjoner. Både Norge og de øvrige skandinaviske landene, har lange tradisjoner for en sterk statsorientering, vektlegge homogenitet i normer og gjensidig tillit mellom politiske og administrative ledere, vi er opptatt av likhet, inkrementelle endringer og balansering av mange hensyn. Vi er opptatt av deltagelse av tjenestemannsorganisasjoner/fagforeninger og at berørte parter deltar i endringsprosessene, og vi har en politisk stil preget av "fredlig sameksistens og revolusjon i sakte bevegelse" (Christensen 1995, Olsen, Roness og Sætren 1982, ref. hos Christensen og Lægereid 2001:9). Vi har ingen tradisjon for å ensidig vektlegge økonomiske hensyn.

2.7.4 "The Whole-of-Government - WOG"

Som svar på dette, og i kontrast til de tidligere NPM reformers mer ensidige økonomisk logikk, er "*the whole-of-government*"- WOG benevnelsen på en ny reformtrend som blant annet Samhandlingsreformen og Nav-reformen bygger på. Denne tilnærmingen er et forsøk på å bruke en mer helhetlig strategi, med innsikt fra de andre sosialvitenskapene (Human Relations), i stedet for bare økonomiske strategier (Christensen & Lægereid, 2006). De nye reformtrendene tar hensyn til organisasjoners "stiavhengighet" eller *path dependence*, i tillegg til å være justert med bakgrunn i negativ feedback knyttet til NPM (Perry 6, 2004).

Stiavhengighet er en beskrivelse som kommer fra definisjoner av monopol, og betegner følgende: *Jo flere mennesker som bruker en bestemt teknologisk løsning, desto vanskeligere blir det for et alternativ å vinne innpass, selv om det strengt tatt er bedre. "Nothing succeeds like success"*, og spredningen av en standard i medvind (takket være for eksempel gode avtaler med store kunder som staten og øvrighet, eller takket være god markedsføring), danner snøballeffekter. Teorien om stiavhengighet, som er utviklet av bl.a. økonomen Paul David, har vært kritisert ved en rekke anledninger, bl.a. av S.J Liebowitz og Stephen J Margolis. Deres syn er at stiavhengighet sjelden eller aldri avgjør valg av teknologi, primært fordi brukeren alltid kan ombestemme seg. På den annen side er det liten tvil om at visse beslutninger er irreversible, som for eksempel Nav-reformen. Fra et instrumentelt perspektiv vil en kunne se på WOG tilnærming og tiltakene ut fra den hierarkiske ståsted. Utfordringene

fra dette perspektivet vil være å utvikle støttende strukturer for delt rammeverk. Et alternativ er å vedta en ganske aggressiv ovenfra og ned (top-down)-stil i implementering av WOG-tiltak. En annen mulighet er en styrking av fellesskapet. Dette kan ha både en vertikal en horisontale dimensjon, hvor den vertikale ville innebære større kontroll av underordnede organer, mens den horisontale ville være opptatt med å få de ulike sentrale avdelinger og særorganisasjoner til å fungere bedre sammen, hvor begge er potensielle instrumenter i en WOG-tilnærming (Christensen & Lægheid, 2006).

Sett fra et kulturelt perspektiv kan utviklingen av offentlige organisasjoner i større grad sees på som en evolusjon enn en revolusjon og design (Selznick, 1957). Denne prosessen er karakterisert av gjensidig tilpasning til internt og eksternt press, der alle offentlige organisasjoner etter hvert utvikler unike institusjonelle eller uformelle normer og verdier. Viktigheten av stivhengighet og historisk veivalg og tradisjoner er tydelig i offentlige institusjoner (Krasner, 1988). Når offentlige organisasjoner skal gjennomgå reformprosesser, er det avgjørende ut fra et kulturelt perspektiv, at man gjennomgår en kulturell tilpasningstest. (Brunsson og Olsen, 1993). Sammenlignet med den første reformgenerasjonen NPM, er denne andre generasjonen av reformer mer opptatt av å bygge en sterk og enhetlig oppfatning av verdier, og benytter elementer som teambygging, involvering av tillitsvalgtorganisasjoner, tillit, verdibasert ledelse, samarbeid og bedre opplæring og egenutvikling av ansatte i offentlig sektor. Mangel på lojalitet og økende grad av misstillit er utbredt i det offentlige, og det er nødvendig å jobbe for å bygge opp tillit og lojalitet igjen. Ledelsen spiller her en avgjørende rolle for å oppnå suksessfulle WOG tiltak (Christensen og Lægheid, 2006).

Ut fra erfaringene gjennom prosjektsamarbeidet mellom SSHF og Kristiansand kommune, oppfatter jeg at kulturen og fokuset blant lederen i SSHF bærer mer preg av NPM enn i Kristiansand kommune. SSHF har som følge av foretaksreformen og de stadige omorganiseringer, et enormt fokus på markedsøkonomiske tilpasninger og hva som gir mest effektiv "butikk". Jeg opplever dette i svakere grad i Kristiansand kommune, men at både arbeidsprosesser og implementering av endringer i større grad har elementer av *Whole of Government*, med sterkere innslag av involvering og kulturbygging. Et eksempel på dette kan være et sitat fra leder på sykehuset knyttet til involvering av tillitsvalgte i ansettelsesprosessen av kombinasjonsstillinger:

”Tillitsvalgte trenger ikke å være enige med leder om ny turnus så lenge den ikke er ulovlig. Vi lager den og er tillitsvalgte uenige skriver vi bare en uenighetsprotokoll”.

Hun understreket at dette var et helt klart lederansvar og ikke noe tillitsvalgte kunne nekte eller bestemme. Forutsatt at dette eksemplet er representativ en holdning/kultur innen helseforetaket, representerer dette en annen kultur enn den jeg kjenner fra ledelsen i Kristiansand kommune. Her opplever jeg at tillitsvalgte involveres i utstrakt grad, deres meninger tillegges stor vekt, og det legges mye krefter i å komme til enighet med tillitsvalgte i både små og store beslutninger. Involvering av tillitsvalgt organisasjoner er som nevnt ovenfor også et eksempel på WOG-elementer. Dette stemmer også bedre overens med beskrivelsen av den norske kulturen beskrevet hos Christensen (1995) Olsen, Roness og Sætren (1982) om at vi er opptatt av deltagelse av fagforeninger og at vi har en politisk stil preget av ”fredlig sameksistens”. Ut fra det kulturelle perspektivet opplever jeg denne framgangsmåten i en beslutningsprosess som lignende de angloamerikanske land, hvor individualistiske og markedsøkonomiske idealer står sterkere enn de kollektive og statsorienterte, og der samarbeidet med og tiltroen til fagbevegelsen er liten (Christensen og Lægereid, 2001).

2.8 Ulikheter mellom helseforetak og helse- og sosialsektoren

Selv om vi finner mange fellesnevner mellom statlige og kommunale helsetjenester, og målet om pasientens beste er grunnleggende for begge tjenestenivåer, er der en rekke ulikheter i organisering og ansvarsområder som følge av ulike intensjoner og ulikt regelverk.

2.8.1 Politisk demokratisk styring vs. egne Helseforetaksstyrer

Helse- og omsorgstjenestene i Kristiansand kommunene er i stor grad politisk styrt. Over helse- og sosialdirektøren er der tre politiske nivå; Helse- og sosialstyre, Formannskap og Bystyret. I Sørlandet sykehuset Helseforetak derimot er organisering og drift i stor grad bestemt av et oppnevnt styre i Helseforetaket. I 2002 kom den nye loven om *helseforetak*. Mange har kalt den en politisk abdisering. Det overordnede nivået er nå flyttet til Stortinget og regjeringen, mens ansvaret for selve driften, inkludert myndigheten til å avgjøre hvilket tilbud som skal være hvor, ligger hos foretakene selv. Helseforetakene er blitt et selvstendig juridisk subjekt, mens de før 2002 var en del av staten som juridisk subjekt. Fortsatt er der politiske representanter i styrene, men per i dag har de ikke flertall. De er heller ikke forpliktet i forhold til et partiprogram, men er valgt som enkeltpersoner.⁶

2.8.2 Spesialisering vs. helhetsfokus

Grovt sett kan vi si at sykehuset preges av *spesialisering, prosedyrer og lav liggetid* og krever at sykepleiere jobber spesialisert rundt avgrensede fagområder. Kommunen har mer helhetlig fokus og ansvar for brukerne, et ansvar for innbyggerne fra ”vugge til grav”, og det medfører større kontinuitet i tjenestene. Arbeidsformen i hjemmesykepleien kjennetegnes av større grad av bredde og helhetsfokus, det krever en generalistkompetanse hos sykepleierne, og arbeidsformen er preget av at de jobber mer selvstendig med ett og ett oppdrag, med individuelle og forskjellige tjenester fra bruker til bruker. Sykepleierne i HS-sektoren må derfor kunne litt om ”*alt*”.

⁶ I Ukeavisen Ledelse, 9. april 2010, setter helseprofessor I.J.Pedersen et kritisk blikk på det at Senterpartiets leder Navasete nylig gikk hardt ut med løfter om lokalsykehus med henvisning til garantien som ligger i Soria Moria – erklæringen. Pedersen uttaler at dette kun blir tomme ord, fordi det i dag bare er styrene av Helseforetakene som har den reell fullmakt til å gjøre omfattende beslutninger om omstillinger. For å få tilbake makten til politikerne mener Pedersen at det vil kreve en lovendring. Den eneste som kan overstyre Helseforetakene i dag er Helseministeren, da hun står som ”eier” av helseforetakene, og har dermed myndighet til å overstyre vedtak i foretakene.

Krogstad konkluderer med at de mest typiske trekkene for dagens sykehus er økt spesialisering, redusert liggetid og høy turnover (Krogstad, 2005:1f). Denne konklusjonen forsterkes ved statistikk fra Sørlandet sykehus HF i 2009. De har blant landets laveste gjennomsnittlig liggetid. Gjennomsnittlig liggetid for hele helseforetaket var på 3,1 døgn per pasient. (Ved kirurgiske klinikker var den 3,0 og ved medisinske klinikker var den 3,4). Samtidig har de landets laveste prosent av korridorpasienter (0, 3%) og få sengeplasser sammenlignet med andre Helseforetak. Kristiansand kommune får mye ros fra ledelsen ved SSHF om at de er mer effektive enn mange andre kommuner til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Dette understreker det som beskrives som typiske utviklingstrekk ved dagens sykehus og kommunale tjenester, at tempoet er skrudd opp og strukturelle endringer og raske omstillingsprosesser er en del av hverdagen

2.8.3 Ulike (elektroniske) system og prosedyrer

Sykehus og kommuner har også i stor grad *ulike systemer* for å organisere, kvalitetssikre og administrere tjenestene. Av systemer som er forskjellige mellom 1. og 2. linjetjenesten kan nevnes: kvalitetssystemet, elektronisk pasientjournal system, avvikssystemet, interne prosedyrer, arbeidsplaner (flexiturnus vs. fast turnus) og arbeidstidens lengde, ferieavvikling, personal og HMS reglement (eks. ulikt antall egenmeldingsdager), ulike lønssystem (stat og kommunale regulativ), ulik tid for lønnsutbetaling og lønnsoppgjør, forsikringsordninger m.m.. I tillegg kommer ulike lover som regulerer 1. og 2. linjens ansvar og oppgaver.

2.8.4 Ulike ledelsesnivå og begrepsforskjeller

Ledelsesnivåene i Helseforetaket og Kristiansand kommune er helt ulik oppbygd. Kristiansand Kommune har en flat struktur med tre nivåer. Tjenestene er organisert i 32 *selvstendige resultatenheter* hvor enhetslederne har delegert alt fag, personale og økonomiansvar. Herunder er det et siste ledernivå, avdelingsledere ved sykehjem og soneledere for hjemmesykepleie og hjemmehjelpstjenesten. I tillegg har kommunen et eget tildelingskontor (EBT: *bestiller – utførermodell*) for alle pleie og omsorgstjenester. Dette innebærer at kommunen har valgt å skille tjenesteproduksjon (utøver) fra tjenestetildeling. Dette ligner to-nivåmodellen (Romøren, 2006). I praksis medfører dette at alle utskrivninger fra sykehus går via EBT som fatter vedtak, og er bindeleddet mellom Helseforetaket og kommunehelsetjenestene. Deretter blir den enkelte sone eller sykehjem kontaktet fra Helseforetaket.

Sykehuset har en ledelsesstruktur preget av hierarkisk oppbygning med fire nivå: Adm.dir. klinikkjef, avdelingsleder og enhetsleder. Klinikkene er ulikt organisert, og modell, med separat lege og sykepleierledelse i mange tilfeller. Disse har igjen et avgrenset og spesialisert ansvarsområder. Etter at sykehusene ble slått sammen til Helseforetak strekker deres geografiske plassering av sykehuset seg over tre ulike byer (Kristiansand, Arendal og Flekkefjord), og tilbud til pasienter skal dekke begge Agder-fylkene. Sørlandet Sykehus er mer hierarkisk oppbygd enn Kristiansand kommune. Det vil medføre ulike muligheter og begrensninger i forhold til implementering av nye oppgaver/ordninger i organisasjonene. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingsdelen.

2.9 Begrepsavklaringer

Mange begreper kan ha ulik betydning og tolkes på ulike måter. Derfor har jeg kort beskrevet hva jeg legger i de mest sentrale begrepene i studien i det følgende.

2.9.1 Gjensidige kombinasjonsstillinger mellom SSHF og HS-sektoren

Med begrepet *gjensidig* kombinasjonsstilling i pilotprosjektet mener vi at det er en forutsetning for samhandlingsprosjektet at det skal være *like mange* sykepleiere rekruttert fra sykehuset, som det rekrutteres fra kommunen. Dette er det unike med prosjektet, og har vært med på å ”heve samhandlingen” et hakk over andre lignende hospiteringsordninger. Det var først et vilkår at to personer (en fra sykehus og en fra kommunen) skulle bytte stilling i den tidsavgrensede perioden med kombinasjonsstilling. Det hadde det vært en optimal løsning for å redusere mye av det administrative arbeidet rundt ansettelsesprosessen. Dette viste seg vanskelig gjennomførbart, så lenge ordningen skal basere seg på motiverte ansatte, og det ikke klaffet med søkerne i prosjektet. Dermed utvidet vi begrepet gjensidighet til å gjelde like mange kombinasjonsstillinger og sykepleiere fra hver organisasjon.

2.9.2 Ledelse

I ulike fag som i stor grad handler om ledelse, og internt i management-litteraturen, er det ulike oppfatninger av hva ledelse er, selv om en mer kulturelle oppfatningen av ledelse begynner å bli mer og mer dominerende. Selznick har en enkel måte å definere ledelse på ved

å si at dette kan forbindes med ”statsmannskunst”(ref. hos Christensen m.fl. 2004:106). Med det menes at det innenfor de formelle rammene er åpning for at ulike institusjonelt baserte og *uformelle* prosesser utspilles. Dermed blir ledelse relatert til *mellommenneskelige forhold og prosesser*; nemlig behandlingen av mennesket i de formelle systemene. Ledelse har endret seg fra å være *styring av til styring i*. Dette innebærer at overordnet, formell ledelse er mindre akseptert enn før, mens desentralisert ledelse med frihetsgrader og sterkere innflytelse fra ansatte er mer akseptert (ibid.) Ledelse er blitt et viktigere virkemiddel i offentlig sektor. Det har skjedd en *utstrakt grad av delegering nedover* i systemet til resultatenheter og andre typer instanser der lederne gjøres ansvarlig for resultatet. Samtidig skjer det en sentralisering ved at det utvikles nye system og ordninger som skal sikre politisk kontroll. Helhetlig offentlig styring er på vei inn igjen (eks. på ”Whole of government” element) som en reaksjon på de tendensen til fragmentering som skal ha skjedd i kjølvannet av New Public Management. Det hevdes at offentlig sektor må søke å legitimere sine aktiviteter ved å utvikle et sett felles verdier og identiteter ved å utvikle ”tverrgående koordineringsmekanismer” (Beck-Jørgensen 1999, Klausen 2001, Beck Jørgensen 2003)

Ledelse handler om å få en organisasjon til å fungere - til å nå sine mål og gjennomføre sine oppgaver på en god måte. Ledelse kan ses på som *organisasjonsatferd* (Christensen et al, 2004:107). Konteksten som omgir en leder av kulturell og strukturell karakter, gir muligheter for handling, men også klare føringer og begrensninger.

2.9.3 Samarbeid

”Kjært barn har mange navn”, og det kan en også si om begrepet *samarbeid*”. Ordet samarbeid er positivt ladet, og det er en gjengs oppfatning at det er viktig. I faglitteraturen finnes det en rekke betegnelser som berører samarbeid som et komplekst fenomen.

Samhandling, transaksjon, koordinering, samordning og samarbeid har forskjellig men overlappende innhold, men i dagligtale er det ikke lett å finne et klart skille.

Samhandling og *transaksjon* kan sees på som synonymt, begrepene avspeiler at det handler om **ytelse utveksles med motytelse** – eller at den ene tjenesten er den andre verd.

Samordning (coordination) kan sees på som **mer formalisert enn samarbeid**, og innebærer at en søker felles måloppnåelse ved hjelp av økonomisk og personellmessige ressurser. Alle former for samordning har som mål og effektiviserer strømmen av transaksjoner. Samordning kan sees på som en trussel mot den enkelte enhets eller organisasjons autonomi (Knudsen,

2004:24). Samarbeidsavtalene som er utviklet i etterkant av dette prosjektarbeidet kan være et eksempel på dette. De pålegger enhetsledere/avdelingsledere å tilpasse nye elementer i driften sin, uten ekstra midler, og uten at lederne får velge det selv (også kalt top-down, Jacobsen 2004).

Samtidig kan *samordning* gi antydninger om at det er tiltak som er tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre. Målet med samordning er å oppnå synergieffekter som gjør ”at tiltakene forsterker hverandre gjensidig” (Knoff, 1985. Referert i Lauvås & Lauvås, 2004:52). En gjennomgående forventning er at koordineringen skal føre til en bedre helhet, selv om det kan innebære at den ene part må gi seg mens den andre vinner (Jacobsen, 2004:82). I prosjektet med kombinasjonsstillinger er det nettopp forventningen om at koordineringen av fagstillinger mellom 1. og 2. linjetjenesten skal føre til en bedre helhet, som er drivkraften.

Som nevnt innledningsvis kan begrepet *samarbeid* tolkes på flere måter og ha flere betydninger. Noen forstår samarbeid som et system av uavbrutt samhandling, mens det for andre betyr at organisasjonen eller enheten har evne til å gjøre atferdsmessige justeringer, uten konkurranse eller konflikter, og på samme tid oppnå best mulig ressursutnyttelse og best mulig ytelse totalt sett (Knudsen 2004:25-26). Jacobsen hevder at samarbeid som begrep bare bør brukes der samhandling er et resultat av frivillighet fra de involverte parter. Der samhandling pålegges dreier det seg om *samordning* (Jacobsen, 2004:82). Dessuten innebærer samarbeid et spenningsforhold. Vedler fremholder at samtidig som vi må la den ene få innflytelse på oss, må vi ikke være selvutslettende. Samarbeid krever evne til kompromiss; vi må både hevde oss og stå fast, samtidig må vi forsøke å se tingene fra den andres synsvinkel. Samarbeid rommer altså et dilemma (Vedler, 1995/1998).

Hos Knudsen finner vi to ulike perspektiver på samarbeid. Utvekslingsperspektivet handler om koordinering uten ordre fra ledelsen (”bottom-up” jf. Jacobsen, 2004), mens mandatperspektivet forutsetter at et overordnet organ beordrer samhandling mellom enheter på et lavere nivå (Knudsen, 2004:26) Eller det kan benevnes som ”Top-down” (Jacobsen, 2004). I praksis er nok ikke skillet så tydelig. Mange ledere (inkludert min egen erfaring som leder) uttrykker sin manglende tro på at samarbeid vil fungere på bakgrunn av overordnede formelle samarbeidsavtaler. Det er ikke tilstrekkelig med en formell maktposisjon for å tvinge igjennom samhandling mellom underordnede enheter og medarbeidere.

2.9.4 Tverretatlig samhandling og samarbeid

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvordan jeg tolker tverretatlig samarbeid, og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å lykkes. Personene som skal samarbeide med hverandre fra SSHF og Kristiansand kommune har alle samme profesjonsbakgrunn. Både lederne og ansatte i begge forvaltningsnivå er sykepleiere. Det blir derfor naturlig å se på tverretatlig og ikke tverrfaglig samhandling i dette studiet. Sykepleierens profesjonskultur vil derfor bare være relevant å drøfte i kraft av institusjonell tilhørighet (om de har sin tilhørighet i SSHF eller i HS-sektoren i Kristiansand kommune) og hvilke instrumentelle og institusjonelle utfordringer dette kan gi.

” Det er ikke brukerne som har sammensatte behov! Brukerne har et helhetlig behov, men møter fragmenterte tjenester!” Dette er et utsagn fra lederen i et lokalt samordningsprosjekt i regi av Aetat, trygdeetaten og kommunale sosialtjenester (Sosial- og helsedirektoratet, 2006:24) og det er et viktig tankekors. Jeg tror denne uttalelsen også er dekkende for hva mange brukere opplever i møte med det offentlige helsevesenet. Spesielt mennesker med kroniske lidelser, som kanskje gjennom hele livet må forholde seg til ”svingdørs-tilbud” preget av mangel på helhetstenkning. De blir sendt på kryss og tvers mellom ulike avdelinger ved ulike tjenestenivå eller mellom ulike fagfelt, med minimal samhandling. Som nevnt også innledningsvis refererer Helsetilsynet til flere uheldige hendelser knyttet til manglende samhandling og kommunikasjon mellom avdelinger og fagfolk. Derfor er tverretatlig samarbeid og samhandling veldig sentralt. Helsetilbud i Norge er i all hovedsak organisert som lagarbeid. Men det er store utfordringer knyttet til å få dette lagarbeidet til å fungere godt. Samarbeid foregår både formelt og uformelt, men særlig fordi lagorganiseringen må skje på tvers av forvaltningsnivå og ansvarsområder kan det være utfordrende å skape en felles forståelse innad i alle faggruppene. Det finnes en rekke eksempler på gode intensjoner, samarbeidsavtaler og fagre ord ikke følges opp i hverdagslig praksis. Dette er i stor grad en ledelsesutfordring. Det vil derfor bli naturlig å fokusere på det tverretatlige samarbeidet med kombinasjonsstillinger i denne studien.

3.0 METODE OG GJENNOMFØRING

3.1 Metode

Forskningsdesign er en praktisk strategi for å få kunnskap om virkeligheten ved å kombinere teori og empiri. Valg av kvalitativ eller kvantitativ metode avhenger av hvilke spørsmål og problemstilling en ønsker å belyse. Forenklet kan en si at kvantitativ metode formidler tall, mens kvalitativ metode formidler ord. I rendyrket form kan de defineres som ytterpunkter på en skala, men i praksis benyttes metodene svært ofte i en kombinasjon. (Jacobsen, 2005). Med bakgrunn i hensikten med prosjektarbeidet som ligger til grunn for studiet, har det vært naturlig å benytte kvalitativ tilnærming og forskningsmetode.

Det finnes mange ulike definisjoner av hva kvalitativ metode er. Samtidig er det enda ikke laget *en* definisjon som alle er blitt enige om (Kruuse, 1996). Flere teoretikere har i stede valgt å fokusere på ulike typer kvalitative metoder, for å beskrive hva metoden innebærer. Kalleberg (1982) er et eksempel, han har beskriver *feltforskning*, *case-studier*, *deltagende observasjoner* og *"bløte"-metoder* som former for kvalitativ metodikk. En annen oppdelingsmåte er *observasjoner*, *intervju* og *dokumentanalyser*. Intervjuene kan igjen deles opp i ulike typer, det samme kan forskerrollen. (Kruuse, 1996). Det er ikke hensiktsmessig å gi en generell teoretisk beskrivelse av alle de ulike former for kvalitativ metodikk, men de metodene jeg har benyttet for datainnsamling i studiet, vil jeg beskrive fortløpende i det videre. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Jakobsens definisjon av kvalitativ metode (Jacobsen, 2005.)

Ved en *kvalitativ tilnærming* søker en å oppnå en felles *forståelse av sosiale fenomener* med bakgrunn i fylldige data om hendelser og aktører. Dette er en åpen metode sammenlignet med kvantitativ tilnærming. Forskeren forsøker å legge færrest mulig føringer for den informasjonen som samles inn. Først i etterkant av informasjonen er samlet inn, blir den strukturert, satt i kategorier og delt opp i variabler som igjen blir forbundet med hverandre (Jacobsen, 2005:127).

For å svare på problemstillingen har jeg valgt en *fenomenologisk tilnærming*. Denne metoden benyttes ofte når en ønsker å få en forståelse av et fenomen. Utvalget hvor undersøkelsen

gjøres er derfor enten strategisk, typisk eller spesielt, og ikke representativt, som i den kvantitative metoden. ”Det er åpent for intervjupersonens erfaringer, fremhever presise beskrivelser, forsøker å se bort fra forhåndskunnskaper, og søker etter beskrivelsens sentrale betydninger” (Kvale, 2005). Utvalget for denne undersøkelsen er basert på at alle respondentene har selvopplevde erfaringer rundt kombinasjonsstillinger, og er derfor spesielt egnet til å belyse problemstillingen, og ikke representativt i metodisk forstand.

En rekke forhold kan være både fordeler og ulemper når en forsker i egen organisasjon. Nielsen og Repstad (2004) nevner flere forhold som er viktig å reflektere rundt i denne type forskning. Jeg vil her beskrive de faktorer som jeg selv har opplevd som mest relevant i dette studiet.

3.1.1 Fordeler med forskning på egen organisasjon

Det var helt klart en fordel for både mine informanter og meg at jeg snakker hverdagsspråket til helsepersonell. Å lære en organisasjon å kjenne er i følge Nielsen og Repstad som å lære et nytt språk (2004). Ved flere anledninger ble det vist til ”Ja, du vet jo hvordan det er, du har jo selv erfaring med turnus..” og lignende. Jeg kunne også bruke min kjennskap til ”språket” til å bygge opp tillitsrelasjoner til informantene noe som er viktig i kvalitative intervju. Det var lett å kjenne igjen hva som opptok sinnene til respondentene, og lett finne fram ”svake punkt” så ved samtaler kunne jeg bruke egne erfaringer til å få fram viktige detaljer. Det har også vært en fordel å ha kjennskap til den uformelle delen av organisasjonen, og ha faktiske kunnskaper om organisasjonen med tanke på å forstå struktur og kultur. Det jeg har manglet har det vært enkelt å få tilgang på for jeg har visst hvor jeg kunne finne det.

3.1.2 Ulemper og utfordringer med forskning på egen organisasjon

Man kan lett bli for nærsynt og i samtaler og intervju kan man lett tro at en vet hva den andre snakker om uten at en faktisk gjør det, og det samme kan informanten/respondenten. De kan fort ta for gitt at jeg har de samme kunnskapene som de selv besitter, og dermed ikke forklare alle viktige detaljer. Et annet problem er at det kan være vanskelig å fri seg fra forutinntatte meninger og holdninger når jeg skal tolke data. Mye kan være ubevisst, og farge min tolkning av resultatet. Det kan også være vanskelig å beskrive sannheten; etiske refleksjoner rundt

innsamlet data fører til spørsmål som: Tør jeg, bør jeg, vil jeg la være å presentere alle funn? Dette kommer jeg mye tilbake til nærmere tilbake til senere i dette kapitlet. Et siste moment som trekkes fram av Nielsen og Repstad (2004) er forskers egeninteresse i at prosjektet skal lykkes. Dette vil jeg også komme tilbake til i det videre.

Å forske på de nære ting, fører til at jeg ikke kan påberope meg en nøytralitet og objektivitet. Jeg vil være forutinntatt, subjektiv og tolke det jeg fanger opp. Derfor er det vanskelig å opprettholde et tradisjonelt vitenskapsideal når jeg forsker på mitt eget system. Nettopp derfor er det ekstra viktig at jeg er selvkritisk i å rapportere hva jeg planla å gjøre, og hva resultatene (likevel) ble, og hva jeg faktisk gjorde. Dette vil jeg forsøke å praktisere etter beste evne.

3.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen er foretatt fortløpende gjennom hele prosjektet. Jeg har benyttet ulike kvalitative datainnsamlingsmetoder. Hovedkilden innbefatter to *delvis strukturerte gruppeintervju fra pilotprosjektet* basert på åpne spørsmål i en intervjuguide. Det har vært tilrettelagt for de syv kombinasjonsstillingene i prosjektperioden, som igjen har involvert 14 ledere samt tillitsvalgte. Halvparten av lederne har vært involvert fordi en sykepleier har søkt tilrettelagt kombinasjonsstilling ved deres enhet, de andre syv fordi de har gitt permisjon til ”sin sykepleier” i 50 % av sin opprinnelige stilling. Alle 14 lederne har blitt nødt til å tilrettelegge egen turnus, Enten fordi de har åpnet opp og tatt imot en kombinasjonssykepleier i 50 % stilling for ½ år, eller fordi de har mistet 50 % av sin faste sykepleier. Dette har medført direkte samarbeide mellom syv lederne fra hvert forvaltningsnivå (totalt 14). Disse lederne har vært forpliktet til å samarbeide med kombinasjonssykepleierens andre arbeidsgiver. De to har blitt forpliktet til å tilrettelegge arbeidsplanene (turnusen) til den kombinasjonsansatte i prosjektet med to 50 % stillinger til å ligne en fast 100 % stilling hos en arbeidsgiver.

Som sekundærdata for å forsterke funnene fra pilotprosjektet har jeg intervjuet ansatte som på eget initiativ jobber både på sykehuset og i kommunen og ansattes om har deltatt i hospiteringsordninger på SSHF. I tillegg har jeg gjort egne refleksjoner basert på egne erfaringer/observasjoner i prosjektgruppemøter, arbeidsgruppemøter, personalmøter m.m. Jeg har der gjort meg notater fra feedback og loggført momenter fra deltagende observasjon i

prosjekt/referansegruppen og pilotprosjektet. Alle funnene som blir benyttet i denne studien har også tidligere blitt prestert for prosjektgruppen underveis og avslutningsvis. Det har vært konsensus om funnene som er framkommet av fra pilotprosjektet og arbeidsgruppens tolkninger rundt disse. Gjennom godkjente referater og bekreftende samtaler med respondentene er dette med på å gi validitet til mine funn.

3.2.1 Gruppeintervju/evalueringsgrupper i teori og praksis

Jacobsen antyder at en optimal gruppestørrelse er fra fem til åtte personer (2005:156). Blir gruppen for liten vil det begrense meningsutvekslingen. Blir gruppen for stor kan det føre til at diskusjonen deler seg og at en dermed mister viktige data. Det kan også føre til at det er mulig for enkeltpersoner å skjule seg, og unnlate å komme frem med sin synspunkter. Mange synes det er vanskelig å si sin mening i store grupper. I pilotprosjektet gjennomførte vi tre evalueringsgruppemøter, to ble avholdt på sykehuset, et i kommunens ”pilot-avdeling”. Det første etter to måneder og det neste etter seks måneders erfaring med kombinasjonsstilling og det siste som et felles avslutningsmøte, da også med Helse og sosialdirektøren fra kommunen til stede. I møtene var det tilstede seks personer første gang og åtte personer de siste gangene. Deltakerne i gruppen var prosjektledelsen, lederne og kombinasjonsansatte samt tillitsvalgt. Ved begge gruppeintervjuene var det noe frafall fra lederne, men disse ga sine tilbakemeldinger tilknyttet evalueringsskjema per e-post. Evalueringsskjema ble sendt ut en uke i forkant av møtet, se vedlegg 2: *Evalueringsspørsmål*.

Fordelen med å kjøre evalueringene samlet, var blant annet at det ga en unik mulighet til meningsutveksling mellom sykehuset og kommunen, til å lære mer om hverandre og få konkrete tilbakemeldinger på administrative forhold som var viktig å ordne opp i. På den annen side kan denne formen for intervju, gi en mulig feilkilde i tilbakemeldingene. Det kan være vanskelig å være helt ærlig i den grad tilbakemeldinger tilknyttet leder/ansatt, kommunen eller sykehuset og eller prosjektledelsen er negativ⁷. Samtidig viste de faktiske tilbakemeldingene i evalueringsmøtene at det var nokså jevnt fordelt med positive og negative opplevelser, og det var i tillegg jevnt fordelt mellom sykehus og kommunen som arbeidsplass.

⁷ For å demme opp for denne mulige feilkilden ble påpekt fra prosjektledelsen umiddelbart i forkant av evalueringsmøtene at vi ønsket helt ærlige tilbakemeldinger, både positive og negative erfaringer, da deres tilbakemeldinger ville være helt sentral for de anbefalinger vi ville gi til styringsgruppen om kombinasjonsstillinger i framtiden.

Tilbakemeldingene vi fikk bar preg av å være både ekte, subjektive og nyanserte. Det var ikke bare ”vakre glandsbilder” som ble beskrevet, og erfaringene fra første evaluering ble benyttet til å justere en del praktiske ting til neste runde med ansettelse av kombinasjonsstillinger . Derfor tolker jeg dataene som pålitelige, og opplever ikke at intervjuformen har påvirket validiteten (påliteligheten) på dataene.

Vi stilte de samme spørsmålene alle gruppeevalueringene. Dette for å se om det skjedde en endring i tilbakemeldingene etter at de hadde fått mer erfaring fra å jobbe i kombinasjon. Som prosjektleder ledet jeg møtene og stilte de planlagte spørsmål. Prosjektmedarbeideren fra SSHF kom med tilleggsspørsmål og skrev referat.

3.2.2 Individuelle intervju i teori og praksis

I tillegg til gruppeintervjuer fra kombinasjonsstillingsprosjektet, gjennomførte jeg fem enkeltintervju av sykepleiere som har jobbet i ”selvkomponerte”⁸ kombinasjonsstillinger utenom prosjektet, samt to intervju med ansatte som hadde deltatt i en hospiteringsordning mellom kommunen og SSHF v/lindrende avdeling. Intervjuene er inspirert av Spradelys (1979) og Smith (1988; 2005) etnografiske tilnærminger, der utgangspunktet er å lære om et fenomen, gjennom folks grundige beskrivelser av praksiser og erfaringer med selve fenomenet.

De ble spurt om følgende forhold:

- a) *Hva er motivasjonen din for å jobbe i kombinasjon og hvor lenge har du jobbet slik?*
- b) *Hva vil du beskrive som nytteverdien av å jobbe begge steder med tanke på kompetansedeling og bedre samhandling mellom tjenestenivåene*
- c) *Hva er ulempene med å jobbe i kombinasjon?*
- d) *Ville du ha anbefalt andre å jobbe slik, eventuelt hvorfor/hvorfor ikke?*

De ga utfyllende tilbakemeldinger på spørsmålene, og mange beskrivende eksempler på episoder som bidro til å tegne et nyansert bilde av deres erfaringer. Intervjuene hadde en løs ramme, og mer form som en samtale, hvor det ble gitt rom for at de fikk komme fram med det

⁸ Med *selvkomponerte kombinasjonsstillinger* mener jeg ansatte som på eget initiativ har tilegnet seg to ulike ansettelsesforhold. Disse er ikke tilrettelagt fra arbeidsgivers side. Det medfører at de av og til må jobbe doble skift og to av tre helger (jobber to helger etter hverandre, en helg fri året rundt), og at de ikke er sikret ferie fra begge arbeidsgiverne på samme tid på året.

de opplevde som viktigst, men med hovedfokus på kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Spørsmålene i gruppeevalueringene i pilotprosjektet og spørsmålene i individuelle intervju med ansatte i ”selvvalgte” kombinasjonsstillinger, er nokså sammenfallende, bare tilpasset deres ulike utgangspunkt.

3.2.3 Refleksjon knyttet til gjennomføring av samtaler/intervjuer

I tillegg til å bidra til kunnskapsproduksjon, kan dialogform bidra til å minske objektivering av respondentene som ble intervjuet (Smith 1988). Gjennom den metodiske tilnærmingen ble det lagt til rette for at jeg som intervjuer og informantene deltok i samtalene som likeverdige. Intervjuene ble gjennomført på den enkeltes arbeidsplass, så omgivelsene var kjente og trygge. Jeg presenterte for respondentene at jeg parallelt med prosjektet skrev masteroppgave knyttet til muligheter og barrierer i kombinasjonsstillinger, og spurte om det var greit at jeg benyttet deres tilbakemeldinger til dette formål, dersom det ble viktig for å belyse temaet. Også her var det ensidig positive reaksjoner, og jeg fikk muntlig samtykke av hver enkelt. Det virket som at de fikk lyst å fortelle mye mer, i håp om at deres tilbakemeldinger ble hørt, og gjort nytte av. Gullestad (1991) nevner som årsaker til eventuell suksess i feltarbeid at de fleste mennesker elsker å prate om seg selv, og får sjelden tilstrekkelig mulighet til å gjøre det. I tillegg blir mange smigret over at noen tar deres meninger på alvor (ibid). Denne effekten opplevde jeg var tilstede i møte med intervjuobjektene/respondentene, flere uttrykte tilfredshet over å bli spurt om deres erfaringer og meninger.

I tillegg til datainnsamling som ble forfattet i felleskap med intervjupersonene, ba jeg enkelte respondenter som hadde ”mye på hjertet” å skrive ned den detaljrikdom de presenterte for meg, og sende dette i etterkant av intervjuet på e-post. På den måten fikk jeg bedre anledning til å være lyttende tilstede i intervjusituasjonen, og i tillegg fikk jeg deres utdypende beskrivelser per e-post. Dette var med på å kvalitetssikre datainnsamlingen, og utfylle datamaterialet.

3.2.4 Deltagende observasjon

Foruten gruppeintervju og individuelle intervju har jeg gjort meg egne erfaringer gjennom prosjektarbeidet. Jeg har deltatt på flere arenaer i denne forbindelse, og nedenfor beskriver jeg kort andre arenaene som har vært med på å gi nyttige innspill og refleksjoner i prosessen:

Prosjektgruppemøter. Prosjektgruppen har vært bredt sammensatt av totalt 12 personer, seks fra hver organisasjon og har på mange måter fungert mer som en *referansegruppe*. Den har bestått av ledere, rådgivere fra personal og FoU, samt tillitsvalgte fra SSHF og kommune. (*I vedlegg 1: Prosjektdirektiv, side 1 beskrives deltakernes formelle rolle*). I tillegg er det innhentet juridisk rådgivning etter behov. Vi har i prosjektperioden hatt fem møter.

Arbeidsgruppemøter. Arbeidsgruppen har bestått av prosjektleder (fra Kristiansand Kommune) og prosjektmedarbeider (fra SSHF) og har fungert som et arbeidsutvalg for prosjektgruppen. Arbeidsgruppen har hatt 20 møter i prosjektperioden, i tillegg kontakt per e-post og telefon. Underveis i prosessen har vi også involvert praksiskonsulent for sykepleietjenesten i dette arbeidet.

Styringsgruppen. For å sikre god lederforankring har styringsgruppen bestått av administrerende direktører fra Helse- og sosialsektoren i kommunen og fra Sørlandet sykehus HF. Vi har hatt to *styringsgruppemøter* i prosjektperioden som jeg har ledet. Jeg har ikke samlet inn data fra disse møtene, da utvalget er for gjennomsliktig. Likevel vil min tolkning av data kunne bli farget av erfaringer jeg har gjort fra styringsgruppemøtene, jfr. det jeg tidligere har beskrevet om faren med en tett kobling til ”makten” .

3.3 Utvalg

3.3.1 Utvalg av deltakende enheter (ledere) til pilotprosjektet

Utvalg i kvalitative tilnærminger er som oftest formålstyrte. Med det menes at vi gjør utvalget basert på de vi mener er best egnet til å belyse problemstillingen (Jacobsen, 2005:169). Prosjektgruppen, pilotenhetene og øvrige deltakerne i kombinasjonsstillinger har blitt valgt ut etter ”*snøballmetoden*” som beskrives blant annet hos Repstad (1998) og Jacobsen (2005). Den innebærer at man finner informanter gjennom kunnskap og kjennskap da dette er minst

tidkrevende, og man sikrer seg på den måten at respondentene innehar den nødvendige nøkkelkunnskapen.

Det begynte med at direktørene for SSHF og Helse- og Sosialsektoren i Kristiansand ble enige om teste ut nye samarbeidsformer. Prosjektgruppen var sammensatt ut fra kriteriet om at de skulle representere toppledelsen med spisskompetanse innen personal, juss, FoU og samhandling. I tillegg deltok de respektive tillitsvalgte for sykepleierne i prosjektgruppen. Deres rådgivere kom med forslag til tjenesteledere fra hver sin etat som kunne passe til å delta i et pilotprosjekt, to ledere som begge var kjent for å være endringsvillige og samtidig representerte de enheter/avdelinger hvor det var stor grad av inn og utskrivning av brukere/pasienter. Disse var dermed også tjent med et bedre samarbeid for å kunne gi bedre helhetlig tjenesteopplevelse for pasientene. De ”utvalgte” sa ja til å bli med, og var åpen for å teste ut denne ordningen i et pilotprosjekt. Dette er en fordel med tanke på å få positiv framdrift og holde tidsfriser.

”Søballmetoden” er hensiktsmessig på flere måter. Uten engasjement er det vanskelig å få til endringer. Og i prosjektarbeid kreves det innsatsvilje og framdrift innen knappe tidsfrister. På den andre siden representerer dette en svakhet ift validiteten (gyldigheten) av datainnsamlingen, da disse respondentene trolig er mer positive enn den etaten de representerer. Et sterkt engasjement kan være medvirkende til at en oppnår bedre resultater enn det en ville oppnådd under normale omstendigheter. Det samme gjelder de som har valgt å jobbe i både i ”selvvalgte” og tilrettelagte kombinasjonsstillinger. Samtidig er en avhengig av motiverte personer for å få testet ut nye arbeidsmetoder innen gitte tidsfrister. Det vil heller ikke være mulig å undersøke svært mange personer.

Krav til pilotenhet – bestemt i prosjektdirektivet

Et annet viktig kriterium for prosjektet var at nedslagsfeltet skulle være enheter med stor grad av inn-/og utskrivning mellom tjenestenivåene. De to enhetene som ble valgt var en stor sone/avdeling for hjemmesykepleie i Kristiansand kommune og Ortopedisk avdeling ved Sørlandet sykehus HF. De oppfylte kriteriet om å ha hyppige inn-/utskrivninger av felles brukere/pasienter.

3.3.2 Utvalg av respondenter med lignende erfaringer

Det ble gjennomførte en enkel e-postkartlegging i forkant av pilotprosjektet for å få tak i lignende erfaringer fra ansatte som jobbet kombinert kommune og sykehus samtidig. Forespørsel ble sendt til alle lederne i HS-sektoren (32 enheter) med spørsmål om de hadde medarbeidere som også jobbet på sykehuset, og i så fall om vi kunne få navn på hvem dette var, så vi kunne kontakte de i etterkant. Halvparten av enhetene svarte. Av innkomne svar var det i alt 11 sykepleiere som jobbet begge steder (Kristiansand kommune og på Sørlandet sykehus) på eget initiativ. Det ble ikke gjennomført tilsvarende kartlegging i SSHF, men en kartlegging fra 2006 viste at det var svært få medarbeidere som jobbet på begge steder.

Ut fra de innkomne svarene med navn på aktuelle kandidater, ble halvparten kontaktet og intervjuet, for å høste deres erfaringer med selvkomponert kombinasjonsstilling. Det ble gjennomført dybdeintervju med fem sykepleiere fra dette utvalget.

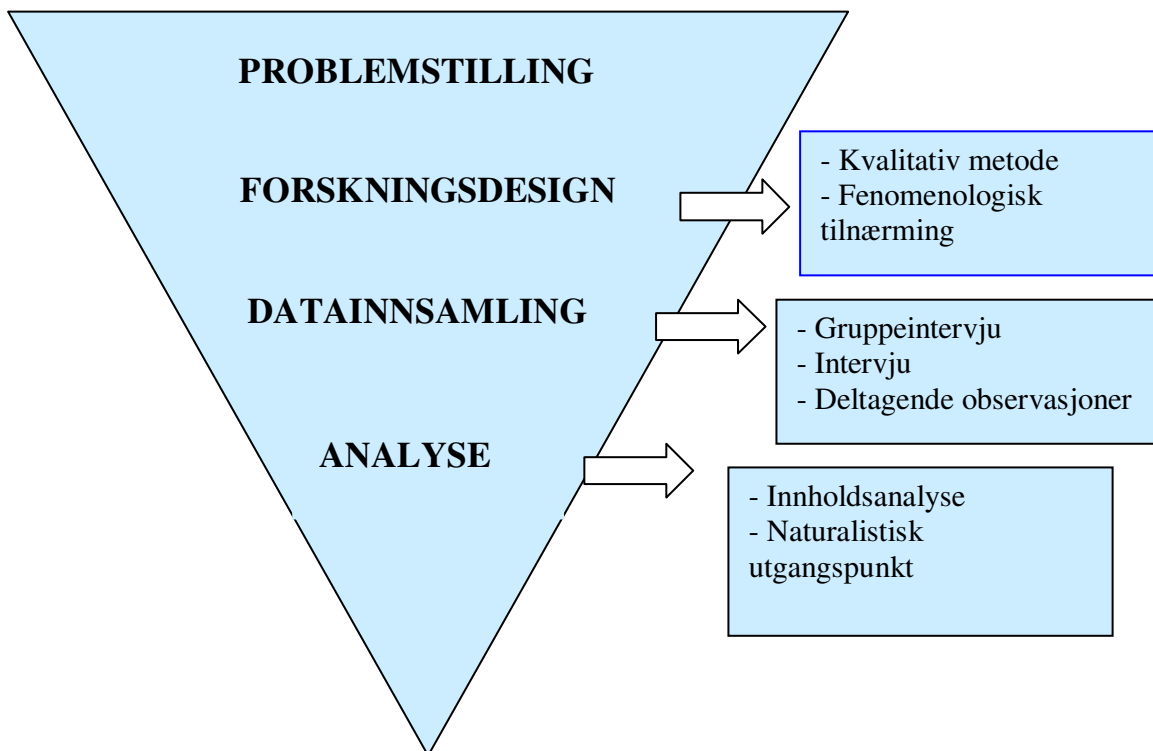
3.4 *Evalueringkriterier og evalueringsdesign*

Vi utarbeidet en intervjuguide (åpne evalueringsspørsmål) til deltakerne i pilotprosjektet, basert på deres erfaringer knyttet til effektmålene fra prosjektdirektivet, og som samtidig belyser hvilke praktiske utfordringer som må løses for å få ordningen til å fungere optimalt. I denne oppgaven har jeg som beskrevet innledningsvis valgt å avgrense fokusområdet. Delmålene som datamaterialet bygger på (nevnt innledningsvis) er spesielt viktige i forhold til studiets problemstilling, da de omhandler hvilke muligheter og begrensninger ordningen erfaringsmessig har gitt, med tanke på tettere samhandling og kompetansedeling mellom tjenestenivåene, som igjen vil være avgjørende for å oppnå et bedre helhetlig pasientforløp.

Delmålene fra prosjektdirektivet ble omformulert som spørsmål. I tillegg ønsket vi å få frem pilotenes erfaring rundt administrative forhold knyttet til kombinasjonsansettelsen, da det kan være en kritisk suksessfaktor for at ordningen skal kunne implementeres i drift og oppleves attraktiv og forutsigbar (se vedlegg 2).

Jeg har valgt å ta et naturalistisk standpunkt til datamaterialet, ved å anta at de svarene jeg får fra informantene, kommuniserer deres faktiske opplevelse av fenomenet. Det betyr at hvilke muligheter og begrensninger som beskrives knyttet til kombinasjonsstillingene, fremkommer

ut fra den informasjonen respondentene gir. Et bilde på den metodiske tilnærming jeg har benyttet kan jeg oppsummeres i følgende grafiske framstilling:



Figur 2.0

3.5 Kvalitetsvurderinger av forskningsprosessen

3.5.1 Forskningens hensikt

Lokal oppdragsforskning har i motsetning til mye annen forskning en tydelig hensikt. Denne studien henger sammen med at den normalt er et virkemiddel for styring (Hallandvik, 2009). Studien bygger på prosjektet ”Gjensidige kombinasjonsstillinger mellom SSHF og KK”, som har hatt en klar målsetting, nemlig teste ut et nytt tiltak for å bedre samhandling på tvers av tjenestenivåene. Med andre ord kan vi si at prosjektet har hatt en tydelig hensikt. Hensikten er å studere effekten av tiltaket og predikere framtidige muligheter og begrensninger. På denne måten kan man si at forskningen har fellestrekk med tiltak som blant annet lovutarbeidelse, økonomiske insitamenter, veiledning og monitoring og lignende (Hood 1990; Torgersen 1999).

Forskningen blir dermed et *instrumentelt tiltak* for å nå mål og kan benyttes både til å forstå effekten av et tiltak (evaluere pilotprosjektet med kombinasjonsstillinger) og til å forbedre disse (*Hva skal til for å lykkes med implementering av ordningen*). Ifølge Hallandvik (2009) er det vanlig at det er sentrale styremakter som er pådrivere, og at lokale aktører står for den operative delen. I dette tilfellet er prosjektet støttet av både Helsedirektoratet og Helse - og omsorgsdepartementet, med initiativ og egeninteresse hos toppledelsen i Kristiansand kommunes helsetjeneste og ved Sørlandet sykehus HF. Dette innebærer at forskningen har en sterk kobling til *makten*. Dette vil jeg komme tilbake til i kapitlet ”Ethiske refleksjoner”.

3.5.2 Fordeler og ulemper med oppdragsforskning som utgangspunkt for studiet

Fordelen med at denne ”inngangsbilletten” er at jeg på denne måten har fått et unikt utgangspunkt for å innhente data. Uten å ha fått rollen som prosjektleder hadde jeg ikke hatt samme mulighet til å samle inn et så bredt datagrunnlag som jeg har nå. På den andre siden kan resultatene som fremkommer kunne være en kilde til ledelsens maktutøvelse⁹. Hallandvik (2009) beskriver forskning som et *moderne* virkemiddel for offentlig styring, og stiller samtidig spørsmål om dette kan være grunnen til at den virker litt underkjent og til nå ikke er viet stor plass i litteraturen om slike virkemidler¹⁰. Maktutøvelse i offentlig styring, krever mer enn å styre etter direktiver og lovgivning. Lederne må finne kloke eller ”lure” måter for å få bedre gjennomslagskraft for sin strategi. Økt kunnskap går inn i en slik strategi (Foucault, 2002, Neumann 2002). Oppdragsforskning vil videre kunne bidra til utvikling av tjenester og offentlig politikktutforming (Skoie, 2005). I tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet ble nettopp dette vektlagt:

”...Forprosjektet tar sikte på å belyse spørsmål som har høy oppmerksomhet nasjonalt, og vi forutsetter at prosjektleder vil legge vekt på erfaringsformidling i prosjektarbeidet og eventuelt gi bidrag inn mot Kompetanseløftetes møteplasser...”

(Utdrag fra Helsedirektoratets tilsagnsbrev)

⁹ At kunnskap kan være en kilde til makt, er et sentralt tema i teori, bl.a hos Foucault (2002)

¹⁰ Gjelder for eksempel standardverket *The Tools of GOVERNMENT: a guide to the new governance* (2002) av Elliot og Salamon (red.).

Torgersen (1999) påpeker at evaluering og ny kunnskap fra utviklingsprosjekter kan gi sentrale myndigheter mulighet for kontroll og innsyn, og vi ser dette stemmer med målsettingen i ovennevnte sitat fra tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet. De forutsetter kunnskapsdeling og innsyn, det er et vilkår for gi økonomisk støtte til prosjektet.

3.5.3 Hvordan tolke resultatet av oppdragsforskning?

Oppdragsforskningens hensikt og virkning kan ifølge Hallandvik (ibid) ikke bare vurderes ut fra grad av måloppnåelse. Målsettingen kan like gjerne være tiltak som gir legitimitetsøkning. Som styringsvirkemiddel gir det i første rekke en symbolsk betydning (Røvik, 1998) i form av å gi både organisasjon og ledelse status i forhold til det ”feltet” det er naturlig å sammenlikne seg med. I dette tilfellet vil det være naturlig å sammenlikne resultatene med andre samhandlingstiltak mellom kommuner og sykehus. Det jeg selv har kunne observere og erfare fra mange år i kommunal sektor, er at mye av slike overordnede tiltak har en skjult agenda som handler om å ”være best i klassen”. Det er en konkurranse kommunene og sykehusene i mellom (på overordnet nivå), om å være løsningseffektive, offensive og vise andre at en er moderne og setter i gang nye spennende tiltak. Dette målet opplever jeg ikke på langt nær like sterkt hos enhetslederne/linjelederne.

Foruten konkurransepresset mellom sammenlignbare kommuner og sykehus, kan det også være et hierarkisk press fra overordnede myndigheter. Dermed kan håndteringen like gjerne vurderes ut fra den legitimitet den gir organisasjonene, som i hvilken grad evalueringen av tiltaket ga ønsket måloppnåelse/ var vellykket eller ei. (Hallandvik, 2009). Motivene fra ledelsen i Kristiansand kommune HS-sektor og på Sørlandet sykehus HF opplever jeg som komplekse. På den ene siden ønsker de å få resultatene og konkret anbefaling om hva som bør gjøres i det videre. På den annen side er det trolig symbol effekten minst like viktig.

Forprosjektet er ganske unikt i sitt slag, og er en fin måte å vise overfor myndighetene og andre kommuner/sykehus at vår landsdel/kommune er offensive og kreative i utviklingsarbeid rettet mot bedre samhandling mellom tjenestenivåene. Dersom tiltaket i tillegg blir en suksess, kan det vises fram som et ”vellykket eksempel” for omverdenen/myndighetene. Å kunne vise til at der foregår god samhandling mellom Kristiansand kommune og SSHF kan også være et viktig moment i arbeidet med å bygge godt omdømme, for å blant annet øke rekrutteringen.

En annen utfordring er at forskningsprosjekter ofte blir betraktet som ledelsenes eller den ansvarlige aktørs virkemiddel i forhold til andre aktører i situasjonen (Hallandvik, 2009), og vekker ikke grasrotengasjementet, som er avgjørende for å få tiltaket til å lykkes og implementere nye ordninger. Her er vi inne på forhold som holdninger og kultur som forklaring på muligheter og begrensninger for å lykkes. Et tredje punkt er at forskeren selv kan være med på å skape motstand. En kan bli tatt til inntekt for at en støtte bare den ene parten, favorisere et syn, ha et forskningsopplegg som oppfattes å innebære nye prioriteringer, osv. (ibid)

Drøfting av egen rolle i studiet

Med min bakgrunn og forankring i kommuneledelsen, var det forståelig at prosjektmedarbeider fra sykehuset så på meg med en viss skepsis. Jeg ble og blir fortsatt tatt til inntekt for at jeg har mest fokus på å ivareta kommunens interesser. Jeg har bevisst forsøkt å være så nøytral som mulig, men det er ikke til å komme forbi at den sektoren en kjenner best har mitt sterkeste engasjement, og ubevisst kan det føre til at jeg i størst grad fokuserer på og forsvarer kommunens interesser. Dette kan ha påvirket min presentasjon og analyse av funnene ubevisst, så det er viktig å ha det med når en leser resultatene.

I arbeidsgruppen mellom kommunen og sykehuset oppdaget vi også etter kort tid at vi snakket forskjellig ”stammespråk” og kjente lite til den andres arbeidsfelt, arbeidsmetode og organisering. Gjennom forskning er det vanlig at verdier, mål og virkemidler i organisasjonen utfordres og avdekkes, og forskeren kan dermed oppfattes som en trussel mot organisasjonens stabilitet (Hallandvik, 2009:294). Til å begynne med opplevde jeg å bli sett på som en trussel, hovedsaklig i forhold til sykehuset. Oppstarten av prosjektsamarbeidet var til tider preget av misforståelser, en del irritasjon og uenighet, spesielt knyttet til hvordan pilotprosjekt skulle gjennomføres og hvilke avtaler vi kunne legge til grunn. Slik jeg tolker det handlet mye om at jeg hadde fokus på føringene som lå i prosjektdirektivets mange målsettinger med kommunens interesse i fokus, og i tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet, mens prosjektmedarbeider naturlig nok var mest opptatt av sykehusets virkelighet, og hva hun opplevde som mest fornuftig å gjøre og realistisk å få til i praksis. Denne prosessen var likevel nyttig for å bli mer trygge på hverandres ståsted og samtidig felles vilje til å få dette til. Gjennom tett samarbeid med tilretteleggingen av pilotprosjektet ble vi mer og mer samkjørt og utviklet gjensidig tillit og respekt. Vi utfylte hverandre på en utmerket måte, og det gjorde at vi lyktes med å holde tidsplanen og fordele arbeidsoppgaver på en god måte.

3.5.2 Validitet og reliabilitet

Validitet

Validiteten i funnene handler om i hvilken grad datainnsamlingen og drøftingen besvarer det man ønsker besvart (Jacobsen, 2005). Med andre ord hvordan datainnsamlingen og analysen tilfredsstillende de kravene som ligger i problemstillingen.

Selv om kvalitativ metode var et naturlig valg ut fra prosjektets karakter, er det visse generelle ulemper med forskningsmetoden som bør nevnes. Utvalget er lite og er ikke trukket tilfeldig. Vi kan heller ikke snakke om representativt utvalg når vi har valgt kvalitativ metode. Intervjuobjektene kan påvirkes av prosjektledelsens tilstedeværelse. De kan ikke svare anonymt, hvilket kan påvirke hva de formidler, og føre til at de kanskje ikke svarer helt ærlig. Et annet element er settingen rundt åpne intervju, som kan føre til feilkilder. Det er en alltid en fare for at det stilles ledende spørsmål og/eller at intervjuobjektet kommer med det svaret de tror prosjektledelsen forventer ut fra hva ”politisk korrekt svar”, eller påvirket av at det er andre involverte til stede.

Datainnsamlingen som ble gjort ved hjelp av evalueringsspørsmålene hadde et bredere fokus enn det som ligger til grunn for denne studien. I evalueringssmøtene innhentet vi opplysninger knyttet til alle delmålene i prosjektet, mens denne studien har avgrenset datamaterialet til å kun gjelde erfaringer knyttet til målet som omhandler bedre samhandling ved hjelp av gjensidig kompetanseutveksling. Datamaterial som presenteres vil derfor være avgrenset i forhold til prosjektet som helhet. Samhandlingseffekten ble målt i form av pilotdeltakernes tilbakemelding på egne erfaringer med gjensidige kombinasjonsstillinger. I tillegg er det samlet inn tilbakemeldinger knyttet til administrative utfordringer, for å få med andre faktorer som kan være en kritisk suksessfaktor i det videre arbeidet med å koordinere ordningen og implementere den i drift.

Utvalgsproblematikken må tas hensyn til i validitetsvurderingene. Som nevnt tidligere har respondentene delvis blitt valgt ut på bakgrunn av et sterkt engasjement, dernest på bakgrunn av ”snøballmetoden”. Faren med dette er at det kan medvirke til at en oppnår bedre resultater enn det en ville oppnådd under normale omstendigheter. Etersom verken kommune, sykehus eller respondenter er basert på tilfeldigheter, er det ikke mulig å

generalisere funnene verken utad til andre helseforetak og kommuner, eller innad i organisasjonene. Det var i denne studien viktigere for meg å gjennomføre pilotprosjektet og få høstet erfaringer med tilrettelagte kombinasjonsstillinger, enn å sikre et tilfeldig og representativt utvalgt.

Reliabilitet

Reliabilitet i oppgaven handler i stor grad om hvor godt forskningsarbeid man har utvist i løpet av studien, gjennom trekk ved hele undersøkelsen, spørsmålene, presentasjonen av funn og tolkningen av dataene (Jacobsen, 2005). Med andre ord baserer påliteligheten seg på hvordan utforming av design er gjennomført, samt hvor samvittighetsfull man har vært i sortering og presentering av datamaterialet. Ettersom det er svært vanskelig for en utenforstående person å kontrollere reliabiliteten som ligger i en kvalitativ oppgave, vil forskerens personlige, tolkende aspekt få større betydning for reliabiliteten.

Alle undersøkelsesopplegg har sine begrensninger og utfordringer. For det første har jeg med meg inn i studien en antakelse om hvilken kontekst de ulike aktørene står ovenfor. Dermed har jeg kanskje uten hensikt utelukket noen forhold som kunne vært sentrale.

I følge Brinkmann og Kvale (2005) er det kvalitative forskningsintervjuet i seg selv en forførerisk praksis. I dette studiet framsto jeg som representant for Helse og sosialdirektøren (og bedre tverretattlig samarbeid med SSHF), selv om jeg samtidig gjorde det klart at jeg ønsket å benytte deler av dataene til min masteroppgave. Dette kan ha ført til at intervjupersonene ikke følte seg fri til å si nei til å bli intervjuet.

Det finnes ingen fasit på hvordan man kan være sikker på å unngå overtramp, men jeg har forsøkt å legge til grunn ordene til den danske forskeren Krag Jacobsen (1982) hvor han sier ”*Oppfør dig godt og hør godt efter*”. Med dette understreker han viktigheten av å høre etter hva informanten sier, og at dette er det viktigste redskapet for å sanse grenseoverskridelser.

Ved å benytte intervjuguide og gruppeintervju, legges det også begrensninger på hva som blir kommunisert i den kommunikative interaksjonen, men samtidig har spørsmålene vært så pass vide/åpne at respondentene har kunnet komme med egne tilleggsmomenter.

Jeg vil allikevel argumentere for at undersøkelsesopplegget er utformet på en hensiktsmessig måte ut fra prosjektets målsettinger, og problemstillingen henger nøye sammen med en av de

mest sentrale målsettingene ved samhandlingsprosjektet. Tatt i betraktning at alle metodiske utforminger har sine svakheter, mener jeg at det designet som er benyttet i dette studiet, egner seg til å sikre best mulig reliabilitet.

Presentasjon av funnene og analysen er et resultat av et langvarig og grundig arbeid. Med utgangspunkt i et mye større datamaterial, hvor formålet var et bestillingsoppdrag (oppdragsforskning) har jeg valgt vekk data som ikke var egnet til å belyse problemstilling. I det resterende datamaterialet som dekket mitt fokus med studien, har jeg kun foretatt noen mindre justeringer ved at jeg har tatt bort tilbakemeldinger som ikke ga mening, eller ord som ikke var viktig for å forstå budskapet. Dette har jeg gjort for å gjøre teksten mer lettlest for leseren, og for å få frem det poeng som sitater uttrykker. Uavhengig av disse justeringene er sitatene fremdeles fremstilt i den sammenheng de var kommunisert, og informantene skal kunne kjenne igjen sine egne sitater. Men det må likevel sies at reliabiliteten i dette arbeidet ikke kan dokumenteres på stort annet grunnlag enn undertegnedes egne beskrivelser og tolkninger.

Jeg har hele tiden vært bevisst på at jeg ikke skal misbruke min posisjon som prosjektleder til egen vinning ved å fokusere på andre problemstillinger enn det som har vært prosjektets målsettinger. Jeg har ikke stilt prosjektdeltakerne/respondentene andre spørsmål enn de som er direkte relevante for å evaluere effekten av gjensidige kombinasjonsstillinger. Dermed har valg av problemstilling for masteroppgaven blitt lagt så nært opp til målsettingen med prosjektet som mulig, for på den måten kunne benytte de samme tilbakemeldingene og erfaringene om lå til grunn for evaluering av prosjektet, til datagrunnlag her.

Uavhengig av problematikken har det innsamlede datamaterialet i stor grad besvart problemstillingen. Respondentene har gitt gode og reflekterte tilbakemeldinger fra egne erfaringer som har vært avgjørende for å diskutere dette fenomenet. Jeg synes datamaterialet og analysen i sin helhet gir et tilfredsstillende bidrag til problemstillingen.

4. RESULTAT OG ANALYSE

4.1 Innledning

I dette kapitlet presenteres funnene fra pilotprosjektet, supplert med erfaringene gjennom hele prosjektperioden, og datamateriale drøftes opp mot forhold som kan bidra til å belyse problemstillingen. Først presenteres funnene i tabellform oppsummert og kategorisert i muligheter og begrensninger med ordningen, og sett det opp mot fire uavhengige variabler som er ledere på sykehus, ledere i kommunen, ansatte på sykehus og ansatte i kommunen. Deretter presenteres positive erfaringer ved kombinasjonsstillingene knyttet til gjensidig kompetansedeling og tettere samarbeid mellom tjenestenivåene. Dette tolkes som **muligheter** ved samhandlingstiltaket. Dernest presenteres begrensninger også oppdelt i hovedtemaer, med hovedfokus på gjensidighet og likeverd som lå til grunn for prosjektet. Temaene eksemplifiseres med utsagn som er typiske for flere informanter.

Analyseprosessen startet allerede ved prosjektets oppstart og fortsatte som en kumulativ prosess til hele prosjektperioden var slutt. I praksis innebærer det at tolkningen begynte allerede for 1 og ½ år siden, fra forundersøkelsene og intervju samtalen, som en refleksiv prosess der samtalenes gang genererte nye spørsmål som igjen førte til nye refleksjoner og så videre. Det har dermed blitt rikelig med tid til å reflektere over innsamlede data/erfaringer.

Datamaterialet er blitt analysert og tolket gjennom kontinuerlig bevegelse fra deler til helheten og omvendt. Implisitt i denne prosessen ligger også min refleksjon av egen rolle i prosjektarbeidet, og min forforståelse av fenomenet. Denne prosessen har vært med på å skape ytterligere spørsmål og ny forståelse. Dette prosessen beskrives også hos Gadamer (2004) som en vanlig framgangsmåte i kvalitativ forskning. Jeg har lært mye om sykehusets utfordringer, og blitt mer bevisst på at min egen forutforståelse preger det jeg ser av problemer og muligheter, slik som beskrevet i metodekapitlet.

Avslutningsvis analyseres og diskuteres resultatene ut fra et instrumentelt og institusjonelt perspektiv, med hovedvekt på struktur, kultur og myter.

Gjensidige kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand kommune og SSHF, pilot

	MULIGHETER	BEGRENSNINGER
Erfaringer ledere sykehus	<p>" Rullering av ansatte er viktig. Sykepleier fra kommunen ser posten på en ny måte, og gir oss viktige innspill om hvordan kommunen fungerer. Hun har vært en ressurs for vår avdeling".</p> <p>"Den ansatte fra kommunen har ved flere anledninger kjent til pasienten som har vært i behandling her. Det har tilført oss viktig kunnskap om hva pasienten mesterer i hjemmesituasjonen".</p> <p>"På lengre sikt vil ordningen kunne gi mye tilbake".</p> <p>KONKLUSJON: Ordningen oppleves som nyttig og verdifull ift kompetansedeling og samhandling.</p>	<p>" Det er ikke lett å få søkere fra sykehuset. Det er utopi å tro at denne ordningen kan være gjensidig ved at like mange søkere skal komme fra sykehuset som fra kommunen"</p> <p>"Jeg har ikke nok myndighet til å pålegge andre ledere å tilrettelegge for ordningen, hvis de sier de ikke har mulighet"</p> <p>KONKLUSJON: Ledelsesutfordring å motivere ansatte til å søke. Ordningen er ikke tilstrekkelig forankret i sykehuset, de virker ikke "moden for gjensidighet i ordningen.</p>
Erfaringer ledere kommunen	<p>"Ordningen i seg selv er en kompetansedeling både mellom ansatte og mellom lederne. Samarbeide om felles ansatt har gjort meg bedre kjent med lederen på sykehuset, og det har vært både spennende og lærerikt</p> <p>KONKLUSJON: Ordningen oppleves som nyttig og verdifull ift kompetansedeling og samhandling. Det er lettere å få søkere fra kommunen enn fra sykehuset.</p>	<p>"Å redusere helgestillingen fra 3. hver til 6. hver helg er veldig vanskelig, spesielt i små enheter der sykepleieren alltid er alene på jobb i helgene, og sykepleievikarer får vi ikke tak i til helgene". Det hadde ikke gått om ordningen skulle være permanent.</p> <p>KONKLUSJON: Ledelsesutfordring å tilrettelegge spesielt i en liten enhet. Sårbart å få mindre sykepleier på helg. Vil føler ikke vi kan pålegge ledere å gå inn i ordningen. De må ønske det selv.</p>
Erfaringer ansatte fra kommunen	<p>" Kombinasjonsstilling bidrar til å dele erfaringer på tvers av kulturer".</p> <p>" Det er veldig spennende og lærerikt å jobbe begge steder. Jeg får repetert mye spisskompetanse og opplever stor egenutvikling som sykepleier"</p> <p>KONKLUSJON: Ordningen gir ansatte nyttig fag/spisskompetanse i tillegg til organisasjonsforståelse, kompetansedeling og samhandling. Samarbeidet mellom sykepleiere i kommunen og SSHF er blitt bedre i de avdelingene vi jobber.</p>	<p>Litt stress å jobbe to steder samtidig. Hadde vært bedre å jobbe sammenhengende ett sted i full stilling, og deretter bytte arbeidssted i full stilling neste periode</p> <p>KONKLUSJON: Noen kunne tenke seg en annen kombinasjonsform (for eksempel 14 dager sammenhengende på ett sted) for å slippe så hyppige skifter i fokus</p>
Erfaringer ansatte fra sykehus	<p>"Det er mye mer variert oppgaver og større mangfold kommunen"</p> <p>"En får mye mer selvstendig ansvar i kommunen. Det vokser man på"</p> <p>KONKLUSJON: Ordningen har gitt ny og variert kunnskap, bedre forståelse og respekt for kommunens rammebetingelser og ansvarsområder. Samarbeidet mellom sykepleierne på SSHF i kommunen er blitt bedre i disse avdelingene.</p>	<p>"Ordningen er grei som en rulleringsordning, men kunne ikke tenkt å jobbe slik fast. Jeg opplever å miste mye oversikt på opprinnelig arbeidssted".</p> <p>KONKLUSJON: Kombinasjonen av arbeidsplanene oppleves tidvis strevsom, med en dag her og en dag der. En samling av arbeidsperiodene ble sett på som en nødvendig tilrettelegging for å jobbe slik over lengre tid.</p>

4.2 Muligheter ved kombinasjonsstillinger mellom 1. og 2. linjetjenesten

4.2.1 Gjensidig kompetansedeling

Oppsummert konkluderte alle 13 respondentene med at ordningen i seg selv bidrar til bedre tverretattlig kompetanseutveksling og samarbeid/kommunikasjon. Dette gjelder ikke bare for de som har vært direkte involvert. Kompetansen kommer hele arbeidsstedet til gode, ved at den ansatte deler erfaring og kunnskap med sine kollegaer og ledere. Et sitat kan belyse dette:

Eks.

”...Mitt doble arbeidsforhold oppfattes positivt blant mine kollegaer og ledere både på sykehuset og i hjemmesykepleien/sykehjemmet. Det å ha ansatte som vet hvordan rutiner og arbeidsplaner er ved motsatt tjenestenivå er nyttig”.

Samtidig får lederne en unik mulighet til å bli kjent og lære om hverandres ansvarsområde gjennom samarbeidet rundt den kombinasjonsansatte. Evalueringen er entydig på at kombinasjonsstillinger gir gjensidig kompetansedeling

4.2.2 Bedre samhandling og lavere terskel for å ta kontakt på tvers

Eksempelene som framkom fra pilotprosjektet var i hovedsak fra ansatte, som rapporterte at de opplevde lavere terskel for å ta kontakt mellom deltakende avdelinger:

Eks.

”...Når det oppstår avvik (på utskrivingsprosedyrer), er det nå mye lettere å ta kontakt, siden vi kjenner noen personer på sykehusets avdeling. Nå løser vi opp problemer mye mer effektivt, og får til et bedre samarbeid til det beste for brukeren”.

Oppsummert var alle enige om at kombinasjonsstillingene hadde gitt de mye større innsikt i ulikhetene i organisering, ansvar og oppgaver hos motsatt tjenestenivå. Det hadde igjen gitt en økt forståelse og respekt for hverandres fagområde og bedre kommunikasjon på tvers.

4.2.3 Bedre helhetlige tjenester

Tilbakemeldingene understreker økt innsikten i hverandres arbeidssituasjon som ordningen har gitt, vil komme til nytte i direkte pasientrettet arbeid. Et sitat kan eksemplifisere dette:

Eks.

”En av våre (sykehjemmets) brukere var blitt operert ved SSHF og pårørende var svært misfornøyd med oppfølgingen fra sykehuset. Da kunne jeg på bakgrunn av min kjennskap og erfaring fra kombinasjonsstilling med sykehuset, forklare hvordan avdelingen på sykehuset var organisert og hva som var deres ansvar, og det skapte større aksept for behandlingen/forståelse fra de pårørende og mindre misnøye”.

Samtlige kombinasjonsansatte i prosjektet + alle respondentene som jobbet ”selvkomponerte” kombinasjonsstillinger (12 sykepleier), bekrefter å ha møtt samme pasienten på sykehuset som de kjente fra kommunen. Erfaringene fra disse møtene ble gjengitt som en positiv opplevelse, brukerne/pasientene og deres pårørende ga uttrykk for at dette skapte økt trygghet å erfare at tjenestenivåene samarbeider så tett, og samtidig vite at sykepleieren kjente til hvordan vedkommende fungerer i sitt eget hjem. Et annet eksempel som kan trekkes fram er et utsagn fra erfaring fra sykehusets sykepleier som jobbet 50 % i hjemmesykepleien:

Eks.

”Jeg føler meg tryggere på å skrive ut pasienter fra sykehuset til hjemmesykepleien nå. Jeg ble positivt overrasket over hvor god oppfølging slagpasienter har fått i kommunen. Jeg møtte igjen en pasient i hjemmesykepleien, som jeg tidligere hadde hatt til behandling på vår avdeling. Hun hadde gjort bemerkelsesverdig framskritt, og forklarte det ut fra den gode opptreningen hun hadde fått av kommunen.

”Dette var en meget nyttig erfaring. Jeg visste ikke at kommunen hadde så høy kompetanse”.

Dette er et godt eksempel på en erfaring som har gitt sykepleieren ny kunnskap om kommunehelsetjenesten som i tillegg kan bidra til mer effektiv drift på sykehuset. Når det er sagt er det vanskelig å måle økonomisk gevinst som direkte resultat av tettere samhandling. Nedenfor har jeg i tabellform oppsummert og kategorisert konklusjonene fra erfaringer ved utprøving av kombinasjonsstillinger mellom Kristiansand Kommune og Sørlandet sykehus.

Jeg har fordelt erfaringen i to avhengige variabler: *muligheter og begrensninger med ordningen*, og sett det opp mot fire uavhengige variabler: *ledere på sykehus, ledere i kommunen, ansatte på sykehus og ansatte i kommunen*.

4.2.4 Stor grad av konsensus mellom tjenestenivåene og rolle

Funnene viser stor grad av konsensus både mellom tjenestenivå og mellom ledere og ansatte. Oppsummert fra pilotprosjektet finner vi svært lite forskjeller mellom sykehus og kommunens svar, spesielt ikke hos ansatte. Dette var litt overraskende. At det er så stor samvarians i svarene kan skyldes flere forhold. Utvalget som har deltatt i prosjektet er som beskrevet i metodekapitlet satt sammen av motiverte og engasjerte ledere, og ansatte som selv har søkt på kombinasjonsstillingen. Det kan ha påvirket resultatene, og at vi derfor ikke finner større forskjeller i prosjekterfaringene. Et annet moment kan være at de gjennom å delta i ordningen har tilegnet seg mer kunnskap fra det andre forvaltningsnivået, og av den grunn har utviklet større felles opplevelse av viktigheten av å ha gjensidighet i ordningen.

4.3 Begrensninger ved kombinasjonsstillinger mellom 1. og 2. linjetjenesten

Hos lederne fremkommer det på noen områder ulik opplevelse av hva som er utfordringen med den praktiske/administrative gjennomføring av ordningen på kort og lang sikt.

4.3.1 Vanskelig å få søkere til kombinasjonsstillingene fra sykehuset

Lederne på sykehuset opplever det vanskelig å motivere sine ansatte til å søke, og uttalelser fra enkelte ledere innen sykehuset viser at også blant lederne er det motstand. De stiller spørsmålstegn med nytteverdien av at sykehusets sykepleiere skal jobbe 50 % ute i kommunen.

Sykepleier SSHF, uten erfaring fra prosjektet:

"..Jeg ser ikke helt hvilket faglig utbytte jeg kunne få av å jobbe i kommunen. I alle fall ikke på et sykehjem, men kanskje på korttidsavdelingen?"

Enhetsleder SSHF, uten erfaring fra prosjektet:

"Jeg skjønner at ansatte i kommunen har behov for faglig påfyll, og derfor søker kombinasjonsstilling med sykehuset. Men hvilket faglig utbytte skulle sykehusets sykepleiere få av å jobbe i kommunen? Det er i alle fall ikke interessant for vår avdeling"

De synes det er mer hensiktsmessig at ansatte i kommunen jobber på sykehuset enn motsatt. De mener de oppnår det samme ved at de får inn sykepleiere fra kommunen, som deler sin kunnskap om kommunale forhold med dem. Det virker som deres fokus er rettet mot fagfokus i form av spesialiserte driftsoppgaver i egen avdeling og at de ikke ser nytteverdien av å jobbe i kommunen for å få bedre innsikt og breddekompetanse for å bidra til et helhetlig pasientforløp. De er enige i at det er viktig, men opplever i mindre grad at denne ordningen er attraktiv for deres del.

4.3.2 Implementering av kombinasjonsstillinger - i lys av et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv

Det kan tyde på at lederne i kommunen opplever det tyngre/mer utfordrende å tilrettelegge for en 50 % stilling kombinasjonssykepleier enn lederne på sykehuset. Årsaken forklarer de med at kombinasjonssykepleieren ikke kan jobbe mer enn 6. hver helg hvert sted. Det medfører udekte vakter i helger, som i utgangspunktet er svært sårbare i kommunen. Det er ikke uvanlig at sykepleierne i en avdeling jobber alene som sykepleier i helgene, og i følge respondentene er det svært vanskelig å få leid inn sykepleiervikarer uten å måtte beordre.

Ut fra et instrumentelt perspektiv kan en diskutere problemet opp mot ulik organisatorisk struktur knyttet til sykepleierbemanning i sykehus og kommune. SSHF har høy sykepleierfaktor i sine arbeidsplaner (eksempel fra en av pilotenhetene var det 6 personer på avdelingen på dagvakt, og fire på kveldsvakt. Omsorgstjenestene i kommunen har veldig lav sykepleierdekning og overvekt av helsearbeidere, det resulterer i færre sykepleiervikarer å tilkalle. Dermed kan en forstå utfordringen med tilrettelegging for kombinasjonsstillinger ut fra tjenestenivåenes ulike organisering.

På den annen side er det store variasjoner i størrelse på enheter i kommunene og avdelinger på sykehuset, som er med på å utvisker deler av denne forskjellen. Ledere jeg har snakket med i kommunen som representerer større enheter bekrefter at det er mye lettere for de å tilrettelegge enn for mindre enheter i kommunen. På samme måte har jeg opplevd at mindre enheter på sykehuset sier blankt nei på forespørsel om å tilrettelegge for 50% stilling fra kommunen med bare 6. hver helg, av samme grunn som små enheter i kommunen. En kan derfor si at administrative problemer med å tilrettelegge, i mindre grad kan tilskrives hvilken organisasjon du jobber i, og i større grad størrelsen på den enkelte avdeling/enhet.

I et institusjonelt/kulturelt perspektiv vil man anta at koblingen mellom vedtak, iverksetting og resultater er betinget av uformelle forhold, og således gjør koblingen mindre ”tett” enn hva man forventer ut fra et hierarkisk perspektiv. I dette lyset kan det se ut til at individuelle holdninger blant *lederne har mye å si* for hvilke muligheter og begrensninger de ser av praktisk karakter. Tidligere prosjektmedarbeider og avdelingsleder for flere sengeposter på sykehuset uttalte:

”...Tilrettelegging av turnus for en halv stilling, selv om vi ikke har noen ledig stillingshjæmmel er virkelig ikke noe problem. Det er bare ”små-pell”.

Denne uttalelsen vitner om en vilje og motivasjon for å tilrettelegge for ordningen. Samtidig er det et moment at vedkommende leder var hierarkisk ett hakk høyere i organisasjonen enn nåværende prosjektmedarbeider, og dermed har mer å spillerom både i form av formell myndighet, større budsjett og overordnet flere avdelinger som gir tilgang på mange flere ledige vakter som kan benyttes til å fylle en 50 % stilling. Dette kan også tolkes ut fra et hierarkisk perspektiv der muligheten for gjennomføring vil være styrt av hierarkisk posisjon, og utfallet vil være et resultat av bevisste og målrettede valg mellom alternative organisasjonsformer (Christensen, 2004). Dette vil drøftes nærmere i kapitlet nedenfor om ”Manglende forankring”.

4.3.3 Implementering av kombinasjonsstillinger - i et myteperspektiv

Et annet element som kan gjøre det vanskelig med forankring av samarbeidsavtalen kan ses gjennom myteperspektivet. Hvis vi tenker på samhandlingstiltaket med gjensidige kombinasjonsstillinger som et ledd i samhandlingsreformen, som igjen kan sammenliknes med det myteperspektivet kaller en *oppskrift* som en ønsker å adoptere, kan en ta

utgangspunkt i hva som kan forventes at skjer når organisasjoner har vedtatt å adoptere en oppskrift.

Fra ide til praksis

Jeg vil ta utgangspunkt i organisasjonsteoretisk litteratur Christensen (2004:82) som beskriver ulike forventninger om hva som kan bli resultatet når oppskrifter/myter forsøkes iverksatt.

En kan snakke om *frastøting til nye elementer*. Tilbakemeldinger fra ledere som har vært involvert i prosjektperioden gir tydelig uttrykk for at denne samarbeidsavtalen ikke er godt nok forankret i enhetsleder og avdelingsledernivå, og at ingen føler en reel forpliktelse til å gjennomføre ordningen. En kan med andre ord si at avtalen oppfates som vag og tatt ut av en sammenheng. Iverksettelsen av nye oppskrifter i komplekse organisasjoner, som for eksempel Sørlandet sykehus, vil ofte vise seg å ikke passe inn, de må først gjennomgå en kompatibilitetstest i forhold til tradisjonene. Hvis ikke er det er her lett å støte mot de grunnleggende verdiene i organisasjonen¹¹. Oppskrifter som oppleves å ikke passe inn, vil kunne bli frastøtt, det vil si at forsøkene på å iverksette dem opphører. Tilbakemeldingene spesielt fra sykehuset om manglende forståelse for gjensidigheten i kompetanseutvekslingen, er et uttrykk for at det er fare for ”frastøting” av tiltaket, og sett fra dette perspektivet en reell fare for at organisasjonen ikke tar ansvar for at ordningen fortsetter etter prosjektets slutt.

En annen teoretisk forventning om hva som kan bli resultatet av innføring av reformtiltak kaller Christensen (2004) for *frikobling*. Som beskrevet tidligere (kap. 2) hender det at oppskrifter blir innført selv om de ikke blir oppfattet som effektive eller hensiktsmessige av organisasjonen internt. Da kan det handle om å gi organisasjonen ekstern legitimitet i omgivelsene. En måte å takle dette dilemmaet på er å adoptere det nye konseptet, men samtidig sørge for å holde dem frikoblet slik at de i liten grad får reel innflytelse på organisasjonens arbeidsmåte. Ut fra denne tankegangen blir mytene noe som ligger på overflaten i organisasjonen, som et ”blendverk” som skal overbevise omgivelsene om at organisasjonen er moderne og effektiv, uten at praksis internt endres i særlig grad.

Samarbeidsavtalen kan i dette perspektivet sees på som et styringsvirkemiddel som i første rekke har en symbolsk betydning i form av å gi både organisasjon og ledelse status i forhold

¹¹ Dette kan ”...brukes som forklaring til hvorfor man i sykehus og helsevesenet generelt har hatt problemer med å adoptere reformoppskrifter innrettet mot større økonomisk effektivitet. Dels vil populære oppskrifter også vise seg å være for enkle i forhold til kompleksiteten i arbeidsprosessene som foregår i organisasjonen” (Christensen m.fl. 2004:ss 82-83.)

til andre kommuner og helseforetak (Røvik, 1998). Min egen erfaring og opplevelse fra mange år i kommunal sektor, er at mange prosjekter og overordnede tiltak har en skjult agenda som handler om å framstå som innovativ og nytenkende. Det er en konkurranse kommunene og Helseforetakene i mellom (på overordnet nivå), om å framstå som løsningseffektive, offensive og moderne, ved å være tidlig ute med å sette i gang nye spennende tiltak. Dette målet opplever jeg ikke på langt nær like sterkt lenger ned i organisasjonene hos enhetslederne/linjelederne.

Det kan også være flere grunner til "top-down" innføringer av nye oppskrifter. Det kan like gjerne være et hierarkisk press fra overordnede myndigheter. Dermed kan håndteringen like gjerne vurderes ut fra den legitimitet den gir organisasjonene, som i hvilken grad tiltaket oppleves som positivt i organisasjonene (Hallandvik, 2009). Dette vil jeg dog ikke drøfte nærmere her da det blir litt på siden av det jeg opplever som gjeldende for implementering av kombinasjonsstillinger.

Forprosjektet er i alle fall ganske unikt i sitt slag, og er en fin måte å vise overfor myndighetene og andre at vår landsdel/kommune er offensive og kreative i utviklingsarbeid rettet mot bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene. Det kan også være et viktig moment i arbeidet med å bygge godt omdømme.

Ut fra et instrumentelt perspektiv kan denne formen for top-down/tvunget samhandling sees på som en trussel mot den enkelte enhet/avdelings selvstendig autonomi (Knudsen, 2004:24). Samarbeidsavtalene som regulerer ordningen med kombinasjonsstillinger kan bli sett på som et uønsket pålegg. Det pålegger enhetsledere/avdelingsledere å tilpasse nye elementer i driften sin, uten ekstra midler, og uten at lederne får velge det selv. Det kan i seg selv føre til motstand.

4.3.4 Manglende likeverd mellom forvaltningsnivåene?

Utfordringen med å rekruttere interne søkere til kombinasjonsstillingene, spesielt sykepleiere fra sykehuset, kan ha forskjellige årsaker. Noen uttrykker utrygghet for å jobbe så alene som hjemmesykepleien jobber, mens andre (de fleste) har problem med å se egen nytteverdi. De som har søkt til nå er de som ikke har hatt full stilling. Ingen 100 % fast ansatte ved sykehuset har ønsket å dele stilling. Manglende motivasjon kan skyldes flere forhold, både profesjonsfaglige verdier, organisering, lovgivning og historikk. Ut fra det jeg har kunne observere og erfare tolker

jeg uttalelsene som *manglende likeverd* og kulturelle og statusmessige barrierer mellom tjenestenivåene. I begge tilfeller er slike holdninger med på å begrense mulighetene for et godt samarbeid på tvers til pasientens beste. Det kan tyde på at sykepleierne i sin praktiske hverdag er mer opptatt av sine avgrensede spesialiserte tjenester, enn langsiktig investeringer i å bedre det helhetlige pasientforløpet.

Hva påvirker holdningene?

Både SSHF og HS-sektoren i Kristiansand kommune har hvert sitt normative rammeverk og ”sannhet” om seg selv og ”de andre”. Den interne organisasjonskulturen vil være med å påvirke organisasjonsmedlemmenes (ansatte og ledere) holdninger til omverdenen og deres samarbeidspartnere. Kulturen er igjen påvirket av strukturelle/instrumentelle grep.

Ut fra det instrumentelle perspektiv er lovverket ment å regulere/ansvarliggjøre og kvalitetssikre helsetjenestene. Lov om Spesialisthelsetjenesten (se under) er et sentral eksempel på hvordan instrumentelle grep påvirker institusjoners kulturelle oppfatning.

§ 6-3. Veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten

Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, **skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger** om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Endret ved lov 15 juni 2001 nr. 93 (i kraft 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), endret paragraftallet fra § 7-4.

Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hansen påpekte blant annet dette i sin tale på Helsekonferansen 2008, at lovens ordlyd burde bli omskrevet, og bytte ut ordet spesialisthelsetjenesten til 2. linjetjenesten, for denne ordlyden loven er også med på å underbygge holdninger om noen som er bedre enn andre - hvem som er 1. og 2.rangs.

Motstanden mot gjensidig kombinasjonsstilling, hvor sykehusansatte ikke ser behov for å lære av kommunen, kan tolkes som et kulturuttrykk. Deres forståelse av egen rolle innen helsetjenesten domineres av fokus på spesialisert fagkompetanse som det viktigste, mens sykepleieryrket i kommunen lett blir oppfattet som ”annenrangs” i så måte. Der jobber ”alle med alt” og det oppfattes av de fleste som faglig uinteressant og på siden av sykehusets målområde. Dette underbygges av sykehusets rolle som ”spesialisthelsetjeneste” med veiledningsansvar overfor ansatte i primærhelsetjenestene. Det er derfor naturlig å diskutere samhandlingsprosjektet mellom sykehuset og kommunen i et kulturelt perspektiv.

Ut fra et kulturperspektiv kan en se at Spesialisthelsetjenesteloven har vært med på å skape større avstand, og på en måte opphøye sykehusene i kraft av å være lovhjemlet som spesialisthelsetjenesten. Dette kan være med å underbygge oppfatningen om at det gir lavere faglig status å jobbe i kommunehelsetjenesten.

En rekke studier understreker viktigheten av likeverd mellom tjenestenivåene for å lykkes med samhandling. Samarbeid og avtaler må bygge på tydelig respekt og likeverdighet, og oppleves viktig av ledere og ansatte på begge nivå (Gregersen (2007), Lyngroth og Magnussen, 2007). Partene må respektere hverandres ulike roller og ulike styrker. Det påpekes at dersom samarbeidet skal være bærekraftig og utvikle seg over tid, er **likeverd og gjensidighet en grunnleggende forutsetning for å lykkes** på sikt (*ibid*). Samtidig som denne fortsetningen står helt sentralt, er det viktig at man ikke forsøker å utviske betydningen av ulikhet i kunnskap og kompetanse mellom forvaltningsnivåene. Helseforetakene vil fortsatt være avhengig av spesialisert kompetanse, mens ansatte i primærhelsetjenesten vil ha større behov for en bredde og generalistkompetanse. Hvor vidt en kan lykkes med implementering av gjensidige kombinasjonsstillinger vil ut fra dette avhenge av hvorvidt Kristiansand kommune oppfattes som likeverdig med Sørlandet sykehus HF.

Opplever kommuneansatte seg likeverdig sykehusansatte? Opplever sykehusansatte at kommuneansatte er likeverdig med sitt eget fagfelt? De som har deltatt i prosjektet viser en felles forståelse og gjensidig respekt for hverandres fagfelt og betydningen av å jobbe sammen. Andre informanter som ikke har tilsvarende erfaring både på SSHF og Kristiansand kommune, gir uttrykk for det motsatte. Ut fra et kulturelt perspektiv kan dette tolkes som et funn. Det å tilbringe tid sammen, vil være viktig faktor for å bygge felles kultur og forståelse, og dermed forenkle og forbedre det tverretatlige samarbeidet.

Målet med samhandlingen er ikke bare å øke fagkompetansen, minst like viktig er det å få økt system og organisasjonskompetanse, og kunne bidra til bedre samhandling mellom nivåene. brukerne/pasientene i et langsiktig perspektiv. Samtidig er det dypt forankret i sykepleierprofesjonen at de har sitt egen fag og normfellesskap som ikke så lett påvirkes av ytre reformpress (Sykepleieretiske retningslinjer). Her er det fokus på sykepleierfaget som er hovedessensen, og ikke det overordnede målet om bedre tverrsektoriell samhandling. I denne sammenheng kan det sees på som en utfordring å få til felles forståelse på tvers av fysiske

rammebetingelser. På den annen side er sterk kultur viktig for å bygge en felles identitet i en organisasjon, som gir en sterkere følelse av å ha en klar misjon og handlingsretning, med meningsfulle oppgaver som henger sammen med det andre gjør (Christensen et al, 2004). Det kan være både personlig utviklende og bedre kvaliteten på arbeidet i en organisasjon, med tilhørende eksterne effekter.

4.3.5 Manglende forankring av samarbeidsavtalen?

I følge Jacobsen krever tverretattlig samarbeid at man må forsøke å påvirke både den frivillige og den ”tvungne koordineringen” (Jacobsen 2004:78). Jacobsen beskriver flere sentrale koordineringsstrategier som virkemidler for å skape økt samhandling mellom ulike enheter (ibid). En av dem har mye til felles med prosjektets målsetting, og han kaller strategien å ”Bygge ned legale grenser for informasjonsflyt” Et av eksemplene han nevner i den forbindelse er i form av personellutveksling mellom enheter (Jacobsen, 2004:79).

Gjensidige kombinasjonsstillinger sammenfaller med en slik strategi. Grunnen til at SSHF og Kristiansand kommune har avtalt å implementere tiltaket med kombinasjonsstillinger, er nettopp ønske om et tettere samarbeid på tvers av formelle strukturer, til det beste for pasientene. Et mer helhetlig pasientforløp vil gi både bedre kvalitative tjenester og mer effektiv bruk av ressursene. Empiriske studier viser at samhandlingen mellom organisasjoner øker *jo større personellflyt man har mellom organisasjonene* (Jacobsen 1992b).

I prosjektet var prosjektleder en tredjepart, satt til å samordne en tvungen koordinering mellom SSHF og Kristiansand kommune for å teste ut samhandlingstiltaket med gjensidige kombinasjonsstillinger. Dette sammenfaller med teorien om å samordne tvungen koordinering mellom partene ved hjelp av en tredje part som pålegger de to andre å samordne seg. Utfordringen blir i fortsettelsen, hvor ansvaret for den videre oppfølgingen og koordineringen skal foregå av en oppnevnt leder fra hvert tjenestenivå, supplert av en 20 % ressurs fra praksiskonsulent for sykepleiertjenesten.

Hvordan en kan forvente at samarbeidsavtalen følges opp etter prosjektets slutt, kan ha sammenheng med hvilket nivå i hierarkiet disse lederne befinner seg i forhold til deres reelle mulighet til å beslutte noe på vegne av noen andre. Den nye prosjektmedarbeideren som begynte i november 2009 er leder på det laveste nivået (enhetsleder) i sykehushierarkiet. Hun uttrykker

bekymring knyttet til oppfølging etter prosjektets slutt, da hun ikke har en formell overordnet rolle og derfor opplever det å pålegge andre avdelinger til å bidra med minst to sykepleiere i 50 % ut til kommunen hvert år vil være umulig.

Dette kan vi tolke i lys av et instrumentelt perspektiv og FNS (formell normativ struktur). Den tilsier at det er organisasjonens *beslutningsstruktur* som regulerer deltakelse og aktivisering, og for det andre en *aksesstruktur* som regulerer definering og problemløsning (Christensen, 1994: 20-21). Hvem som har rett og/eller plikt til å være rolleinnhavere, og hvilke type problemer organisasjonen bør eller må ta stilling til styres av formelle normer. Vi ser her at sykehuset har forankret sin prosjektmedarbeider og deltakelse inn i prosjektet på det laveste nivå i organisasjonens hierarki. Dermed vil det være motstridende med beslutningsstrukturen at en enhetsleder skal pålegge en annen enhetsleder eller i nivået over å bidra med sykepleiere til dette samarbeidet. Selv om direktøren har undertegnet en samarbeidsavtale med direktøren i kommunen som sier at ordningen skal gjennomføres, kan det se ut som at det administrative ansvaret for å følge opp ordningen er forankret på et for lavt nivå. Hvem som skal ha det formelle ansvaret for at ordningen følges opp vil vi derfor måtte ta opp til ny vurdering i forbindelse med prosjektets slutt.

4.3.6 Hierarkisk vs. flat organisasjonsstruktur

Er det lettere å forankre ny praksis i SSHF enn i Kristiansand kommune med forklaring i hierarkisk organisasjonsmodell?

Sørlandet sykehus HF er som beskrevet en kompleks organisasjon, bygd opp av klinikkstruktur, med mange hierarkiske nivåer, og horisontale og vertikale strukturer. Det vil medføre at faglige spørsmål ofte kan ha problem med å nå helt til topp. Kristiansand kommune har en flat organisasjonsstruktur og med omfattende og spredt tjenester, som krever stor grad av selvstendige avgjørelser. Det kan igjen føre til en mer distansert holdning til overordnede pålegg. Fokus på hva den enkelte enhetsleder opplever som nyttig ut fra eget perspektiv kan da få større betydning. En flat organisasjonsstruktur med stor grad av delegasjon kan påvirke det langsiktige faglige perspektivet og Helse- og sosialdirektørens reelle innflytelse. I tillegg er antall ansatte per leder langt over det forskning anbefaler.

I 2008 var det i gjennomsnitt 32 ansatte direkte under hver leder, mens forskning anbefaler 7-10 ansatte per leder (ref. Thorsvik, foredrag for HS-styre i Kristiansand kommune, våren 2009). I lys av det instrumentelle perspektiv vil Kristiansand kommune ha en ekstra stor utfordring med koordinering av samhandling på grunn av det alt for store "span of control" i HS-sektoren. Gulick (1937) understreket at kontrollspennet ikke må være for stort for at ledelsen av en organisasjon skal kunne utøve god ledelse. Størrelsen på kontrollspennet vil nemlig ha innvirkning på blant annet *muligheten for koordinering, effektivitet og ressursutnyttelse*.

I samarbeidsavtalen har begge direktørene forpliktet sine organisasjoner å bidra med minimum to sykepleiere hver årlig. Ut fra begge organisasjonsmodeller ser vi her utfordringer, dog med ulik grunn, i hvorvidt det kan forventes at avtalen blir fulgt opp av det utøvende tjenesteledd. Ut fra denne drøftingen ser vi at en vedtatt samarbeidsavtale mellom disse to store organisasjonene, ikke er det samme som at avtalen blir fulgt i praksis. Dermed ser vi at det bryter med det instrumentelle perspektiv hvor det forventer at innsikt i de formelle rammene som omgir beslutningstakere gjør det mulig å forutsi beslutningsatferd (Christensen 1994:22).

4.3.7 Lederens betydning

Ut fra et kulturelt perspektiv vil måten ny praksis blir innført på ha betydning for lederens holdning til samarbeidsavtalen og hvordan avtalen vil følges opp i praksis. Innføring av Samhandlingsreformen som denne avtalen bygger på, er ikke en bottom-up innføring, der deltakere går inn frivillig i reformarbeid, men top-down, der lederne blir pådyttet ny praksis (Jacobsen, 2004). Dersom lederens forståelse av viktigheten ikke samsvarer ikke med øverste leder (direktør), og/eller det blir store omkostninger for lederen praktisk og/eller økonomisk, vil engasjementet og lojaliteten trolig ikke bli sterk nok, og dermed kan det oppstå motkrefter og manglende vilje til gjennomføring. Faglig vurdering som taler mot å pålegge (sterkt oppfordre) ansatte, spiller inn. Eksempelvis har lederne i prosjektet vært tydelig på at de ikke opplever det riktig å presse noen ansatte til å delta, så lenge den faglige vurderingen for å lykkes med kompetansedeling i kombinasjon er at personen er motivert og har lyst å øke sin kompetanse på tvers av nivåer. Dersom de ikke finner noen ansatte som passer med denne forutsetningen, vil de heller delta med ansatte inn i ordningen.

Hvorvidt denne samhandlingen vil fungerer bra eller dårlig er dermed i stor grad **lederavhengig og påvirket av måten samarbeidet er kommet i stand på (top-down)**. Det kom tydelig fram gjennom tilbakemeldinger fra ansatte at det var store variasjoner i leders motivasjon og syn på muligheter og begrensninger i samarbeidet rundt kombinasjonsstillingene. Vi kan si at der foreligger forskjellig ledelseskultur, også innad i etatene. Skillet gikk ikke mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det virket som å være mer person og situasjonsavhengig, og dermed nokså uavhengig av hvilken etat du representerer. Det kom samtidig tilbakemeldinger om at strukturelle organisasjonsmessige forhold som *størrelsen på enheten* hadde mye å si for om lederne hadde et problem- eller løsningsfokus på tilrettelegging av kombinasjonsstillinger.

4.3.8 Koordinering og samhandling koster – mer enn det smaker?

Koordinering av et prosjekt eller et samhandlingstiltak mellom to organisasjoner bryter med den formelle organisasjonsstrukturen som organisasjonsmedlemmene er vant til å følge, ut fra et instrumentelt perspektiv. Samtidig har direktørene for helsetjenestene i både 1. og 2. linjen vedtatt en samarbeidsavtale som forplikter begge etater å bidra like mye. De har den overordnede myndighet til pålegge organisasjonsnivåene under seg. Samtidig har begge etater en utstrakt grad av delegert ansvar og myndighet. Skal avtaler følges opp, spesielt samarbeid på tvers av enheter, må organisasjonene ønske å samarbeide.

Hvorfor ønsker ulike aktører å samarbeide? I følge Repstad (2004: 9) finnes det to hovedargumenter for samarbeid mellom etater. Det ene er av *økonomiske motiver*, ved at en gjennom samarbeid kan løse oppgaver mer effektivt. Vi ser nå bare toppen av ”isfjellet” av hva det vil si å ha stramme rammer og dårlig økonomi, samtidig som køen av nye utfordringer og oppgaver bare øker. Vi blir nødt å forvalte pengene vi har på en mer effektiv måte. Det andre er brukerargumentet. Det vil bli enklere for brukeren å forholde seg til det offentlige hvis tjenestene samordnes bedre. Den andre grunnen til at to eller flere parter ønsker å samarbeide er i følge Repstad den underliggende premisse for alt samarbeid, nemlig en *erkjennelse av avhengighet*. Denne trenger ikke være like sterk hos alle aktører, men den er mer eller mindre gjensidig. Alle organisasjoner har ett eller flere mål for sin virksomhet, men organisasjonsteorien peker på at organisasjoner som har eksistert en stund, vil endre fokusering mot et vedlikehold av dets hovedoppgaver (domene). Utsagn fra en enhetsleder i

kommunen (i et prosjektgruppemøte nylig), og en enhetsleder ved sykehuset uttrykker en viss tretthet og manglende engasjement til å påta seg flere oppgaver utenom driften:

”Ingen leder har tid til å drive dette videre når prosjektet er slutt, i alle fall ikke jeg. Jeg er så lei av at ledere stadig blir pålagt å delta i alle mulige arbeidsgrupper og prosjekt. Det medfører en masse ekstra arbeid.

” Jeg har lært meg å ”bare se ned” når jeg er i møter hvor det skal fordeles oppgaver. Det lønner seg ikke å ta på seg noe ekstra, det stjeler tid og fokus fra det som er viktig, nemlig driften og innad i egen enhet”.

Behovet for å få mer tid til fokus på drift virker påtrengende i konkurransen om alle mål, tiltak og oppgaver som kommer ”på toppen” som tidvis oppleves å falle langt utenfor eget ansvarsområde. Kampen om ressurser er sentral for alle etater og enhetene under, og offentlige organisasjoners suksess defineres i stor grad ut fra hvilken grad den evner å holde budsjetter. Samtlige lederne jeg har snakket uttrykker en skepsis til å si ja til nye oppgaver med mindre det følger penger med og at noen andre tar ansvar for oppfølging og koordinering.

5. AVSLUTNING OG OPPSUMMERING

5.1 Oppsummering av studien

Erfaringene fra samhandlingsprosjektet er belyst gjennom de instrumentelle og det institusjonelle perspektiv, og funnene er analysert direkte eller indirekte med fokus på problemstillingen. Institusjonelle forhold; fysisk, organisering, ledelsesstruktur, lover og reformer, profesjoner osv. er med å påvirker våre holdninger og interne kultur (felles virkelighetsforståelse), det samme gjør moderne oppskrifter/myter – som New Public Management, eksempelvis flat organisasjonsstruktur, bestiller – utførermodell, balansert målstyring osv. Hvordan disse elementene påvirker Kristiansand kommunes helse og omsorgssektor og Sørlandet sykehus HF får betydning for den tverretatlige samhandlingen.

Valg av det instrumentelle og institusjonelle perspektiv som hovedteori, har bidratt til å se funnene i en større sammenheng, og bidratt til å se funnene fra ulike ståsted og gitt ulike

forklaringer. Samtidig har valg av disse perspektivene medført at mange andre interessante teorier og perspektiv er valgt bort. Hadde vi for eksempel drøftet funnene i et kommunikativt eller ut fra et profesjonsperspektiv kunne vi ha funnet andre forklaringer og løsninger.

Hovedmaterialet fra prosjektet med (både tilrettelagte og selvvalgte) kombinasjonsstillinger har jeg oppsummert og strukturert ved hjelp av en tabell, hvor jeg har forsøkt å finne fellesnevner og ulikheter i erfaringene av kompetansedelingen mellom sykehus- og kommuneansatte. Disse erfaringene, samt andre sentrale elementer jeg har observert eller erfart, har igjen blitt analysert og diskutert gjennom ulike perspektiver.

Det er samtidig viktig å presisere at det ikke er noe statistisk grunnlag for å si noe om sammenhengen mellom dette samhandlingsprosjektet/gjensidige kombinasjonsstillinger utover det studerte fenomenet.

5.2 Tilbake til problemstilling; konklusjon

Målet med studien har vært å belyse muligheter og begrensninger knyttet til gjensidige kombinasjonsstillinger. Bakgrunnen for problemstillingen var effektmål hentet fra prosjektdirektivet:

”.. Ansatte med en slik kombinasjonsansettelse vil bidra til utvikling av bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og tilføre økt kompetanseoverføring i begge nivå. Ikke bare fagkompetanse, men også systemkompetanse og organisasjonsforståelse fra begge nivå.” (Utdrag fra effektmålene i prosjektdirektivet, vedlegg 2 , side 2)

Resultatene fra prosjektet har vært positive. Ordningen har bidratt til økt samhandling på tvers av tjenestenivåer, både mellom ledere og ansatte. Kombinasjonsansatte beskriver at ordningen bidrar til at de får følge pasientene i større deler av pasientforløpet, de har fått økt både fag og systemkompetansen både på SSHF og Kristiansand kommune. Det kan til og med se ut som at de deltagerne i prosjektet har utviklet en felles kultur og forståelse for viktigheten av å tenke langsiktig og helhetlig. Det kan bli nyttig å bruke disse ansatte og ledere i videre kulturbygging, og bruke de som gode ambassadører /samhandlingssykepleier inn mot Samhandlingreformen (2008-2009).

På den annen side har det blitt avdekket en rekke ”snubletråder. Noen var forventet, andre mer overraskende. Problemstillingen har blitt belyst ved hjelp av empiri, som er innsamlet data fra

prosjektarbeidet, møter, gruppe og individuelle intervju, og drøftet i lys av et instrumentelt og institusjonelt perspektiv.

På underspørsmålet:

- Bidrar gjensidige kombinasjonsstillinger til gjensidig kompetanseoverføring?

er svaret et klart ja være ja. Samtidig er det store utfordringer med å få dette integrert i ordinær drift, uten ekstra penger og uten koordinering. Dagens helsetjeneste er oppsplittet og spesialisert, og de nåværende strukturelle og økonomiske ordninger er til hinder for god samhandling. Samhandling krever koordinering, som igjen betyr økte kostnader. Effektene av koordinering og samhandling er vanskelig å trekke ut og måle i reduserte utgifter, eller mer effektiv drift. Det er derfor vanskelig å forsvare å få aksept for bruk av midler til koordinering og samhandling. Dette henger i stor grad sammen med resultatene av den organiseringen av offentlig sektor som vi kjenner i dag, som er sterkt preget av New Public management, som vektlegger alt som kan telles og måles.

Dersom en skal nå målet om en helhetlig helsetjeneste, må vi ha større felles fokus på pasientenes behov, ressurser, og integritet. Dette innebærer en endring i kultur og holdninger hos alle aktører, mer fokus på Whole- of- Government- tankegang, og en nedjustering av den sterke troen på at effektiv og god drift er sammenfallende med New Public Management. Hvis NPM får fortsette å dominere, vil helsepersonell og ledere fortsette å gjøre mer av det som kan telles og rapporteres, og mindre av det som ikke kan dokumenteres direkte resultater fra. Utslag av for sterkt fokus på eksempelvis innsatsstyrt finansiering, vil føre til mindre fokus på samarbeid/ koordineringssoppgaver, da dette ikke gir ”klingende mynt i kassa”, og mindre fokus på brukermedvirkning og kvaliteten på det helhetlige pasientforløp. koordinering av samhandling mellom 1. og 2. linjetjenestene.

Den største utfordringen for reel utvikling av samhandling er å bevege seg fra ord til handling; fra prosjekt til drift. For å lykkes må ledere på begge nivå være enige om noen retningslinjer for samhandlingen, herunder kompetanseutveksling ved hjelp av kombinasjonsstillinger. I kraft av prosjektet er det blitt utarbeidet og undertegnet samarbeidsavtaler både på overordnet nivå og på system/tjenestenivå der ansvar og økonomi er avklart. Dette sees på som en klar forutsetning for å få til ordningen som et systematisk tiltak. Samtidig er det på langt nær nok med gjensidige skriftlige samarbeidsavtaler. Ansatte

og ledere på tjenestenivå må virkelig ønske denne ordningen. Som nevnt i kapittel 3 kan også mistillit tilknyttet prosjektarbeid generelt påvirke motivasjonen fra ansatte og ledere, og dermed mulighetene for å få til gode løsninger i ordinær drift. Det er en kamp om oppmerksomheten, og kamp om forankring. Ordningen er gjort kjent for enhetslederne i begge organisasjoner, men i konkurranse med svært mange fokusområder som forventes at ledere skal engasjere seg i, kan ny praksis lett å "tape konkurransen om oppmerksomheten".

Kristiansand kommune har etablert et godt samarbeid med både overordnet nivå ved SSHF og ledere ved avdelinger som har deltatt i prosjektet. Likevel gjenstår mye før målene er kjent, og ordningen med *gjensidige kombinasjonsstillinger* er forankret i *hele organisasjonen*.

Grunnlaget for iverksettelsen av gjensidige kombinasjonsstilling som tiltak for å nå målene, virker nå i etterkant som noe usikkert. Underveis i utprøvingen registrerte vi gang på gang at interessen spesielt fra sykehuset side var dårlig. Kanskje tiden ennå ikke er moden for å se på hverandre som likeverdige samarbeidspartnere som må samarbeide og utfylle hverandre?

6. VEIEN VIDERE

6.1 Implementering av (midlertidige) kombinasjonsstillinger

Implementering av midlertidige og gjensidige kombinasjonsstillinger for sykepleiere er vedtatt av øverste ledelse ved Sørlandet Sykehus HF og Helse - og sosial i Kristiansand kommune Samarbeidsavtalen (vedlegg 4). Ansvar for oppfølging er plassert hos en oppnevnt leder fra sykehuset og en leder fra kommunen. Lederne er oppnevnt av direktørene og har fått delegert myndighet til å følge opp ordningen. Ut fra diskusjonen i kapittel 4, ser vi at dette ikke er noen garanti for at avtalen blir fulgt opp. Det blir spennende å følge med i fortsettelsen!

Tilbakemeldingene fra deltakerne i prosjektet er udelt positivt med tanke på bedre samhandling. Det er med på å bygge ned fordommer og smelte 1. og 2. linjetjenesten bedre sammen til likeverdige parter. Hvor vidt en kan lykkes med implementering av gjensidige kombinasjonsstillinger vil være avhengig av en kulturrendring med større grad av felles forståelse og kultur mellom tjenestenivåene.

6.2 Hva nå – hva blir framtiden?

Et aspekt som denne studien ikke belyser, men som er et viktig satsningsområde innen helsetjenestene, er å få ned andelen uønsket deltid. Kombinasjonsstillinger er muligens en framtidrettet løsning for å evne og rekruttere nødvendig helsepersonell spesielt innen kommunehelsetjenesten. Fellesansettelser mellom sykehus og kommune kan bli framtiden, og tilbakemeldinger fra svært mange nyutdannede sykepleiere som har hørt om dette prosjektet, er at de ser på dette som en spennende karrieremulighet, og en ideell måte for å oppnå 100 % stilling. Dette fikk vi blant annet tilbakemelding på fra minst 30 sykepleierstudenter som oppsøkte våre stand ved Karrieredagen i Grimstad 18. mars 2010. Eksempler på sitater fra sykepleierstudenter som hørte om at vi hadde et samarbeidsprosjekt med kombinasjonsstillinger var:

”For en perfekt karrierestilling! Dette hadde jo vært en drømmejobb som nyutdannet sykepleier”.

”Now we are talking! Egentlig hadde jeg ikke lyst til å jobbe i kommunen, men hadde jeg fått mulighet til å jobbe i kombinasjonsstilling, da hadde jeg hatt kjempelyst”

Flere studenter påpekte at de egentlig ikke ønske å jobbe i kommunen som nyutdannet. Men hvis de kunne fått jobbe begge steder parallelt hadde de følt seg tryggere. Av flere årsaker anbefalte ikke prosjektgruppen å åpne for eksterne søkere, da det vil kreve en god del ekstra administrativt. Men etter så overveldende positive tilbakemeldingene fra dagens sykepleierstudenter, vil det være viktig å jobbe videre for å se på muligheter for å tilby nyansatte kombinasjonsstillinger.

I framtiden må vi tenke nytt for å sikre rekruttering av helsepersonell, og selv om dette er på siden av problemstillingen, er det et viktig funn for videre framtid og samhandling.

Det gjenstår å se om ordningen vil fortsette i ordinær drift og om kombinasjonsstillinger også kan bli framtiden innen rekruttering av helsepersonell. Vil ordningen oppleves så nyttig at det blir verdt strevet – eller vil *vinningen gå opp i spinningen?*

LITTERATUR

Bøker og artikler:

Andersen, S.E, Henriksen, K.H, Nygaard, B og Åker, J.(1989). *Helsevesenets oppbygning og administrasjon*. Larvik: NKI forlaget, 5. utgave.

Balsnes, A.H. (2009). Koret Belcanto – en gullgruve av empiri i min hule hånd? I: Johnsen, H.C.G, Halvorsen, A. og Repstad, P. (Red.). *Å forske blant sine egne. Universitet og region – nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Bolman L. G og Deal, T. E (2004). *Organisasjon og ledelse* . Oslo: Gyldendal

Brunsson, N. og Olsen, P (1993). *The reforming organization*. London: Routledge.

Busch, T. og Vanebo J.O (2003). *Organisasjon og ledelse*. Oslo:Universitetsforlaget.

Christensen, T., Lægreid, P.G., Roness, P. og Røvik, K-A. (2004). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T., Lægreid, P. (2001). New Public Management i norsk forvaltning I: Tranøy, B.S. & Østerud, Ø. (red.). *Den fragmenterte staten*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Christensen, T., P. Lægreid (1997). Forvaltningspolitikk – mot New Public Management? I: T. Christensen og M. Egeberg (red). *Forvaltningskunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christensen, T. (1994). *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering i den sentrale helseforvaltning*. Oslo: Tano.

- Clifford, J. (1988): *The predicament of culture: twentieth-century ethnography, literature, and art*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Di Maggio, P.J., W.W. Powell (1983). *The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organization Fields*. *American Sociological Review*. 48:147-160.
- Edebalk, P.G. & Svensson, M. (2005). *Kundval for ældre og funksjonshemmede i Norden*. København: Nordiska ministerrådet, TemaNord 2005:507).
- Englestad, Fredrik (2003). Kunnskap, makt og normer i samfunnsvitenskapen. Kap. I *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Egeberg, Morten (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanom-Nordli
- Fog, J.(1994). *Med samtalen som utgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*. København Akademisk Forlag.
- Foucault, M. (2002). *Forelesninger om regjering og styrekunst*. Oversatt og introdusert av Iver B. Neumann. Oslo: Cappelen akademisk.
- Gadamer, H. S. (2004). *Truth and Method* (2. utg.). København: Akademisk forlag,
- Gammalsæter, P.(2004). *Bestiller - utførermodell i pleie og omsorgstjenesten – en kartlegging av kommuner og bydeler*. Stjørdal: Ressursenter for omstilling i kommunene, rapporter.
- Gullestad, M. (1991). *Studiet av egen samfunnskultur som utfordring*. Norsk antropologisk tidsskrift, nr.1.
- Gulick, L. (1937). Notes on the Theory of Organization. I: Gulick, L og Urwin, L (red.): *Papers on the Science og Administration*. New York: A.M.Kelley.

Hallandvik, J-E. (2009). Konflikter ved lokal oppdragsforskning og forståelse og håndtering. I: Johnsen, H.C.G, Halvorsen, A. og Repstad, P.(Red). *Å forske blant sine egne* (s. 284-303) Kristiansand: Høgskoleforlaget.

Halvorsen, K. (1993). *Å forske på samfunnet*. Oslo: Bedriftsøkonomisk Forlag.

Hammersley, M og Atkinson, P. (1996). *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam. 2. utgave.

Harsheim I. and Lawrence Rose(1991). *Endring og omstilling i kommunene*. I: *Det er lov å prøve seg: forsøk, ledelse og reorganisering i kommunene*. Oslo: Kommuneforlaget.

Hellevik, O. (1993). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget. 5. utgave.

Holter, H og Kalleberg, R(red). *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget, 1982

Hood, Christopher (1998). *The Art of the State: Culture, Rhetoric, and Public Management*. London: Clarendon Press.

Jacobsen, D.I. (2004). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS. 2.utgave.

Jacobsen. D.I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? Tverretatlig samarbeid i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I Repstad P (red): *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. 3. utg. Oslo: Tano.

Jacobsen D.I. (1992). *Samarbeid og konflikt mellom organisasjoner*. ADH-notat nr. 11.

Jacobsen D.I. og Thorsvik, J.(2007). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

- Knudsen, Harald (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: Repstad, Pål (red.) *Dugnadsånd og forsvarsverker. Tverretatlig samarbeid i teori og praksis.*(ss. 19-74). Oslo: Universitetsforlaget. 3. utgave.
- Krogstad, U. m.fl (2004). Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals. I: Krogstad, Unni (2005). *System-continuity in hospitals – a cultural matter.* Oslo: Avhandling til graden dr.philos. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Kruuse, E. (1996). *Kvantitative forskningsmetoder i psykologi og tilgrænsende fag.* Danmark: Dansk Psykologisk forlag.
- Kvale, S. (2005). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Krasner, S. (1988). *Sovereignty: An Institutional Perspective.* Comparative Political Studies.
- Leer-Salvesen, P. (2009). Moderne prester – ved èn av dem. I: Johnsen, H.C.G, Halvorsen, A. og Repstad, P. (Red.). *Å forske blant sine egne. Universitet og region – nærhet og uavhengighet (s. 196-207).* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lolland, J. & Lolland, L. (1995). *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis,* Belmont, CA: Wadsworth.
- Lyngdal, L.E. (1992). *Organisasjonsutvikling i praksis.* Oslo: Tano.
- Lægred, P. og Roness, P.G. (1999). Administrative Reform as Organized Attention, I. Egeberg. M og Lægred, P. (red). *Organizing Political Institutions.* Essays for Johan P. Olsen. Oslo: Universitetsforlaget (komp.).
- March J. G. og Olsen, J.P. (1995). *Democratic Governance.* New York: The free Press.
- Meyer, J. W, Rowan, B. (1977). *Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony.* American Journal of Sociology, 16: 340-363.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives. Designing effective organizations.* New Jersey: Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs.

- Molland, L.& Bogen M.(2001). *Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner*. Oslo: Fafo, rapport 351.
- NESH. *Forskningsetiske retningslinjer for humaniora, samfunnsfag, juss og teologi*. <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer>, sist lest 15.05.10.
- Nielsen, J. C. og Repstad, P. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon. I: Repstad P. (red). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utenfra eller begge deler? I: E. Fossåskaret, T.H. Aase og O.L Fuglestad(red). *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. (s. 70.93). Oslo: Universitetsforlaget.
- Patton, Michael Q.(2002). *Qualitative research & evaluation methods*. 3. utgave. California: Sage Publications Inc.
- Perry 6 (2004). *Joined-Up Government and the Civil Service*, I: Bogdanor, V. (red): *Joined – Up Government*. British Academy Occasional paper 5. Oxford: Oxford University Press.
- Repstad P. (red) (2004). *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Romøren, T.I (2006): *Orgainsering av pleie og omsorgstjenesten i kommunene*. Tidsskriftet Aldring og livsløp – 1/2006. Bergen: Fagbokforlaget
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administrations*. New York: Harper & Row. (norsk utgave: (1997). *Lederskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Simon, Herbert A. (1997). *Administrative Behaviour. A study of Decision-Making Processes In Administrative Organization*. London: Collier Macmillan Publisher

- Skoie, H. (2005). *Norsk forskningspolitikk i etterkrigstiden*. Kunnskapspolitiske studier, Oslo: Cappelen Akademisk.
- Smith, D.E. (1988). *The Everyday World as Problematic: a feminist sociology*. Milton Keynes: Open University Press.
- Smith, D.E. (2005). *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. Toronto: AltaMira Press.
- Solberg, C. A. (1993). *Internasjonal markedsføring*. Oslo: Tano.
- Spradley, J.P. (1979). *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. 2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Strand, T. m.fl. (1992). *Ledelse kan læres*. Oslo: Bedriftsøkonomenes Forlag.
- Sagfoss, E.K (2008). *Mind the gap! Hvilke utfordringer kan ledere i sykehus møte i arbeidet med å utvikle organisasjonskultur med sikte på å forbedre tverrfaglige samarbeidet?* Masteroppgave i Verdibasert ledelse, Diakonhjemmet Høgskole. Avdeling for diakoni, familierapi, helse og ledelse.
- Scott, Richard W. (2001). *Institutions and Organizations*. London: Sage Publications.
- Torjesen, D-O. (2008). Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norske helsetjenester. *Tidskrift for samfunnsforskning vol 48, nr 2, 275-290*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tønsberg, K. (2009). Ethiske dilemmaer ved forskning på sine egne kolleger I: Johnsen, H.C.G, Halvorsen, A. og Repstad, P.(Red.). *Å forske blant sine egne. Universitet og region – nærhet og uavhengighet*.(s. 268-283). Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Østerud, Ø. (1996). *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Offentlige dokumenter og foredrag:

Agenda-rapport. (2007). FOU-prosjekt. *Varige og likeverdige samhandlingsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten*. <http://www.helsedialog.no/filestore/5459Rapport2samhandling.pdf>

Helsepersonelloven, 2001.

Helsetilsynsmelding, 2009.

Helsedirektoratet, 2008. *Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet*. Helsedirektoratet.

Helsedialog. Program for samhandling i helsetjenesten. Helse Sør. Eriksen, Berli, Grøthe og Teslo: Høringsutkast juli 2005. <http://www.helsedialog.no/>

Kompetanseløftet 2015.

Nasjonal helseplan 2007-2010.

Norsk sykepleierforbund. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (Sist lagret: 24.11.2009) https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

NOU 2005: 03. *Fra stykkevis til helt, - En sammenhengende helsetjeneste*.

NOU 2004: 18. *Helhet og plan i sosial – og helsetjenestene, Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*.

”...og bedre skal det bli!”. En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, Sosial- og helsedirektoratet (2005).

Nøkkeltall for Sørlandet sykehus Helseforetak (2009).

Lov om kommunehelsetjenesten (1984)

Opptrappingsplan for psykisk helse (1998)

Lov om Pasientrettigheter (1999). <http://www.nav.no/rettskildene/lov/L19990702-63>

Samhandling og desentralisering, forslag til overordnet strategi for de regionale helseforetakene, 2004.

[Lov om Spesialisthelsetjeneste](#) 2.7.1999 nr. 61

Stortingsmelding nr. 47. (2009) Samhandlingsreformen.

Rett behandling - på rett sted - til rett tid.

Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999).

Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.

Stortingsmelding 7 (2008-2009). *Et nyskapende og bærekraftig Norge.*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-7-2008-2009-.html?id=538010>

Stortingsmelding 25 (2005-2006): ”Mestring, muligheter og mening”.

Framtidas omsorgsutfordringer. Omsorgsplan 2015.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

Torgersen U. (1999): *Virkemidler i offentlig politikk*. Oslo: Departementet.

UoD-rapport (2004). *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill*, SINTEF.

Wadel, C. (1992). *Endring av organisasjonskultur*. Tidvise skrifter. Avdeling for kultur og samfunnsfag., Stavanger.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Prosjektdirektiv, forprosjekt

Vedlegg 2: Evalueringsspørsmål

Vedlegg 3: Mediaomtale av prosjektet i SSHF internblad "Oss i mellom"

Vedlegg 4: Vedtatt samarbeidsavtale om kombinasjonsstillinger (3 sider)

PROSJEKTDIREKTIV FOR

Forprosjekt:

Rekruttering/felles ansettelser / samarbeidsprosjekt mellom Sørlandet Sykehus HF og Helse- og sosialsektoren i Kristiansand kommune

Startdato : Mai 2008 (Nov. 2008) **Sluttdato** : Mai 2009 (Nov. 2009)

Oppdragsgiver : Helse- og sosialdirektør Kristiansand kommune, Lars Dahlen
Administrerende direktør SSHF, Jan Roger Olsen

Versjon 10.03.2009

Organisering.

Prosjektgruppe/referansegruppe

Prosjektleder
Rådgiver HS-dir stab
Rådgiver personal KK
Enhetsleder Ytre Vågsbygd omsorgstjeneste
Tillitsvalgt UNIO
Tillitsvalgt Fagforbundet
Prosjektmedarbeider og avdelingsleder for kirurgiske senger
FoU direktør
Personalsjef
Tillitsvalgt UNIO
Rådgiver samhandling SSHF

Styringsgruppe :

Helse- og sosialdirektør Kristiansand kommune
Administrerende direktør SSHF

Prosjektledelse og arbeidsgruppe:

Prosjektleder Ragnhild Bendiksen
Nina Føreland, SSHF

Aktuelle ledere, ressurspersoner og tillitsvalgte trekkes inn etter behov

Prosjektbeskrivelse

Bakgrunn for prosjektet - problembeskrivelse

Beskriv de viktigste grunnene til at prosjektet gjennomføres. F.eks. om det skal løse et akutt problem, forebygge et problem, utnytte en mulighet.

Utvikling av samarbeid mellom forvaltningsnivåene er tema innenfor nærmest alle styringsdokumenter fra departementsnivå
Styringsdokumentene utfordrer 1. og 2. linjetjenesten til å kvalitetssikre og finne nye og hensiktsmessige samarbeidsformer.

Dersom samhandlingen ikke fungerer, er det **pasienten** som vil merke den negative effekten. Helsetilsynets rapporter viser at dette er en av helsetjenestenes **største utfordring**.

Deltidsstillings problematikk er en stor utfordring både for kommuner og foretak. Begge aktører har som uttalt målsetting å gradvis øke andelen av 100 % stillinger. Dette er utfordrende både i forhold til økonomiske konsekvenser og turnusplanlegging.

SSHF har store økonomiske utfordringer i 2008 og i årene fremover. Dette medfører reduksjon av antall sengeplasser, krav til redusert liggetid, driftsomlegging og fokus på pasienthotell. Dette får konsekvenser for ansatte. Kompetansesammensetning og behov på nivå på fagutdanningen vil endre seg. Spesielt i forhold til hjelpepleiere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter.

Endring i brukergruppe, ansvarsforhold mellom kommune og statlige etater og den kommende økning av antall eldre medfører at Kristiansand kommune har og vil ha store utfordringer når det gjelder både å rekruttere nok ansatte til å ivareta oppgaver og sikre rett kompetanse.

Rekruttering av fagutdannet personell er fremtidens største utfordring innen Helse- og sosialsektoren.

For å møte disse utfordringene både på foretaksnivå og kommunenivå vil det være viktig å tenke langsiktig og sikre faglig samarbeid og gode pasientforløp.

*Det vil være viktig å **utnytte hverandres kompetanse** ved å utvikle systematisk opplæring/hospitering mellom sykehus og kommune (**begge veier**). Ulike hospiteringsordninger kan være døråpner for kombistillinger*

Helse og sosialsektoren i Kristiansand kommune og SSHF ønsker derfor å samarbeide for å løse disse utfordringene – få til gode langsiktige løsninger i ett samspill og vurdere mulighet å samarbeide om rekruttering og felles ansettelser og kompetanseutveksling.

Legge til rette slik at ansatte kan få kombinasjonsstillinger der de er ansatt både på sykehus og i kommune. Det vil i tilknytning til dette også være interessant å vurdere felles "vikarpool".

Effekt mål

Beskriv effekten/virkningen av prosjektet. Det vil si : Hva vil konsekvensene av en vellykket gjennomføring være ? Hvilke forbedringer / nytte vil komme som er resultat av prosjektet f. eks, i et 3-5 års perspektiv?

Oppnå høyere andel av heltidsstillinger totalt ved en slik ansettelses kombinasjon.
Ansatte jobber totalt 100 % (50/50)

Ansatte med en slik kombinasjonsansettelse vil kunne bidra til utvikling av bedre samarbeid mellom tjenestenivåene.

Ansatte har mulighet til å følge pasienten i større deler av pasientforløpet mellom nivåene. (sikre overgangen – hindre dobbeltarbeid - effektiviseringsgevinst)

Overføringsfasene kan bli mindre sårbare for pasienten

Økt kompetanse i begge nivåer/kompetanse overføring.

Ikke bare fagkompetanse, men også systemkompetanse og organisasjonsforståelse for begge nivå.

3 av 4

Skape attraktive stillinger i regionen/sikre rekruttering
Økt jobbtilfredshet

Objekt mål / resultatmål

Formuler planlagte mål som skal realiseres i løpet av prosjektperioden. Vær konkret og kvantifiser gjerne.

Fase 1:

Prosess gjennom 2008:

Utarbeide prosjektbeskrivelse/direktiv
Søke midler eksternt til finansiering av prosjektleder.
Identifisere hensiktsmessig pilotområde

Tjenesteområder som kan være aktuelle for denne type ansettelseskombinasjon vil være tjenester der brukergruppen er i vekselvis kontakt med begge tjenestenivå over lengre tid. (Behov for langvarige og koordinerte tjenester fra begge nivå.)

Fase 2:

November-2008/mars 2009

Ansettelse av prosjektleder fra kommunen
Ansette prosjektmedarbeider fra sykehuset
Vurdere stillingenes innhold og funksjon

Kartlegge de erfaringer som allerede finnes
Hvor mange jobber i begge nivå pr. i dag
Erfaringer disse har. Sjekk spesielt hospiteringen på Lindrende enhet

Kartlegge omfanget av ufrivillige deltidstillinger og overtallighet
Utarbeide plan for opplæring
Utarbeide informasjonsstrategi
Utarbeide evalueringskriterier
Identifisere suksessfaktorer
Identifisere kritiske suksessfaktorer
Avklare Juridiske hindringer/faktorer ved ulike ansettelsesforhold kommune /stat
 Permisjon
 Sykefravær
 Turnus - helgebelastning
Vurdere pilotenes omfang

Fase 3:

April-oktober 2009

Uttesting av pilot(er)

Fase 4:

Oktober-november 2009

Evaluering av pilotprosjektet, samt samlet evaluering for hele forprosjektet

Hovedtiltak :

- **Ansette prosjektleder og prosjektmedarbeider**
- **Starte en "liten" pilot mellom en avdeling på sykehuset og en kommunal enhet**

- Utprøvingstid 6. mnd. Oppstart: april 2009
- Fortløpende kartlegging av erfaringer

4 av 4

Prosjektet rammebetingelser og avgrensninger.

Med rammebetingelser mener vi forhold prosjektet ikke har innvirkning på

Aktuelt lovverk og økonomi

Ressursrammer og økonomi (budsjett).

Arbeid 1)	
• 40% stilling prosjektleder 1 år	250 000
• 20% stilling som prosjektmedarbeider (9 mnd)	100 000
Drift 2)	
Midler til å dekke ekstrakostnader i prosjektet:	
• Ekstra lønn til pilotene:	
• 4 personer x 10.000,-	40.000
• Forsterket opplæring av pilotene: 4 personer x 10 dager	40.000
• Møtevirksomhet mellom ledere og ansatte i pilotprosjekte	20.000
• Markedsføringstiltak	20.000
• Disponibelt til andre tiltak	30.000
Sum budsjett	500 000

Rapportering.

Statusrapportering

Ansvarlig avsender : Ragnhild Bendiksen

Mottaker : Helsedepartementet

Frekvens : Etter krav fra departementet

Første rapport : 01.03.2009

Sluttrapport : Ansvarlig: Ragnhild Bendiksen og Nina Føreland

Frist : 30.10.2009

Sluttevaluering: Ansvarlig : Ragnhild Bendiksen og Nina Føreland

Frist : 15.11.2009

Underskrifter :

Kristiansand, 11.02.2009

.....
Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

.....
Jan Roger Olsen
Adm. Direktør

.....
Ragnhild Bendiksen
Prosjektleder

.....
Nina Føreland
Prosjektmedarbeider

Vedlegg 2: Evalueringsspørsmål til ansatte og ledere i pilotprosjektet

Vi ønsker å kartlegge dine erfaringer og refleksjoner i forbindelse med prosjektet, og vil gjennomføre en gruppeevaluering etter 2 måneder og 6 måneders prosjektperiode (oppstart og avslutning av prosjektet). Vi vil derfor be dere tenke gjennom punktene under, og gi deres tilbakemeldinger i evalueringsmøtene. (Dato for disse: 18.06.09 og 07.10.09)

Målet med forprosjektet er å

1. Teste ut samarbeidsformer for å ha felles ansettelse mellom SSHF – Kristiansand kommune
2. Prøve ut om samarbeidet og kommunikasjonen mellom nivåene blir bedre
3. Øke andelen høye stillingsstørrelser.

Vi ønsker å høre deres erfaringer så langt om:

1. Tilsetningsprosessen

a. arbeidsavtaler
Hindringer og muligheter?

b. Praktisk tilrettelegging av arbeidstiden/utarbeidelse av arbeidsplaner.
Hvilke erfaringer har dere? (Tilretteleggelse av to arbeidsplaner, opplæring/undervisning, to ledere, avvikling av ferie, kurs o.l.)?

2. Hvordan er det å arbeide to steder?

Erfaringer så langt? (økt jobbtilfredshet, større stillingsstørrelse, mange kollegaer, ulike rutiner, økt engasjement, inspirerende, o.l.)

a. Hvilke kriterier er viktige for å rekruttere sykepleiere til å arbeide to steder?
(faglig utvikling, tilrettelegging, lønn, egen utvikling o.s.v.)

3. Hvordan kan ordningen bedre samarbeid/kommunikasjon på tvers av nivåene.

Hva tenker dere om dette (pasientforløp, "mind the gap", økt forståelse for hverandres situasjon)? Gi gjerne eksempler

a. På hvilken måte opplever du/dere at pasienter/brukere kan ha nytte av at sykepleiere arbeider to steder Synspunkter

4. Kompetanseoverføring

Opplever du deg som en ressurs på "den nye arbeidsplassen"? Hvordan kan du bruke din nye ervervede kompetanse på din "gamle arbeidsplass"?

5. Andre nyttige erfaringer?

FELLES ANSETTELSE

TILBYR FELLES ANSETTELSE



Ragnhild Bendiksen

Sykepleiere i Kristiansand får nå en helt spesiell mulighet. I et prøveprosjekt tilbyr sykehuset og kommunen felles ansettelser.

Det spesielle prøveprosjektet innebærer at den ansatte har halve arbeidstida på sykehuset, og halve tida i kommunen.

Stillingsannonseene er allerede ute. Prosjektet er på jakt etter fire sykepleiere som skal delta i seks måneder. Stillingene deles på ortopedisk enhet på sykehuset og i kommunens korttidsavdeling i sentrum og hjemmesykepleien i ytre Vågsbygd.

- Dette skal komme pasientene til gode. Sykepleierne får jobbe på flere nivåer, og får flere erfaringer, sier prosjektleder Ragnhild Bendiksen i Helse- og sosialdirektørens stab i kommunen.

Bedre for ansatte

Hun kjenner ikke til at noe tilsvarende er gjort noe sted i landet før. Helsedirektoratet mener prosjektet er så interessant at de har bidratt med penger.

De fire sykepleierne som plukkes ut må allerede være fast ansatt i minst 50 prosent stilling i enten kommunen eller

ved Sørlandet sykehus HF Kristiansand. Ideen er at de skal få kunnskap på tvers, og forstå systemer og regelverk bedre. Samtidig kan den ansatte få større stilling.

Helse- og sosialdirektøren jobber nå med flere tiltak for å gjøre kommunen til en enda mer attraktiv arbeidsplass. Dette prosjektet fører seg inn også i denne strategien.

STØTTE FRA TOPPEN



Jan-Roger Olsen og Lars Dalen

Topplederne både i helse- og sosialsektoren i kommunen og ved sykehuset står bak prosjektet, og har store forventninger. Prosjektet svarer også på en utfordring fra toppen av Helse-Norge, der helseminister Bjarne Håkon Hanssen har utvetydig slått fast at manglende kontakt mellom sykehusene og kommunene er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenestene bedre.

Dette er sykehusdirektør Jan Roger Olsen rask til å understreke.

- Samhandlingsreformen kommer svært beleilig, sier direktøren som slår fast at dette er ett av to prosjekter sykehuset satser spesielt på i år.

- Vi har ønsket et bedre samspill mellom sykehuset og kommunene, og vi har jobbet med det lenge, sier han.

Spent på utfordringer

Et system med felles ansettelser kommer både sykehuset og den enkelte ansatte til gode. Direktøren mener sykehuset har for mange deltidsansatte, og at flere ansatte ønsker større stillinger.

- Dessuten får den enkelte en kompetanseheving som gjør at man blir mer anvendelige og attraktive på arbeidsmarkedet, sier Olsen.

Han medgir at det ikke vil bli problemfritt å dele stillinger på sykehus og kommuner, og han sier det vil oppstå utfordringer.

- Dette pilotprosjektet skal blant annet kartlegge hvilke utfordringer vi møter for eksempel med hensyn til for eksempel lønnsnivå og arbeidstidsbestemmelser, sier sykehusdirektøren.

Sømløs tilknytning

Prosjektleder Ragnhild Bendiksen vil helst se på mulighetene ved en mer sømløs tilknytning mellom kommune og sykehus. Men hun ser også utfordringene, og er forberedt på utfordringene som ennå ikke er sett, men som vil dukke opp under prosjektet.

- Vi må få turnuser til å gå opp, og vi må forholde oss til ulike sett regler. Vi har også noen juridiske utfordringer knyttet opp til for eksempel ansvar ved pasientskade, sier Bendiksen.

- JEG FØLER JEG HAR FÅTT I POSE OG SEKK.



Silje Ege

Det sier "dobbelarbeidende" Silje Ege (23). Hun har allerede skapt seg et arbeidsliv ikke ulikt det prosjektet legger opp til. Hun har fast 50 prosent stilling i hjemmesykepleien i kommunen, og vikarierer 50 prosent på Lungeavdelingen på sykehuset.

- Jeg vil ha en kombinert stilling. Jeg liker variasjonen, og jeg ønsker å lære og oppleve mest mulig i yrket, sier hun.

Ege har arbeidet som sykepleier siden hun var ferdig utdannet ved Universitetet i Agder våren 2007. I denne fasen av karrieren fokuserer hun på jobb, og sier hun tar med seg det beste fra to verdener. Fra hjemmesykepleien peker hun spesielt på at hun liker det sosiale, og liker ansvaret. Arbeidstidene i hjemmesykepleien passer henne bra.

- Jeg må være selvstendig, og mener det

er viktig å trene opp den egenskapen, sier hun.

Akutte situasjoner

På sykehuset får hun andre viktige erfaringer. Hun får trent på prosedyrer, opplever akutte situasjoner, har leger og andre kolleger å rådføre seg med, og er i et større fagmiljø. Små ting teller også.

- Det er deilig å vite at jeg skal være inne på sykehuset på dager med stygt vær, smiler hun.

Hun peker på at det er to forskjellige arbeidsplasser som utfyller hverandre. Hvis hun bare skulle hatt en av arbeidsplassene, ville hun savnet utfordringene fra den andre.

Hardkjør

Men det er ingen tvil om at det er et hardkjør å ha to halve stillinger. Det medfører en hjemmesnekra turnus som ikke ville vært lovlig om den var samlet i en stilling. Blant annet jobber hun to av tre helger, hun har hatt flere doble vakter og mange arbeidsdager på rad.

- Dette er noe jeg ønsker å gjøre nå. Men det går ut over det sosiale, og er utenkelig å fortsette med om jeg skulle for eksempel stifte familie, sier Ege.

Turnusen er en stor utfordring, men det finnes flere. Fra dag til dag må hun omstille seg mentalt mellom to arbeidsplasskulturer, og de ulike oppgavene og forventningene. I arbeidet med prosjektstillingene er målet å fjerne flere av ulempene Ege nå sliter med. Blant annet får arbeidslederen ansvaret for å sette sammen en turnus som er i henhold til avtalene.

SYKEPLEIERFORBUNDET POSITIVE



Grete Sædberg

- Det er ingen tvil om at det er en større belastning å ha en stilling delt på sykehuset og kommunen, sier hovedtillitsvalgt i sykepleierforbundet i Kristiansand kommune, Grete Sædberg.

Forbundet har vært aktivt med i utformingen av prosjektet og er i utgangspunktet positive. Holdningen er at hvis det kan hjelpe brukerne, sykepleiere og arbeidsgivere, må opplegget med felles ansettelse forsøkes.

- Prosjektet er viktig å gjennomføre, og vi har vært i stor grad enige med arbeidsgiverne om hva vi ønsker å oppnå. Så får vi se hva vi må se nærmere på når prosjektet evalueres, sier Sædberg.

Av Børge Røssaak Nielsen

Vedlegg 4: Vedtatt samarbeidsavtale om kombinasjonsstillinger (3 sider)



Sørlandet sykehus HF



KRISTIANSAND KOMMUNE

KRISTIANSAND KOMMUNE	
Saksnr. 200912234	Dok.nr. 2
08 FEB. 2010	
Enhet Seksjon PAB	Arkivkode 430
Unnt. off. iht.	

Kompetanseutveksling i kombinasjonstilling.

Samarbeidsavtale mellom

**Sørlandet sykehus
Helseforetak
og
Helse- og sosialsektoren,
Kristiansand kommune**

Godkjent: *Januar 2010*

Avtale mellom Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune om kompetanseutveksling i kombinasjonsstilling.

Målsetting

Formålet med avtalen er å formalisere, organisere og implementere samarbeid om kompetanseutveksling i form av kombinasjonsstillinger, mellom Sørlandet sykehus HF og Kristiansand kommune Helse- og sosialsektoren. Dette gjøres ved gjensidig utveksling av medarbeidere i *tidsavgrensede kombinasjonsstillinger*, for å overføre kompetanse både på fagkompetanse, systemforståelse og organisasjonsforståelse.

Utvekslingen

Utvekslingen skjer ved at medarbeidere i en *periode på inntil ett år*, får delt ansettelse og arbeidstid hos både SSHF og Kristiansand kommune. Medarbeiderne skal inngå i den ordinære grunnbemanningen i enheten/avdelingen. Det skal inngås individuell arbeidsavtale med hver medarbeider. 50 % av stillingen er hos ordinær arbeidsgiver, og 50 % i midlertidig ansettelse hos den andre, til sammen 100% stilling. Den ansatte arbeider 3. hver helg, fordelt med 6. hver helg på hvert arbeidssted.

Lønns- og arbeidsvilkår

Medarbeidere som deltar i avtalen skal ha lønns- og arbeidsvilkår som gjelder der arbeidet utføres, men ingen skal ha lønnsreduksjon som følge av deltakelse i kompetanseutvekslingen. Lønn og andre kostnader dekkes av arbeidsgiver der hvor arbeidet utføres. Det gis i tillegg et **lønnstillegg tilsvarende 10.000,- kroner** per år for full stilling, som kompensasjon for den ekstra belastningen det er å jobbe to steder. Tillegget belastes likt mellom avgiende og mottakene arbeidsgiver.

Overtid

Medarbeidere i kombinasjonsstillinger 50 %/50 % får overtidbetaling etter overenskomstens satser som om hele stillingen ville vært hos samme arbeidsgiver.

Medarbeidere har 100 % stilling i kombinasjonsstillingsperioden

Medarbeidere innenfor avtalen får delvis permisjon fra sin ordinære arbeidsgiver, og får for samme periode midlertidig ansettelse hos den andre. Ordinære rutiner følges mht. permisjon, stopp av lønn etc. og mht. ny arbeidsavtale, start av lønn etc.

Markedsføring av kombinasjonsstillingene og ansvar

Ansvar for utlysning, markedsføring og tilsetting skjer i et samarbeid mellom praksiskonsulenten for sykepleiertjenesten, representanter/ledere fra SSHF og Kristiansand kommune, Helse- og sosialsektoren. Alle parter må bruke sine respektive nettverk for å markedsføre kombinasjonsstillingene, for å få aktuelle kandidater til kompetanseutvekslingen fra både sykehus og kommune.

Ved uenighet om hvem som skal tilbys kombinasjonsstilling, velges den som av leder ved mottakene enhet vurderes som best kvalifisert.

Samordning

De to lederne og medarbeideren må samarbeide om utarbeidelse av arbeidsplaner, ferieavvikling etc. Ved turnusutfordringer må lederne bli enige om et forslag, så ikke dette blir en ekstra belastning for ansatte.

Opplæring

Ansvar for, og utgifter til, opplæring og veiledning ligger hos mottakene arbeidsgiver.

Sykefraværsoppfølging

Arbeidsrelatert sykefravær håndteres av leder hvor sykefraværet oppstår. Hovedansvar for sykefraværsoppfølging ellers er hos leder på opprinnelig arbeidssted. Dersom sykefraværet er relatert til arbeidsforholdet, skal det følges opp der det oppstår.

Tvist

Tvist vedrørende avtalen skal søkes løst i rimelighet ved forhandlinger. Dersom partene ikke kommer til enighet avsluttes avtalen ved at det ikke inngås nye avtaler om utveksling. Dette må endelig avgjøres av direktørene ved SSHF og Kristiansand kommune

Avtalens vilkår

For at avtalen skal fungere må det til enhver tid være en **oppnevnt ansvarlig leder fra SSHF og Kristiansand kommune** som har det formelle ansvaret for at den blir gjennomført. I tillegg har praksiskonsulenten en sentral og koordinerende rolle. Det er **direktørene** ved Sørlandet sykehus HF og Helse og sosialsektoren i Kristiansand kommune som **har ansvar for at disse funksjonene er tildelt navngitte ledere.**

Virkeperiode

Denne avtalen gjelder fra avtalen er underskrevet, og til 31.12.2011

Avtalen forlenges for to år om gangen, dersom den ikke sies opp av partene. Partene kan si opp avtalen med en frist på seks måneder. Avtalen evalueres ved hver fornying av arbeidsgiverrepresentanter og tillitsvalgte ved Sørlandet sykehus HF og i Kristiansand kommune.

Denne avtalen er underskrevet i to eksemplarer, ett til hver av partene.

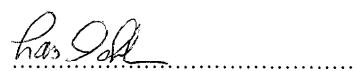
Kristiansand, 21.01.2010.....

For Sørlandet sykehus HF



Jan Roger Olsen
Adm. Direktør

For Kristiansand kommune



Lars Dahlen
Helse- og sosialdirektør

