

Fra to til ett lovverk for helse- og omsorgstjenester i kommunen



Universitetet
i Stavanger

Masteroppgave i endringsledelse

Våren 2012

Dagrunn Margrethe Sømme

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag

MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE

SEMESTER: Våren 2012

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester

FORFATTER: Dagrunn Margrethe Sømme

VEILEDER: Hildegunn Sagvaag, Førsteamanuensis, Dr.PH

EMNEORD/STIKKORD:

Helsepersonell, rus og psykiatri, rusproblematikk, psykisk helse, endring, organisasjon, samarbeid, tradisjon, implementering, kvalitativ forskning, helse og omsorgssektor, helse- og omsorgstjenestelov

SIDETALL: 74

STAVANGER 14.06.2012

DATO/ÅR

FORORD

Denne oppgaven er skrevet i avslutningen av min masterstudie i endringsledelse ved Universitetet i Stavanger våren 2012. Oppgaven har fått tittelen ”Fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Oppgaven er en studie om helsepersonells erfaring med overgang fra to til ett lovverk innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester.

Arbeidet med masteroppgaven har vært både krevende og lærerikt. Jeg vil gjerne rette en takk til min veileder Førsteamanuensis, Dr.PH Hildegunn Sagvaag for nyttige samtaler, kritiske spørsmål og god inspirasjon underveis i skriveprosessen.

En takk til mine medstudenter for utveksling av kunnskap, inspirasjon, oppmuntrende ord og kjekke gruppesamlinger.

Informantene som stilte opp og var villige til å dele sine tanker og erfaringer fortjener også en stor takk.

I tillegg vil jeg også benytte anledningen til å takke andre rundt meg for tålmodighet og oppmuntring til meg i tiden hvor jeg har jobbet med masteroppgaven.

Stavanger 14.06.2012

Dagrunn Margrethe Sømme

SAMMENDRAG

Temaet i denne studien er om helsepersonellens erfaring med overgang fra to til ett lovverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Hensikten med studien var å få belyst hvordan man har håndtert ny helse- og omsorgstjenestelov i en kommunal resultat enhet. Kommunen har fått et utvidet ansvar for helse- og omsorgstjenester etter at det nye lovverket trådte i kraft 1. januar 2012.

Ved hjelp av kvalitativ forskningsmetode studeres hvilke erfaringer helsepersonell har gjort seg ved implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov i en kommunal resultat enhet, og hvordan man kan forstå helsepersonellens erfaringer med implementering av lovendring i egen organisasjon. Det ble gjennomført 7 intervjuer med personer som har ansvar for implementering av nytt lovverk. Resultatene som kom frem ble tolket i lys av teori og sentrale føringer.

Analysen og drøftingen gir uttrykk for at innholdet i fenomenene; endring, tradisjon og samarbeid er sentrale faktorer for helsepersonellet i arbeidet med å få implementert ny helse- og omsorgstjenestelov. Studien gir indikasjoner på at i arbeidet med innføring av nytt lovverk i kommunen, må man ta hensyn til helsepersonellens oppfattelse av innholdet i fenomenene endring, tradisjon og samarbeid.

INNHALDSFORTEGNELSE

FORORD.....	2
SAMMENDRAG	3
1 INNLEDNING.....	7
1.1 Et tilbakeblikk.....	7
1.2 Bakgrunn for valg av tema	9
1.3 Formålet med studien	10
1.4 Tema.....	11
1.5 Kontekst for studien.....	11
1.6 Studiens oppbygging	11
2 TIDLIGERE FORSKNING	13
3 TEORI.....	15
3.1 Valg og begrunnelse for valg av teori.....	15
3.2 Endringsteorier	15
3.2.1 Endringsprosesser.....	16
3.2.2 Motstand mot endring	17
3.2.3 Den komplekse endring.....	18
3.3 Organisasjonsteori	19
3.3.1 New Public Management, NPM.....	21
3.4 Implementeringsteori.....	22
3.4.1 Fra prat til praksis.....	23
3.5 Problemstilling.....	26
4 FORSKININGSDESIGN OG METOLOGISKE AVVEININGER.....	27
4.1 Fenomenologi og hermeneutikk	27

4.2	Min forforståelse.....	28
4.3	Datainnsamlingsmetode.....	29
4.3.1	Intervju	30
4.4	Utvalg	31
4.5	Analysemetode	32
4.6	Å forske i egen organisasjon.....	33
4.7	Diskusjon av metode	34
4.7.1	Ulemper og utfordringer med forskning på egen organisasjon	35
4.7.2	Forskningsetiske vurderinger	35
4.8	Pålitelighet og troverdighet	36
5	RESULTAT	38
5.1	Endringer	38
5.2	Tradisjoner.....	42
5.3	Samarbeid	44
6	DRØFTING	46
6.1	Endring - omorganisering, implementering og produksjon.....	46
6.1.1	Endring	46
6.1.2	Motstand.....	47
6.1.3	Implementering - Fra prat til praksis	48
6.1.4	Fra omsorgsperspektiv til produksjonsperspektiv	51
6.2	Tradisjoner – handlinger og holdninger	53
6.2.1	Fra glede til skepsis	54
6.2.2	Handlinger	54
6.2.3	Holdninger.....	55
6.3	Samarbeid – motsetninger og samhandling	56
6.3.1	Paradoksale prosesser.....	57
6.3.2	Samhandling.....	57

7	KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER	61
7.1	Oppsummering	61
7.1.1	Studiens troverdighet.....	63
7.2	Avsluttende kommentarer.....	64
	Referanseliste	66
	Vedlegg nr. 1.....	69
	Vedlegg nr. 2.....	71
	Vedlegg nr. 3.....	73
	Vedlegg nr. 4.....	74

1 INNLEDNING

Tema i denne studien omhandler helsepersonells erfaring med overgang fra to til ett lovverk innenfor helse og sosialsektoren. En studie om hvordan ny helse- og omsorgstjenestelov håndteres i en kommune. Med utgangspunkt i en kommunal resultatenhet skal det undersøkes hvilke faktorer som påvirker implementeringen av ny lov. Endringer i organisasjoner kan være utfordrende samtidig som det kan forløpe uten nevneverdige implikasjoner. Hvilke forhold som er avgjørende og/eller medvirkende for dette forløpet er relativt lite studert empirisk.

1.1 Et tilbakeblikk

Det er en bred enighet i det norske samfunnet om at det offentlige skal ta ansvar for at befolkningen tilbys gode og likeverdige tjenester. En rekke offentlige dokumenter har omhandlet ulike sider ved helsepolitikken. I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet”, ble det rettet sterk kritikk mot flere områder i psykiatrien. Rapporten førte til at Stortinget vedtok en opptrappingsplan for psykisk helsearbeid (1997-98). Noen år etter kom sykehusreformen som ble satt i verk i 2002. Sykehusreformen med et nytt styringsideologisk grunnlag, omtalt som New Public Management. Nå skulle det bli kontroll på kostnadsveksten og ressursbruken i offentlig sektor (Ekeland, 2004). I kjølvannet av sykehusreformen kom rusreformen som ble vedtatt og iverksatt i to omganger. Rusreform I (Ot. Prp. nr. 3 2002-2003) kom i år 2002 og to år etter i 2004, kom rusreform II (Ot. Prp. nr. 54 2002-2003). Rusmiddelavhengige fikk ved siste reform status som pasienter. Det gav rettigheter som andre borgere hadde tatt for gitt ved behov for helsehjelp.

I de senere årene har det blitt økt fokus på at helsetjenestene som ytes skal være koordinerte og sammenhengende. Bakgrunnen er at flere blir syke, flere blir gamle, flere trenger hjelp over lengre tid og køene til spesialisthelsetjenesten vokser (St.meld. 47, 2008-2009). Så tidlig som i 2004 anbefalte Berntutvalget (NOU 2004:18), å erstatte sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven med en felles harmonisert kommunal sosial- helsetjeneste lov. Dette skulle gjøre regelverket lettere å bruke for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Det

var også en viktig målsetting å hindre ulikheter i regelverket ettersom dette vanskeliggjør samordning av, og samhandling mellom de ulike tjenestene.

Året etter, i 2005 poengterer Wisløff utvalget (NOU 2005:3) at store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingsskjede som gir et helhetlig tilbud. Samhandlingen er i mange tilfeller ikke god nok. Dette kan medføre sviktende behandlingstilbud, unødvendige innleggelse i sykehus, og mangelfull oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Spesielt personer med sammensatte lidelser, kronisk syke, funksjonshemmede, personer med rusproblem og mennesker med psykiske lidelser vil ha store fordeler av en bedre samhandling. Opptrappingsplanen for rusfeltet i perioden 2006-2010 rettet seg blant annet inn mot kommunesektoren og kvalitet på tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Dagens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer har et stort fokus i Samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, 2008-2009). Den fastslår at samhandlingsutfordringer har vært erkjent i flere tiår. Media har hatt ulike reportasjer om svikt, der pasienter har blitt sendt hjem fra sykehusopphold uten at det er blitt koordinert videre behandling med kommunehelsetjenesten. Helsepersonell i kommunene har uttrykt frustrasjon over mangel på kompetanse for å gi rett helsehjelp til hjelpetrequende i kommunen. Samhandlingsreformen (ibid) peker på Wisløff-utvalgets rapport som en viktig driver for endringer i retning økt koordinering og samhandling av det offentlige helsetilbudet i Norge. Reformen presenterer enkelte grep og overordnede prinsipper som skal sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste. En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet viser også til Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan der regjeringen legger den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene de neste fire år. Det er et offentlig ansvar å fremme helse og forebygge sykdom, og å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i St. prp. nr 91 L (2010-2011) en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Den nye loven skulle erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Den nye loven skulle sikre bedre

samhandling innad i kommunen, men også mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kommunens helhetlige ansvar for tjenestetilbudet tydeliggjøres, og kommunene får økt frihet til å organisere tjenesten i samsvar med lokale forutsetninger og behov.

Ny helse- og omsorgstjenestelov trådte i kraft 1.januar 2012. Pressemeldingen om iverksetting av ny lov, ble sendt ut 14 dager i forkant av at loven skulle iverksettes (Helse & Omsorgdepartementet, 2011). Intensjonen bak helse- og omsorgstjenesteloven var å etablere et regelverk som skulle være oversiktlig og lett å bruke og å forstå for både tjenestemottakere og tjenesteytere. Målsettingen var å hindre ulikheter i regelverket eller i praktiseringen av dette som kunne skape vansker for samordning av og samhandling mellom de ulike tjenestene. Det juridiske skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester oppheves med den nye loven. Det kan forstås som at somatiske og psykiske lidelser og behandling av rusmiddelavhengige likestilles i ny helse- og omsorgstjenestelov (St.prp. 91 L, 2010-2011). Som følge av felles regelverk er det også blitt en felles klage og tilsynsinstans som er Fylkesmannen. I tillegg vil helsepersonelloven gjelde for alt personell som yter tjenester etter den nye loven.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Kommunen har som følge av Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgstjenestelov (St.prp. 91 L, 2010-2011) fått et tydelig overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester. Kommunens plikter skal videreføres, men pliktene er mer overordnet og profesjonsnøytralt. Det tidligere skillet mellom helsetjenester og omsorgstjenester er opphevet. Kommunen har ansvaret for tjenestetilbudet til alle med behov for omsorgstjenester, uavhengig av alder og diagnose. Selv om staten har opphevet det juridiske skillet i lovteksten, opprettholder flere kommuner et organisatorisk skille. Den tradisjonelle pleie- og omsorgstjenesten med ulike former for hjemmetjenester, hjemmesykepleie, omsorgsboliger, aldershjem og sykehjem er organisert for seg selv. Tjenestetilbudet til personer med rusproblematikk og til personer med og psykiske lidelser er på sin side organisert sammen. Samhandlingsreformen har en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller, og at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose og den enkeltes livssituasjon osv. Hensynet til

brukeren skal ligge til grunn for tjenesteytelsen og det skal tilrettelegges for at tjenestene er lett tilgjengelige, sammenhengende og tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner.

Taksdal (2006) påpeker at tiltaksapparatet kan for personer med rusproblem og psykiske lidelser oftere enn for andre, oppleves som uforutsigbar og fullt av uforståelige eller urealistiske betingelser for å få tjeneste. Det kan handle om regelverk, saksbehandlingstid, gjennomtrekk av personal og ansvarspulverisering og helsepersonalets holdninger og fordommer til målgruppen. Helse og omsorgstjenestene i kommunen har utfordringer ved å definere hvilke tjenester som inngår i helsehjelp og hvilke tjenester som er praktisk hjelp. De må eniges om ansvarsfordeling slik at mennesker med sammensatte lidelser og behov for kommunale helse og omsorgstjenester ikke blir skadelidende.

1.3 Formålet med studien

Kommunen har ansvar for at de nye oppgavene og det utvidede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene løses på forsvarlig måte og har en god kvalitet. Hver resultatenhets¹ plikter selv å sørge for at tjenestene praktiseres i samsvar med allment aksepterte faglige normer, lover og forskrifter (Helsetilsyn, 2002). Det er fem måneder siden innføring av ny helse- og omsorgstjenestelov. Et spørsmål er om den nye loven begynner å bli forankret i resultatenheten. En vellykket innføring av ny lov er også avhengig av at helsepersonellet oppfatter endringene i den nye loven som et gode. Ved å få belyst innføringsfasen er det lettere å gripe inn for å endre kurs i omstillingen fra gammelt til nytt lovverk.

¹ Resultatenhet er i denne studien en selvstendig enhet med leder og organisert rett under rådmann i kommunen (flat organisasjonsstruktur)

1.4 Tema

Temaet i denne studien er om helsepersonellens erfaring med overgang fra to til ett lovverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med studie er å få belyst hvordan man har håndtert ny helse- og omsorgstjenestelov i en kommunal resultatenheter.

1.5 Kontekst for studien

Studien gjennomføres i en kommune med bystatus. Kommunen har en flat organisasjonsstruktur, med tjenesteområder og resultatenheter. Utviklingen i den kommunale helsetjenesten har medført at det tradisjonelle skille mellom helsetjenester og sosial/omsorgstjenester ikke er like tydelige som tidligere. Flere kommuner har valgt å slå sammen rustjenester med psykiatri helsetjenester til en felles resultatenheter. Denne studien gjennomføres i en kommune hvor tjenestetilbudene innenfor rus og psykiatri er samlet i en felles resultatenheter. Denne utviklingen er i tråd med statlige føringer og bygger blant annet på en overordnet målsetting om å redusere sosiale helseforskjeller (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Det betyr her at alle skal ha et likeverdig tilbud om helsetjenester uavhengig av diagnose og den enkeltes livssituasjon (St.prp. 91 L, 2010-2011). De fleste tjenestene enheten gir er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Tjenesten gis på bakgrunn av enkeltvedtak, og helsepersonellet er pliktig til å dokumentere og journalføre arbeidet som utføres (ibid). Tjenestemottakerne har klagerett på vedtak som er fattet.

1.6 Studiens oppbygging

I kapittel 2 presenteres tidligere og relevant forskning.

Teorier som ligger til grunn for problemstillinger og drøftingen av studien blir presentert i kapittel 3. Problemstilling blir også presentert i dette kapittelet.

Valg av metode gjennomføring av undersøkelse og analyseprosess beskrives i kapittel 4. Refleksjoner over egen rolle og forforståelse, forskningsetiske vurderinger og diskusjon av studiens troverdighet fremkommer også i dette kapitlet.

I kapittel 5 blir beskrivelsene fra intervjuene presentert på bakgrunn av et utvalg gjort gjennom analyseprosessen.

I kapittel 6 blir beskrivelsene drøftet med utgangspunkt i endringsteori, organisasjonsteori og implementeringsteori (presentert i kapittel 3) samt egne tolkninger.

Konklusjon og avsluttende kommentarer blir presentert i kapittel 7. Drøftingen avsluttes med en oppsummering av studien og av fenomener som er belyst og drøftet i lys av problemstillinger og teorier.

2 TIDLIGERE FORSKNING

Offentlig sektor og helse- og sosialsektoren er i konstant endring. Det har i den senere tid vært flere velferdsreformer. Den største reformen gjennom alle tider i forvaltningen er omorganiseringen av arbeids- og velferdsforvaltningen som ble vedtatt i 2005 og skulle være ferdig iverksatt innen 2010 (Christensen, Lægreid, Roness, & Røvik, 2009). NAV-reformen² startet opp som en generalistmodell og hadde tre sentrale mål. Det første mål var å få flere i arbeid og aktiv virksomhet. Det andre mål var å få en mer brukerrettet velferdsforvaltning. Det tredje mål var å få en effektiv velferdsforvaltning. Rokkansenteret³ leder et flerårig forskningsprosjekt vedrørende evaluering av NAV-reformen med oppstart 2007 og fram til 2013. Hensikten med prosjektet var å gi svar på om reformen har nådd sine mål. Det finnes en rekke publikasjoner fra forskere og studenter tilknyttet evaluering av NAV-reformen (Rokkansenteret, 2012).

I evalueringsprosjektets årsrapport fra 2011 (Fimreite, 2012) og en dokumentasjonsrapport fra 2011 (Helgøy, Kildal, & Nilssen, 2011) fremgår det at iverksettingen av NAV har vært utfordrende for de ansatte. Ideen om en streng generalistmodell er etter hvert forlatt. Det ble vanskelig å etablere en slik modell og samtidig ivareta de produktivitets- og effektivitetskrav som måtte innfris i etaten. NAV- kontorene har gjennom prøving og feiling utviklet organisasjonsmodeller som de ansatte er mer komfortable med enn før. Når det gjelder å få folk tilbake til arbeidslivet, må effekten sies å være marginal. NAV er fortsatt en organisasjon i endring. Det er foreløpig ikke noe som tyder på at etablering av lokale Nav-kontorer har gitt positive utslag i forhold til brukernes vurderinger av etaten. NAV-reformen har ikke kommet så langt som en ideelt sett kunne ønsket seg og organisasjonen er fortsatt i endring.

NAV-reformen har noen felles trekk med denne studien. For det første er det en sammenslåing av ulike tjenester og kulturer som helt eller delvis skal smelte sammen. I denne studien er det to lovverk som er blitt samlet i en ny lov, og det er rus og psykiatri samlet i en resultatenheter. Det andre er at målene er delvis sammenlignbare. NAV-reformen hadde som

² NAV er egennavn for arbeids- og velferdsetaten og er en samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver.

³ Rokkansenteret; Stein Rokkan senter for flerfaglig samfunnstudier

mål og få økt effektiviteten, få flere over fra trygd til arbeid og få økt brukervennligheten. Målet med ny helse- og omsorgstjenestelov var å bedre samhandlingen innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, altså en effektivisering. Loven skulle være brukervennlig, det vil si lett å bruke både for tjenesteytere og tjenestemottakere.

Det fremgår at NAV- reformen har vært utfordrende for de ansatte, og implementeringen har forgått ved prøving og feiling. NAV-reformen har hatt mindre positive utslag for brukerne, enn intensjonen var. Til sist så har ikke NAV-reformen kommet så langt som man hadde ønsket seg og organisasjonen er fremdeles i endring. Dette er relevante elementer som kan overføres til denne studien som omhandler implementering av nytt lovverk i kommunen. Man kan tolke at endring er en kontinuerlig prosess.

3 TEORI

3.1 Valg og begrunnelse for valg av teori

Teorier er valgt ut på bakgrunn av temaet om å gå fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester og hvordan en resultatenhet i kommunen håndterer endringen. Teoriene som er valgt er endringsteori, organisasjonsteori og implementeringsteori. Fellesnevneren for disse teoriene er endring. Endringsteori er et naturlig valg ettersom implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov medfører endringer i kommunen. Endringsteorier fremstår derfor som denne studiens overordnede teori. Organisasjonsteorier kan også bidra som bakteppe for å forstå hvordan en organisasjon er konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål. Implementeringsteorier er av en mer operativ og konkret karakter som er relevant i denne studien, hvor det er implementering av nytt lovverk som skal undersøkes.

3.2 Endringsteorier

Å bidra til ny tenkning betyr uvilkårlig å stille spørsmål ved det etablerte og dominerende. Personer som identifiserer seg med etablerte og dominerende tanker, vil ofte synes dette ikke er greit og komme med motreaksjoner. Reaksjoner i form av beskyldninger om at det man holder på med, er dårlig, ikke holdbar, ikke godt nok og liknende (Johannessen, 2011). Men forandring kan også innebære utfordringer i form av nye muligheter (Ottesen, 2011). Endring i organisasjoner kan forstås ved å:

Å handle for å *vurdere behovet* for større eller mindre endringer av en virksomhet i form av tilpasning og/eller innovasjon og, i bekræftende fall,
Å *handle for at virksomheten forandrer seg* for å bli mer innovativ, mer effektiv, for å ta et samfunnsansvar, bli en sikrere arbeidsplass, gi medarbeiderne bedre livskvalitet, bli tilstrekkelig lønnsom, for å overleve e.a. Forandringene kan gjelde større eller mindre ”deler” av virksomheten og omfatte ulike forhold, herunder relasjonene til kjøpere, konkurrenter og leverandører i omverdenen. Disse forandringene kan være mer eller mindre radikale (Ottesen, 2011, s. 15)

Organisasjonens endringsevne har betydning for hvordan hensiktsmessige endringer kan gjennomføres uten altfor store ressurser og uten at organisasjonens funksjonalitet svekkes.

Endringsevnen må være tilpasset endringspresset fra omgivelsene. Endringspresset kan komme fra tekniske omgivelser i form av krav fra interessenter som ønsker bedre belønninger, og fra institusjonelle omgivelser som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå legitimitet (Busch, Johnsen, Vanebo, & Valstad, 2007). I denne studien kommer endringspresset fra tekniske omgivelser, det vil si fra departementet. Staten har tydelige intensjoner med ny helse- og omsorgstjenestelov, som økt effektivitet og bedre utnyttelse av ressursene til kommunen. Det er ressurskrevende å opprettholde en høy beredskap til å gjennomføre organisasjonsendringer. Organisasjonen står derfor overfor et dilemma. På den ene siden er det behov for stabilitet for å sikre effektiv produksjon og høy effektivitet. Effektivitet og produksjon er begreper hentet fra den ”tekniske verden” der en produserer varer på samlebånd. Slik sett kan det ikke overføres til arbeidet med mennesker som i følge lovverket skal være individuelt tilpasset behovene til menneskene. På den andre siden er det behov for å tilpasse seg eksisterende endringspress og utvikle en organisasjon som kan takle framtidige utfordringer. Slik vi ser i kommuner rundt i Norge som jobber med å få implementert Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Organisasjonen må utvikle en fleksibilitet som er tilpasset det foreliggende endringsbehovet. Endringsevne er altså ikke noe mål i seg selv (Busch, et al., 2007). Endring er ikke noe abstrakt for den enkelte person, men et krav om at man forlater noe man har gjort, og begynner å gjøre noe nytt eller annerledes. Dermed kan endring betraktes som prosesser der mennesker handler og samhandler, basert på mange ulike årsaker og hensikter (Jacobsen, 2004). Nyere studier av endring har satt fokus på historiens betydning, både som ressurs og som problem (Beckman & Burton, 2008). Dette er av betydning da det til stadighet drives endrings og utviklingsarbeid i moderne organisasjoner. Røvik (2008) mener at endring ser ut til å ha blitt en ”institusjonell standard”. Dermed har ansatte både positive og negative erfaringer fra endringsarbeid, og organisasjonen har en endringshistorie.

3.2.1 Endringsprosesser

Å planlegge endring i en organisasjon forutsetter at en eller flere personer iverksetter en endringsprosess. En slik forutsetning innebærer at noen setter i gang et sett med aktiviteter som rettes mot å skape forandringer i hele eller deler av organisasjonen. I følge Jacobsen (2004) kan endringsprosesser forklares på to måter. For det første kan endringsprosess anses for å være en prosess som strekker seg over tid. En endring skjer ikke ”over natten”, men utvikler seg gradvis. For det andre er endringsprosesser noe som er startet og som videreføres

av mennesker. Forandringer representerer generelt prosesser der det blir stilt spørsmål ved veletablerte, organisasjonsmessige forståelsesrammer, regler og rutiner, og alternativer blir formulert og gradvis implementert. Noen har hatt en idé om at ting kunne blitt bedre hvis man endret på noe i organisasjonen (Jacobsen, 2004). Eller som Ottesen (2011) som beskriver et problem som et gap mellom faktisk og ønsket tilstand, og som representerer en eller annen ”fare” for organisasjonen. Temaet i denne studien omhandler endring av lovverk. Ideen kom fra staten som mente at sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven burde slås sammen til ett lovverk. Mennesker ser ulike ting ut fra sin posisjon, sin bakgrunn og sin erfaring, og fortolker og forstår verden på ulike måter (Jacobsen, 2004). Endringsinitiativer basert på ideer vil derfor inneholde betydelige usikkerhetslementer. *”Endringsprosesser kan ses på som oversettelsesprosesser, der ulike mennesker forsøker – fra sine ulike ståsteder – å omdanne abstrakte ideer og tankekonstruksjoner til konkrete objekter og handlinger ”*(Jacobsen, 2004, s. 138).

3.2.2 Motstand mot endring

Endring i organisasjonen betyr ikke alltid at alle medlemmene er like begeistret for ideen. Det viser seg at en organisasjon har et magnetfelt bestående av fremmende og bremsende krefter som blir aktivisert i forbindelse med organisasjonsendringer (Busch, et al., 2007; Fixsen, 2005). Motstand oppstår når etablerte oppmerksomhetsfokuser er mektigere enn de nye eller de framvoksende. Utfordringen er å skape ny balanse. Det dreier seg om å skape nye kontekster ved å danne ny forståelse av en situasjon (Busch, et al., 2007). Endring kan framprovosere sterke følelser hos mennesker, og ikke alltid rasjonelle følelser. Det kan være frykt for en ukjent framtid. Enkelte vil kanskje oppfatte endringen som et ”ork”, eller de er redd det skaper ekstra arbeid. Dermed kan endringsprosesser få et preg av å være politiske prosesser. Det betyr at prosessene ofte preges av forhandlinger, maktkamp og uenighet. Det gjør at man må sette fokus på motstand mot forandring som et naturlig element i de fleste forsøk på planlagt endring (Jacobsen, 2004). Den emosjonelle motstanden er ikke nødvendigvis basert på dagens endring. Den kan være knyttet opp mot assosiasjoner til tidligere endringsprosesser (Ford, Ford, & D'Amelio, 2008).

Jacobsen (2004) beskriver at motstand mot endring går gjennom ulike faser. Fra likegyldighet med manglende interesse for endring til aggressiv motstand med spredning av negative rykter

og aksjoner av ulike slag. En mindre synlig form for motstand er, å ikke iverksette endringer som er bestemt. Dette kan være et problem der det er ulike personer som planlegger og iverksetter endringen. Det kan være når endringen blir bestemt fra toppledelsen. Ansatte på mellomleder og lavere nivåer kan ha et annet bilde av endringsprosessen og dermed blir ikke endringen iverksatt (ibid). Motstand kan også bli et positivt trekk i endringsprosessen. Ved å akseptere at det finnes ulike oppfatninger, og at den eneste måten å forene dem på er gjennom en åpen og kritisk debatt, vil motstand føre noe positivt med seg. Det kan bety at medlemmene i organisasjonen bryr seg og flere alternativer og konsekvenser blir vurdert før man iverksetter selve endringen. Motstand kan dermed paradoksalt nok være en kritisk faktor for at en endring skal lykkes (Ford, et al., 2008; Jacobsen, 2004).

3.2.3 Den komplekse endring

Johannesen (2012) hevder organisasjoner utvikler seg når ulikheter blir uttrykt mellom mennesker. Kompleksitetstenkningen forsøker å kople sammen en forståelse for forandring, uforutsigbarhet og det uoversiktlige i organisasjoner, med hvordan mennesker samhandler. Paradoksale prosesser som beskriver at opplevde mønstre i kommunikasjonsprosesser mellom mennesker, er samtidig motsetningsfylte. Temaer som knyttes til er; identitet og ulikhet, rasjonelt og følelsesmessig, stabilitet og forandring, enkelt og komplekst. Dette er paradoksale sider ved menneskelig aktivitet. Konsekvensen av å ta det paradoksale på alvor, er at spenningsfylte motsetninger aldri kan løses, de kan bare midlertidig forskyves og omorganiseres, tildekkes og fjernes, slik at nye paradokser dukker opp. Organisasjoner består av mennesker med masse kompetanse og erfaring og alle har med seg sin egen virkelighetsoppfattelse av verden. Dermed blir målet om å finne felles forståelse sett på som en myte, noe som man kan ønske seg, men som aldri virkelig skjer. Alle mennesker har livshistorier og erfaringer som ingen andre har. Mennesker er både ulike og like på samme tid. Gjennom dialogen oppstår det forståelser og misforståelser. Johannesen (2011) fremhever betydningen av at mennesker er avhengig av hverandres ulikheter for å eksistere i en tid hvor det er mye fokus på samarbeid, inkludering og integrering. Man skal se helheter, arbeide på tvers og skape noe felles. Det er en krevende prosess å måtte forholde seg til ulikheter og misforståelse og samtidig kunne arbeide for å skape tilstrekkelig felles mening. Men det er helt avgjørende for å få til både forandring og kontinuitet i resultatene.

3.3 Organisasjonsteori

Det er relevant å se på hvordan strukturelle faktorer påvirker muligheten til å endre praksis ved iverksetting av nytt lovverk. Stadig flere virksomheter opplever et økende press for å vise at de klarer å tilpasse seg endrede omgivelser. Det viser at virksomheten følger med i tiden og at den er endringsdyktig. Virksomhetene er fulle av mennesker med hver sin tolkning av hva det er som skjer og bør skje. Hver versjon inneholder et glimt av sannhet, men er også et produkt av hver enkelt persons fordommer og blinde flekker. Å tenke ut fra flere fortolkningsrammer er utfordrende. Evne til å se alternativer og skape nye muligheter setter en i stand til å oppdage alternativene. Et perspektiv innebærer en spesiell måte å betrakte organisasjoner på, en spesiell vinkling og ut fra et ønske om å få fram spesielle forhold. På en måte er det sett av ideer eller antakelser som hver av oss bærer med oss som hjelp til å forstå og finne fram i et bestemt ”terreng” (Bolman & Deal, 2009).

Felles for alle offentlige organisasjoner er at de handler på vegne av politiske valgte myndigheter og styres gjennom et lov- og regelverk. Christensen et al. (2009) beskriver offentlige organisasjoner som multifunksjonelle. Kommunene skal ivareta delvis motstridende hensyn, som politisk styring, kontroll, representasjon og deltakelse fra berørte parter, lydhørhet overfor brukerne, åpenhet, offentlighet og innsyn i beslutningsprosessene, likebehandling, tjenestekvalitet, politisk lojalitet og kostnadseffektivitet. *”Men instrumentalitet kan også komme til uttrykk ved at organisasjonsstrukturen er utformet på grunnlag av mål-middel-vurderinger, og at den i neste omgang virker bestemmende for medlemmenes handlemåte ved utføring av oppgavene”* (Christensen et al., 2009, s. 33). Helsepersonell i kommunen skal handle formålsrasjonelt⁴ ved at de vurderer ulike alternativer og kalkulerer hvilke konsekvenser disse vil ha i forhold til loven og tjenestetilbud. I koordinering og samarbeid vektlegger Mintzberg (1983) gjensidig tilpasning og direkte styring. Hovedfokuset er hvordan organisasjonens systemer best kan tilrettelegges. Uavhengig av koordinering, vil uformell kommunikasjon være viktig. Uformell kommunikasjon vil kunne veie opp for rigiditeten som nødvendigvis ligger i direkte styring. Denne studien omhandler innføring av nytt lovverk i en kommune. Under intervjuene med informantene kom det frem ulik forståelse av den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Det er ulike

⁴ Formålsrasjonelt er å foreta viljestyrte valg mellom alternativene, og oppnå de effektene som ønskes gjennom disse valgene

grenseflater⁵ som møter hverandre. I skjæringspunktet kan det oppstå gråsoner og motstridende interesser som gir rom for uenighet, misstillit og manglende samhandling. Dette kan dreie seg om samarbeidsproblemer som følge av ulik faglig tilnærming, ansvar og forventninger (Reisæter & Østergren, 2005).

En rekke organisasjonsforskere har utviklet modeller for å fremstille strukturer. Mintzbergs organisasjonsmodell inneholder en modell med fem sektorer, og er en teoretisk og idealistisk modell (Mintzberg, 1983). Den operative sektoren framstiller mennesker som utfører organisasjonens grunnleggende oppgaver. I denne studien fotfolket som yter helse- og omsorgstjenester i kommunen inkludert avdelingslederne. Rett over den operative sektoren, finner vi den administrative komponenten som er mellomledelse. I denne studien blir det resultatansvar. Her koordineres, føres tilsyn med og kontroll over ressursbruken til den operative sektoren. Det formidles også informasjon fra den operative sektoren oppover i systemet, samt formidles informasjon fra toppen og ned til den operative sektoren. Øverst i Mintzbergs modell finner vi det strategiske toppunktet, som i denne studien er rådmannen. Rådmann fokuserer på organisasjonens omgivelser, bestemmer oppgaver og trekker de store linjene gjennom visjoner og hovedmål. Det øverste politiske nivået er holdt utenfor i denne studien.

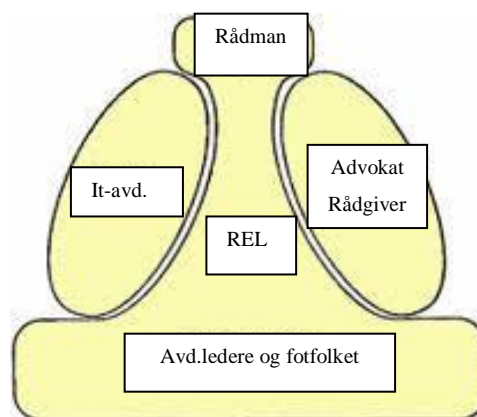


Fig 1: Kommunal sektor forstått etter Mintzbergs organisasjonsmodell

⁵ Grenseflate brukt i denne studien er arbeidsdeling mellom ulike avdelinger i kommunen og spesialisthelsetjenesten

På sidene av den administrative komponenten, mellomledelsen, finner vi to komponenter. Teknostrukturen representerer spesialister og analytikere som måler, inspiserer og standardiserer resultatene og prosessene, IT-avdelinger, kvalitets og revisjonsavdelinger. Støttestabens funksjon og oppgaver er å lette og støtte de andres oppgaver, som for eksempel merkantile, advokater og rådgivere (Bolman & Deal, 2009). Utvalget i denne studien er hentet fra den operative kjernen og fra stab/støtte funksjonen.

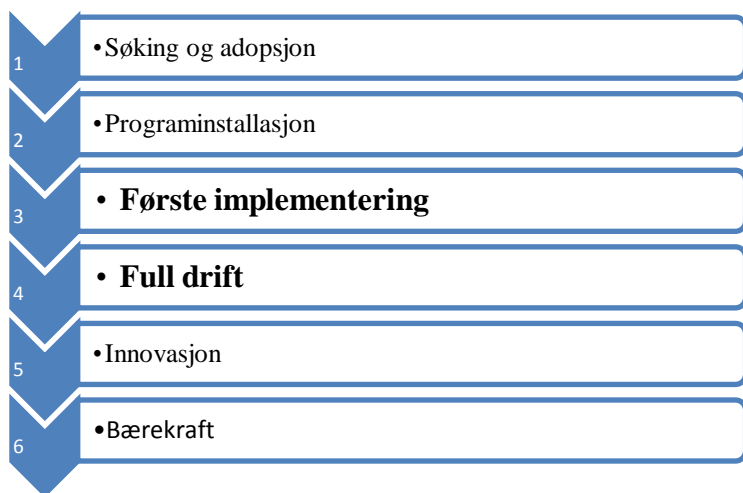
3.3.1 New Public Management, NPM

NPM er et vidt begrep som siden 1980 tallet har vært brukt for å beskrive en rekke reformer innenfor offentlig sektor. NPMs ambisjon var å øke effektiviteten innenfor offentlig sektor og kontrollen myndighetene hadde over denne. Økt markedsorientering innenfor offentlig sektor skulle bidra til et mer kostnadseffektivt tilbud uten å ha negative bieffekter i forhold til andre mål og vurderinger. Fokuset er på koplingen mellom mål, midler og konsekvenser. Selve ideologien bak NPM påpeker også at kulturen i offentlige organisasjoner må endres for å støtte opp om de strukturelle endringene. Det innebærer at de offentlig ansatte bør tenke mindre på sin egen jobbsikkerhet og egeninteresser. De bør være mindre rigide og regelorienterte, og være mer orientert mot brukere av offentlige tjenester (Christensen, et al., 2009; Røvik, 2007). NPM er i følge Ekeland (2004) et lite homogent program for omorganisering av offentlig sektor. En konsekvens av sykehusreformen er at profesjonenes makt som faggruppe i organisasjonen er svekket. Det vil si at behandlerne har blitt produksjonsarbeidere med krav om lojalitet overfor sykehusets markedsstrategier og produksjonsteknologi. Dette kan overføres til kommunen som må endre tjenestetilbudet fordi etterspørselen av tjenester er større enn kapasitet og ressurser som er til rådighet. Dette fører til at flere personer får gruppetilbud i stedet for individuelle tjenester. Helsepersonellet har et stort press på seg til en kontinuerlig evaluering av tjenestene. Dette for å se om brukeren kan klare seg med mindre timer, eller om brukeren kan vurderes på som ferdig behandlet og utskrives. Denne produksjonslogikken passer lite inn i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Det er mennesker og subjekter som krever tilrettelagte og fleksible tjenester. NPM ideologien ser på mennesket som et objekt og ikke subjekt. Helse- og omsorgstjenestene er blitt mer teknologisert. Lojaliteten til systemet er overraskende stor, og ”protestene” er spredte og av det individuelle slaget (Ekeland, 2004).

Vi kan se på institusjonen ”organisasjon” som en kraftfull sosial konstruksjon, som blant annet utløser og setter rammer for omfattende omstilling av virksomheter til stadig mer organisasjonsartede enheter. Det ser vi i mange kommuner, nemlig å reorganisere ulike lokale etater og virksomheter og gjøre dem om til såkalte resultatenheter, ofte kombinert med flatere struktur, det vil si en reduksjon av antall vertikale styringsnivåer (Røvik, 2007). Etablering av resultatenheter er også et tydelig grep for å gjøre kommunale virksomheter mer organisasjonslike. Påstanden kan underbygges med tre observasjoner. For det første skal resultatenheter ha en identitet. Det vil si å være selvstendige enheter med klare grenser mot andre enheter og mot omgivelsene for øvrig. Relasjonene til andre resultatenheter skal være formalisert og dels være preget av samarbeid, dels av konkurranse, internprising, kjøp og salg. For det andre skal resultatene ha en tydelig ledelse. Det understrekes at lederen er den mest ansvarlige utad for enhetens produkter og tjenester. For det tredje legges det vekt på at hver resultat enhet skal ”være en øy av rasjonalitet”, man skal bl.a. ha klare mål og et tydelig og detaljert budsjett og økonomistyringssystem, samt en lokalt utformet personalpolitikk og personaladministrative rutiner og systemer (ibid).

3.4 Implementeringsteori

Implementering kan forstås som gjennomføring av en bestemt aktivitet eller et program som skal settes ut i praksis. Implementeringsprosessen er målrettet og tilstrekkelig detaljert beskrevet slik at uavhengige observatører kan oppdage tilstedeværelsen og styrken av det spesifikke sett av aktiviteter som er knyttet til gjennomføringen. Prosessen er ferdig gjennomført, når den er bærekraftig og fullt integrert i organisasjonen øvrige organisering og metodikk. Denne prosessen kan vare fra 2 – 4 år (Fixsen, 2005). Det har vært forsket lite på de ulike stadiene i implementeringsprosessen (ibid), og fremtidens forskning vil kunne bidra til å forstå hele prosessen der programmer tilpasses, implementeres og vedlikeholdes (Befring, Frønes, & Sørli, 2010). I modellen til Dean Fixsen (2005), beskrives implementering som prosess i følgende 6 faser:



Figur 2: Fixsens implementeringsmodell

Det er fase tre og fire som er mest relevant i denne undersøkelsen. Når det gjelder rettslige virkemidler som helse- og omsorgstjenesteloven er, kan ikke kommunen vurdere om en skal implementere loven eller ikke. Kommunen er pålagt å følge gjeldende lovverk, og helse- og omsorgstjenesteloven må av den adopteres og installeres. Tredje fase er ”*første implementering*”. Denne fasen startet 1. januar da ny lov om helse- og omsorgstjenester trådte i kraft. Resultatet på utprøving gir et svar på hvorvidt det ble tatt riktige avgjørelser ved programimplementeringen. I denne fasen kreves endringer både på individnivå og organisatorisk nivå. Det første innebærer blant annet økte ferdigheter og kompetanse. Det andre er blant annet endringer i kapasitet og organisasjonskultur. Den fjerde fasen er ”*full drift*” og forutsetter at det nye lovverket blir en forpliktende og integrert del i hele organisasjonen. Det vil si at det blir integrert i retningslinjer og prosedyrer (Fixsen, 2005). Det forutsetter at alle ansatte er kjent med lovverket. Det er viktig å ivareta og videreføre alle rutiner og prosedyrer som ble utarbeidet i stadiet første implementering. Fixsen (2005) antyder at det er først når et program er godt implementert at man kan forvente effekt. Kunnskap om det nye programmet både hos ledelse og øvrige brukere, fremholdes i litteraturen som sentralt for en god implementering (Befring, et al., 2010; Fixsen, 2005).

3.4.1 Fra prat til praksis

Det er klare likheter i mellom det Røvik (1998) betegner som moderne konsepter som forsøkes implementert i organisasjoner og de konsepter som blir til på bakgrunn av at ny helse og omsorgstjenestelov forsøkes å implementeres i kommunen. En slik implementering av nytt

lovverk kan også betraktes som en kontekstualiseringsprosess⁶, da ulike avdelinger skal sette loven ut i praksis (Røvik, 2007). Perioden fra iverksetting av ny helse- og omsorgstjenestelov og til den nye loven har nedfelt seg som rutiner i kommunen, kan med en fellesbetegnelse kalles for innføringsfasen. Innføringsfasen er i følge Røvik (1998) en svært spennende og kritisk fase i spredningen av en oppskrift, som i denne undersøkelsen er ny helse- og omsorgstjenestelov. Røvik (1998) sammenligner innføringsfasen med et laboratorium for organisasjonsforskere som ønsker å studere hvordan globale impulser i form av utbredte konsepter, brytes ned og brynes med lokal tradisjoner, rutiner og innsikter. På den måten bringes det frem kunnskap om hvordan den enkelte organisasjon faktisk takler globaliseringen av organisasjonssamfunnet. Det er i innføringsfasen at konseptet møter lokale tradisjoner i organisasjonen.

Fra litteraturen pekes det på tre hovedantakelser om hva en kan forvente når organisasjonsoppskrifter forsøkes implementert i en organisasjon. Den første antagelsen er rask tilkobling. Den instrumentelle redskapstankegangen er her dominerende og moderne organisasjonskonsepter fremstilles som standardiserte komponenter som er tilpasset alle og klar til å tas i bruk. En samlet pakke som raskt koples til og nedfelles som rutine og får en styrende virkning på organisasjonens aktiviteter (Røvik, 1998). Den andre antakelsen er frastøting av organisasjonsoppskrifter og er en kontrast til den første. Tankegangen her er at organisasjoner er komplekse, verdibærende og integrerte institusjoner, som er generelt motstandsdyktige overfor forsøk på raske og omfattende endringer. Dette er også et av resonnementene blant tradisjonelle institusjonelle organisasjonsteoretikere som Selznick (1949). Oppskriftene fremtrer som vage ideer som er tatt ut av sine opprinnelige sammenhenger. De oppleves kontekstløse og altfor enkle og blir av den grunn frastøtt av organisasjonen (Christensen, et al., 2009). Den tredje antakelsen er frikopling. Moderne organisasjoner må håndtere dilemmaet som dreier seg om effektivitet, samtidig som organisasjonen må være i stand til å ivareta dens eksterne legitimitet. En måte å takle dette dilemmaet er ved å ta til seg moderne konsepter, men sørge for å holde dem frikoplet slik at de i minst mulig grad får styrende virkninger på organisasjonens aktiviteter. En frikopling mellom prat og praksis (Røvik, 1998).

⁶ Kontekstualisering handler i denne sammenheng om å oversette moderne organisasjonsoppskrifter fra idé til praksis.

Ut fra denne betraktningsmåten blir mytene eller oppskriftene noe som ligger på overflaten i organisasjonene, som et utstillingsvindu eller et blendverk, som skal overbevise omgivelsene om at organisasjonen er moderne og effektiv, uten at praksis internt endres i særlig grad (Christensen, et al., 2009, s. 92).

En implementeringsprosess kan forstås på flere måter dersom man supplerer med andre teorier. For bedre å forklare hva som skjer når man forsøker å gjennomføre en endringsprosess i en organisasjon kan man i tillegg se på virusteorien og translasjonsteorier. Først virusteorien som bygger på antakelsen om at en frikopling er en midlertidig tilstand. Nye ideer og konsepter vil oppføre seg som et virus ved å ha lang inkubasjonstid, og vil langsomt nedfelle seg og prege aktiviteter i organisasjonen. Ideer kan sammenlignes med et virus som må ha en viss "inkubasjonstid". Det er viktig å bruke tid til prat slik at ideene kan modnes til implementering. Dermed blir ikke ideen i en fast form men støpes om etter hvert som viruset "spres" og praten går i virksomheten. Ideen forandres underveis i spredningskraften. Det må som sagt prates før det kan praktiseres (Røvik, 2007).

Den neste er translasjonsteori som tar utgangspunkt i at nye konsepter må bli oversatt og omformet når de spres og tas inn i stadig nye organisasjoner. Kontekstualisering menes her at ideer forsøkes introdusert i en ny organisatorisk kontekst. Når nye konsepter eller ideer skal implementeres og tas i bruk i en ny kontekst er det viktig å ha god kjennskap til virksomheten som skal ta i bruk den nye ideen. Til dette arbeidet kreves det en god oversetter. Det er viktig fordi en kan unngå konflikter og minske motstand til iverksetting av en ny idé. Man må finne ut hvilke formål den oversatte ideen er tenkt å tjene og hvilke kontekst den skal inn i. Ideen skal derfor utformes og oversettes slik at de blir godt tilpassede verktøy som fungerer lokalt og får styrende virkning på praksis i organisasjonen (Røvik, 2007). Denne tenkningen er også relevant i denne studien om implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov. Det å få en forståelse for hvordan lovverket skal tolkes og brukes av helsepersonellet i kommunene. For å minske motstanden mot endringer, bør ideer som skal introduseres gjøres gjenkjennbar i en lokal kontekst. *"(...) ideer som tas inn, også skal tas i bruk. De skal derfor omformes – og oversettes – slik at de blir godt tilpassede verktøy som fungerer lokalt og får styrende virkning på praksisen i organisasjonen"* (Røvik, 2007, s. 259). Ideer og konsepter blir oversatt på bakgrunn av rasjonelle, strategiske kalkulasjoner, uintenterte hendinger og begrenset rasjonalitet, og organisasjonens forsøk på å forvalte sin identitet. Det er en oppfatning at

organisasjoners interne bearbeiding av konsepter ofte er basert på instrumentelle kalkulasjoner (Røvik, 2007).

3.5 Problemstilling

Tema i denne studien omhandler helsepersonells erfaring med overgang fra to til ett lovverk innenfor helse og sosialsektoren. Formålet med studien er å beskrive hvordan den nye helse- og omsorgstjenesteloven er blitt håndtert i en kommunal resultatenhet.

Endringsteori, organisasjonsteori og implementeringsteori er benyttet som et bakteppe i utforming av problemstillingene. Ut fra nevnte teorier vil man i denne studien belyse to problemstillinger.

1. Hvilke erfaringer gjør helsepersonell seg ved innføring av nytt lovverk i en kommunal resultatenhet?
2. Hvordan kan man forstå helsepersonellets erfaringer med implementering av lovendring i egen organisasjon?

Første problemstilling vil bli sett i lys av empiri hentet fra helsepersonell som har ansvar for implementering av nytt lovverk i kommunen. Den andre problemstillingen vil bli sett i lys av nevnte teori. For å få belyst problemstillingene må man spørre helsepersonellet etter deres egne beskrivelser og konstruksjon av sin arbeidsdag med nytt lovverk.

4 FORSKININGSDESIGN OG METOLOGISKE AVVEININGER

Studiens formål er å beskrive og få en forståelse av hvordan helsepersonell i en kommunal resultatenhet har håndtert implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov. Dette kapittelet vil beskrive hvordan studie er gjennomført. Kapittelet starter med å si litt om bakgrunn for valg av fremgangsmåte og vitenskapsteoretisk ståsted. Deretter gis det en mer detaljert beskrivelse av forberedelse og gjennomføring av studie. Til slutt en gjennomgang av analyseprosessen og diskusjon om studiens troverdighet.

4.1 Fenomenologi og hermeneutikk

For å kunne utforske hvordan helsepersonell i en kommunal resultatenhet har håndtert implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov må metoden kaste lys over helsepersonellens meninger og erfaringer med å gå fra to til ett lovverk. Hvordan man kan forstå deres virkelighet etter noen måneder med ny helse- og omsorgstjenestelov i kommunen. Fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon og kvalitativ forskning blir relevant. Fenomenologien representerer en forståelsesform der menneskers erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Både beskrivelser og fortolkninger er sentrale i kvalitative studier. I et hermeneutisk vitenskapsideal tar man utgangspunkt i at man kan forstå og tolke menneskelig eksistens gjennom språket, handlinger og erfaringer. På den måten vil alt det som presenteres i denne studien være preget av forskerens forforståelse og tolkning av helsepersonellens beskrivelser av arbeidsdag og erfaringene med å ta i bruk en ny lov. Dette kan forstås som det Blaikie (2010) kaller en abduktiv forskningsstrategi. Abduksjon har klare likhetstrekk med den hermeneutiske sirkel (Thomassen, 2006), der en beveger seg mellom helhet og deler når en fortolker, og at disse gjensidig påvirker hverandre. Malterud (2011) understreker dette med følgende uttalelse; ”*enhver beskrivelse er farget av tolkninger, og enhver tolkning bygger på beskrivelser*” (Malterud, 2011, s. 44). Den kvalitative metoden får frem relevante data og vektlegger detaljer og nyanser som er viktig i denne undersøkelsen. Malterud (2011) sier; ”*Vi kan spørre etter meningen, betydningen og nyanser av hendelser og utfred*” (Malterud, 2011, s. 27). Målet med studien er å få dybde forståelse og beskrivelser av helsepersonellens erfaring av innføringsfasen av nytt lovverk. Blaikie (2010) påpeker også at

hensikten med å undersøke er å utvikle en grunnleggende, grov beskrivelse og forståelse av et sosialt fenomen.

4.2 Min forforståelse

For å klare å gjenfortelle helsepersonellens erfaringer med implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov på en best mulig lojal måte, krever det at jeg har et reflektert forhold til egen innflytelse på gjennomføring og analyse av studien. Derfor er det relevant å beskrive min tolkningsbakgrunn. Jeg har en helse og sosialfaglig utdanning, og videreutdanninger. I kommunen som undersøkes har jeg jobbet i 16 år på flere nivå i helse- og sosialsektoren. Denne bakgrunn har gitt meg god kunnskap og erfaring med kommunale helsetjenester på flere nivåer. Jeg har i direkte møte med brukere av helse- og omsorgstjenestene, og som leder innen kommunehelsetjenesten, fått innblikk i flere eksempler på hva godt samarbeid mellom tjenestenivåene kan føre til for enkeltindividet. Men jeg kjenner også enkeltmennesker som gir uttrykk for frustrasjon over dårlig samhandling og kommunikasjon på tvers av nivåene og sektorer i helsevesenet. Jeg har erfart at det er vanskelig å få personer engasjerte til å ta det helhetlige ansvaret for å få gitt et sammenhengende tjenestetilbud. Det er også en utfordring å navigere mellom mange forskjellige behandlings og omsorgstilbud. Dette på grunn av ulike profesjoner og personell, og på grunn av de ulike tjenestenivåene. Samarbeidet, hvordan det fungerer og hvem som samarbeider er tydelig preget av to ulike fagtradisjoner og forståelse koplet til på den ene siden psykiatri, og den andre siden rusfeltet. Min erfaring er at faglige retningslinjer og veiledere fra departement blir lite brukt som et styringsverktøy. De blir stående i bokhyllen sammen med annen faglitteratur. Vi har alle en krevende arbeidsdag og det er lett å fortsette i samme spor som tidligere, uten å endre kurs. Alt dette kan ha vært med å påvirke hvilke spørsmål jeg stilte og hvilke utsagn jeg ble opptatt av og utforsket i samtalen med informantene.

Jeg reflekterte over min rolle og min bakgrunn i forkant av intervjuene. Jeg har skrevet refleksjonsnotat i forbindelse med intervjuene og gjennom arbeidet med analysen. Under intervjusamtalene var intensjonen å være nysgjerrig og ikke dømmende overfor informantene,

som jeg kjente fra arbeidet i resultatenheten. Refleksjonen var til stor hjelp for å ha et bevisst forhold til min egen forforståelse og hvordan dette har påvirket meg gjennom prosessen.

4.3 Datainnsamlingsmetode

For å finne ut hvordan en kommunal resultat enhet har implementert nytt lovverk, må helsepersonellens egne beskrivelser og deres konstruksjon av sin arbeidsdag med nytt lovverk komme frem. Det er derfor relevant å bruke kvalitativ tilnærming. Metode kan forklares som fremgangsmåter som knytter forbindelse mellom teori og det virkelighetsområdet som skal undersøkes (Thomassen, 2006). For å finne svar på problemstillingen er det gjort et kvalitativt forskningsintervju. I denne studien er det spørsmål om hvordan resultat enheten har håndtert implementeringen av ny helse- og omsorgstjenestelov. For å få en forståelse for hvordan ansatte i avdelingene i resultat enheten har erfart det nye lovverket, er helsepersonellens holdninger og oppfatninger av interesse, og derfor er intervju en relevant fremgangsmåte for innhenting av slik informasjon (Thagaard, 2009). Individuelle intervjuer egner seg godt til å få frem enkeltindividets fortolkning av hvilke fokus resultat enheten har hatt i innføringen av det nye lovverket. Intervjusituasjonen stiller allsidige krav til intervjueren (Thagaard, 2009). Kvale & Brinkmann (2009) fremhever at intervjueren ikke bør bare ha kunnskaper om de temaene som tas opp, men også om sosiale relasjoner. I et kvalitativt forskningsintervju er intervjueren det primære redskap, noe som stiller store krav til kvaliteten på intervjuerens håndverksmessige dyktighet. I en intervjusamtale lytter intervjueren til hva folk selv forteller om sin erfaring. Med egne ord uttrykker de sine oppfatninger og meninger. Intervjueren lærer om deres tanker om arbeidssituasjon, og erfaringer (ibid). Målet for denne studien er ikke å finne klare svar men å få en økt forståelse og kunnskap om å gå fra to til ett lovverk for helse- og omsorgstjenester i kommunen.

4.3.1 Intervju

Studien krevde et semistrukturert intervju⁷, fordi det gir informanten mulighet til å utdype og forklare ut over det forskeren spør om, samtidig så har forskeren en viss struktur på intervjuet i form av tema. Kvale & Brinkmann (2009) beskriver intervjuerens innflytelse på denne måte:

Intervjueren samler ikke bare inn uttalelsene som om det var småstein på en strand. Hans eller hennes spørsmål leder frem til de emnene intervjupersonen skal snakke om, og intervjuerens aktive lytting og oppfølging av svarene er med på å bestemme samtalsens retning (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 200).

Det ble benyttet en intervjuguide⁸ som inneholdt noen bestemte tema og spørsmål om kjennskap til nytt lovverk, praksis hittil og eventuelt utvikling av praksis, samarbeid, fag og rutiner. Intervjuguiden ble brukt som utgangspunkt for alle intervjuene, supplert av spontane oppfølgingsspørsmål som er en mulighet i kvalitativ metode. Kvale & Brinkmann (2009) sier: *”Jo mer spontan intervjuprosedyren er, desto større sannsynlighet vil det være for å innhente spontane, levende og uventede svar fra de intervjuede* (s.144). Målet med intervjuene var å få innsikt i hva informantene selv tenkte om resultatens implementering av nytt lovverk.

I forkant av intervjuet hadde alle informantene lest gjennom informasjonsskrivet⁹ og signert samtykkeerklæring¹⁰. To intervju ble av praktiske årsaker for informantene gjennomført på intervjuers kontor. De andre intervjuene ble etter egne ønsker gjennomført på informantenes kontor. Et intervju ble utsatt en dag, da informanten måtte prioritere en annen avtale.

Før hver samtale startet ble informantene informert om taushetsplikt, anonymisering og sletting av data. Intervjuet ble tatt opp på digital diktafon og deretter transkribert. Informantene kunne fritt uttrykke sitt syn på de ulike spørsmålene i intervjuguiden. Dette er i tråd med Kvale & Brinkmanns (2009) syn på hva en intervjuguide bør være. I denne studien ble det benyttet et semistrukturert intervju. Da bør intervjuguiden inneholde en oversikt over emner som skal dekkes samt forslag til spørsmål. Spørsmålene bør være lette å forstå, og bør bidra til kunnskapsproduksjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble skrevet refleksjonsnotater etter hvert intervju for å få ned egne tanker rundt gjennomføringen av samtalen. Etter 7

⁷ Semistrukturert intervju er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale

⁸ Se vedlegg nr. 2

⁹ Se vedlegg nr. 3

¹⁰ Se vedlegg nr. 4

intervju ble det vurdert at det var lite sannsynlighet for at enda flere intervjuer ville tilføre ny kunnskap. Metningspunktet¹¹ var nådd, og en satt igjen med et rikelig stoff om hvordan det nye lovverket hadde blitt mottatt i resultatenheten.

Intervjuene ble overført til skriftlige data fortløpende etter hvert som de ble gjennomført. Intervjuene ble skrevet på bokmål grunnet ivaretagelse av informantenes anonymitet og for å utelukke muntlig og utydelige fremstillinger og for å lette arbeidet videre. På den måten ble det lettere å distansere seg fra informantene. Skrivningen ble gjort med forsiktighet for ikke å endre betydningen av informasjonen som informantene gav i intervjuet. Lydopptakene fra intervjuene er hørt gjennom flere ganger. Opptakene var av god lyd kvalitet og reduserte risikoen for eventuelle misforståelser. Transkriberingen var en tidkrevende, men nyttig prosess, som bidro til å gi en helt annen nærhet til den informasjonen som kom fra i samtalen. 7 intervju utgjorde et skriftlig material på 68 sider med enkel linjeavstand. Menneskelig kommunikasjon kan ikke fanges gjennom digitale uttrykk eller skriftlige tekster. Noe informasjon vil alltid gå tapt i en slik prosess. Kvale & Brinkmann (2009) sier vær forsiktig, ”*intervjuene er levende samtaler*”(ibid, s. 200). Teksten ble transkribert inn i en tabell med kolonner til egne notater som sikret plass til fortløpende refleksjoner.

4.4 Utvalg

Studiens hensikt er å utforske hvordan en kommunal resultat enhet har implementert ny helse- og omsorgstjenestelov og å få informasjon om helsepersonellens forståelse av nytt lovverk. Med dette som bakgrunn ble informantene valgt ut i egenskap av plassering i kommunen og kunnskap om endring av lovverk. I denne studien ble fire personer utpekt på forhånd. De to siste personene kom til etter anbefalinger fra informanter, som mente at disse personene vil kunne bidra med en type informasjon som var aktuell for studien. Malterud (2009) sier; ” *En god hovedregel er derfor å ikke bestemme antall enheter på forhånd*” (ibid, s.61) . Utvalget bestod av seks kvinner og en mann. Informantene hadde forskjellige profesjoner og hadde arbeidet i kommunen fra i underkant av ett år og til tolv år. Informantene representerer ulike

¹¹ Begrepet metning brukes når ytterligere data ikke tilfører noe nytt (Malterud, 2011)

avdelinger i resultatenheden og fra stab/støttefunksjon som er knyttet til resultatenheden. Informantene i stab/støttefunksjon har en avstand til det daglige arbeidet i resultatenheden, men hadde informasjon som var viktig for å få danne et helhetsbilde av implementeringen av det nye lovverket.

4.5 Analysemetode

I analysearbeidet var det relevant å ta utgangspunkt i Kirsti Malteruds (2011) fire trinns fremgangsmåte inspirert av Amando Giorgis fenomenologiske analyse. Målet er å kunne gjenfortelle informantenes erfaringer og meningsinnhold på en best mulig lojal måte. Det krever at den som forsker har et reflektert forhold til egen innflytelse på gjennomføring og analyse av undersøkelsen (Malterud, 2011).

Første trinn er å få et helhetsbilde av materialet og sorterer etter foreløpige temaer. Det ble skrevet refleksjonsnotater etter hvert intervju og underveis i transkriberingsprosessen. Notatene måtte nå legges bort for å kunne klare å være åpen for andre perspektiver i det som informantene hadde formidlet. Også temaer som gikk utover det forskeren var opptatt av, ut fra problemstilling og forskningsspørsmål. Jette Fog (2004) påpeker at forskeren analyserer og fortolker hele tiden, også under selve intervjuet. Malterud fremhever at *”foreløpig er det fugleperspektivet som gjelder”* (Malterud, 2011, s. 99). Etter lest gjennom 68 sider tekst, ble fortløpende tema som var relevante fra intervjuene notert. I andre trinn skilles relevant tekst fra irrelevant, med utgangspunkt i studiens problemstilling om hvordan håndteres ny helse- og omsorgstjenestelov. Relevant tekst ble markert med grønnfarge i hvert enkelt intervju. De markerte tekstdelene kalles meningsbærende enheter og bestod av ord, setninger og lengre sitater (Malterud, 2011). Temaene ble merket med koder og en kort beskrivelse av innholdet. Flere meningsbærende enheter ble samlet inn under samme kode fordi innholdet omhandlet felles tema. Analysens tredje trinn er å gi kodene mening. Hver enkelt av de meningsbærende enhetene innenfor hver kodegruppe gjennomgås. I dette arbeidet ble det tydelig at flere koder kunne slå sammen og gi noen av kodene nye navn som bedre ivaretok kodens innhold. Koder som gav liten mening til problemstillingen ble utelatt. Fjerde og siste trinn i analysen er sammenfatningen. *”Sammenfatningen skal formidles på en måte som er lojal mot*

informantenes stemmer og gi leseren innsikt og tillit” (Malterud, 2011, s. 107). På dette stadiet i analysen kan det være fare for å miste noe av helheten når fortellingene blir fragmentert med å trekke ut enkeltavsnitt, setninger eller ord (Kvale & Brinkmann, 2009). For å sikre at sammenhengen er i samsvar med informantenes opprinnelige historier, må en gå tilbake til den transkriberte teksten og tidligere kodelister. På denne måten går en mellom utvalgte deler av teksten og tilbake til teksten i sin helhet. Malterud (2011) bruker begrepene dekontekstualisering og rekontekstualisering om denne prosessen. Dekontekstualisering tillater oss å løfte ut deler av intervjueteksten og se nærmere på det sammen med andre elementer. Eksempelvis andre intervjuer som sier noe av det samme. I rekontekstualisering er det viktig at den forståelsen en har kommet frem til av dekontekstualiseringsbitene, fortsatt stemmer overens med sammenhengen der de ble hentet ut. På den måten er rekontekstualisering det viktigste tiltak for å ivareta forbindelseslinjen mellom presentasjon og informantenes virkelighet (ibid). Disse fire trinnene medfører en bevegelse mellom del og helhet med den hensikt å få frem flere lag av meninger i det fenomenet som undersøkes. Prosessen utgjør hovedstrukturen for en systematisk tekstkondensering, også kalt metningsfortetting (Kvale & Brinkmann, 2009). Etter denne bearbeidingen fremstod informantenes sine erfaringer i form av tre kategorier; endring, tradisjon og samarbeid. Kategoriene vil bli nærmere presentert i kapittel 5.

4.6 Å forske i egen organisasjon

Lofland & Lofland (1995) oppmuntrer kvalitative forskere til å starte der man er, og bruke allerede eksisterende engasjement i forskningsøyemed. Fordelene med dette er at man da har adgang, data og en etablert rolle. Det er mange fordeler med å ha kjennskap til miljøet en skal forske på. Gullestad (1991) har etterlyst en mer nøkternt og avslappet forhold til studier av egen kultur. Begrensningene blir vanligvis tillagt størst vekt. Fordeler som å kjenne til miljøet, motivasjon, engasjement, utholdenhet, solidaritet, lojalitet og sympati har vært kritisert av flere. Repstad (2007) fokuserer på utfordringer knyttet til at forskeren er en del av samme kultur og har nær relasjon til aktørene. Samtidig hevder andre at forskerens personlige forutsetninger har betydning for hva en får tilgang til og hvilke problemer en møter, uansett om man arbeider innenfor kjente eller ukjent omgivelser (Aase, Fuglestad, & Fossåskaret,

1997). 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 strebe for å komme ut av sin egen blindhet (Gullestad, 1991). Særlig ved studier av egen kultur er det viktig at forskeren reflekterer over hvordan egne forståelsesrammer påvirker empiriske funn og analytiske refleksjoner. (Aase & Fossåskaret, 2007). Å gjøre observasjoner underveis, og få kommentarer og spørsmål fra kollegaer, kan være med på å skape nødvendig distanse. Det samme kan det å se på ulike teoretiske modeller og perspektiver gjøre. Spesielt er det viktig å ha et bevisst og reflektert forhold til egen forskerrolle i egen kultur for å skape den nødvendige distanse.

Forskerens arbeidserfaring og kjennskap til fagfeltet og hverdagspråket til helsepersonellet kan ha hatt en betydning for at informantene opplevde trygghet under samtalen. Å lære en organisasjon å kjenne er som å lære et nytt språk (Repstad, 2007). Flere av informantene sa det var godt å bli intervjuet av en person som visste hva de snakket om. Dermed kunne de dele sine erfaringer som de tenker andre ikke ville hatt forutsetninger for å forstå. 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 var tidseffektivt med å forske på egen organisasjon. Det var raskt å finne frem til aktuelle og gode informanter. Aase & Fossåskaret (2007) hevder at mye tid er spart som ellers ville gått med til å operasjonalisere allmenne problemstillinger, for å tilpasse den ukjente organisasjonen.

4.7 Diskusjon av metode

Å forske innebærer å foreta valg som ofte er basert på interesser og verdier. Fordi ingen studier fullt ut kan beskrive hele "sannheten", vil det kunne stille spørsmål ved informasjonen som ikke kommer frem. Krav om åpenhet kan kompensere for den nøytralitet som er vanskelig å oppnå, noe som setter et sterkere fokus på forskningsetikk (Jacobsen, 2005).

Både fokusgruppeintervju og individuelle intervju er relevante for å få en forståelse for hvordan helsepersonell i resultatenheten erfarer det nye lovverket. Ved å gjennomføre et fokusgruppeintervju kunne det kommet frem mange forskjellige erfaringer som helsepersonell

har gjort seg med implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov, som var fokuset for alle deltakerne i gruppen. Fokusgruppeintervju er tidkrevende i den forstand at det ville vært vanskelig å finne et tidspunkt som hadde passet for hele gruppen. I denne studien lot det seg ikke gjennomføre på grunn av tiden som er til rådighet. Individuelle intervjuer egner seg godt til å få frem enkeltindividets fortolkning av erfaringer helsepersonell i resultatene har hatt med implementering av det nye lovverket.

4.7.1 Ulemper og utfordringer med forskning på egen organisasjon

En utfordring som har dukket opp, er å kombinere nærhet til feltet og samtidig uavhengighet, i ulike faser av studien. Gjennomføringen av intervjuene var mer utfordrende enn man på forhånd kunne forestille seg. Å klare å balansere eget engasjement og interesse for temaet var utfordrende. Det å være nysgjerrig og åpen var vanskelig. Informantene som man har felles normer og verdier med, inviterte til refleksjoner og diskusjoner. Man kan lett bli for nærsynt, og i intervjusituasjonen tro at man vet hva den andre snakker om, uten man faktisk gjør det. Det samme kan informantene. Informantene kan fort ta for gitt at forskeren har de samme kunnskapene som de selv besitter, og dermed ikke forklare alle viktige detaljer. Dette er skjæringspunkter som er tatt opp av flere teoretikere innenfor kvalitativ forskning (Aase & Fossåskaret, 2007; Halvorsen, Johnsen, Repstad, Aasland, & Balsnes, 2009; Repstad, 2007). En annen utfordring er at det kan være vanskelig å fri seg fra forutinntatte meninger og holdninger når data skal tolkes. Mye kan være ubevisst, og farge tolkning av resultatet som er beskrevet i forforståelsen. Det kan også være vanskelig å gi et bilde av ”virkeligheten”. Etiske refleksjoner rundt innsamlet data kan føre til spørsmål hos forskeren som: Tør jeg, bør jeg, vil jeg, la være å presentere alle funn? Et siste moment som trekkes fram av Repstad (2007) er forskerens egeninteresse i at undersøkelsen skal lykkes.

4.7.2 Forskningsetiske vurderinger

Forskning der enkeltmenneske og samfunn er forskningsobjekt, reiser problemer av etisk karakter. Respekt for mennesket er et fundamentalt utgangspunkt for enhver samfunnsforskning. Dette betyr blant annet at man ikke kan akseptere at mennesket blir gjort til et middel for å oppnå bestemte mål (Holme & Solvang, 2004). De etiske avgjørelsene skiller seg ikke ut som en enkel del av intervjuundersøkelsen, men foretas gjennom hele prosessen. Utgangspunktet for ethvert forskningsprosjekt er prinsippet om informert samtykke

(Thagaard, 2009). På bakgrunn av dette ble det utformet et informasjonsskriv om undersøkelsen og samtykkeerklæring. Samtykkeerklæringen ble undertegnet før intervjuene startet. Informantene ble informert om at de opplysningene de hadde gitt ville bli anonymisert slik at deres identitet forblir skjult (Thagaard, 2009). Informantene fikk beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra studien, uten at det kom til å få konsekvenser for dem. Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste¹².

Man skal være klar over at under intervjuene kan det komme frem holdninger og praksis som ikke informanten ønsker å fremme. Det kan også oppstå misforståelser og feiltolkninger som kan sette informanten i en vanskelig situasjon. Under et av intervjuene ble det nødvendig å gripe inn og tydeliggjør at det informanten var i ferd med å fortelle, ikke hadde relevans for denne studien. Forskerens oppgave er å formidle funn, og samtidig har forskeren en stor oppgave med å beskytte informanten. *”Vi har ingen rett til å krenke dem som har vist oss tillit i forskningens navn”* (Malterud, 2011, s. 207).

4.8 Pålitelighet og troverdighet

Det er i denne studien lagt vekt på at leseren skal kunne følge hele arbeidet fra begynnelse til slutt gjennom studiens prosess. Dette er basert på presentasjon og diskusjoner av valg som er foretatt i forberedelsene og gjennomføringen av studien, fortolkninger og den teoretiske referanserammen. På den måten synliggjøres studiens pålitelighet. Kvale & Brinkmann (2009) trekker frem kvalitet på opptak av intervjuene og utskriftene man har gjort, forskerens evne til å stille åpne og utforskende spørsmål, bevissthet rundt egen rolle og evne til refleksivitet som eksempler på studiens pålitelighet. Dette er elementer som er ivaretatt etter beste evne. I kvalitativ forskning blir forskeren selv et viktig verktøy og nettopp derfor er forskerens håndverksmessige dyktighet og troverdighet særdeles viktig (ibid).

Kjennetegnet ved det kvalitative intervjuet er utfordringen ved å gå i dybden (Kvale & Brinkmann, 2009). På bakgrunn av dette har syv intervjuer gitt nok informasjon til å svare på

¹² Vedlegg nr. 1

studien. Man kan ikke se bort fra at forskerens tilknytning til resultatenheden kan svekke troverdigheten til studien.

I et intervju ligger det selvsagt en mulig feilkilde i selve kommunikasjonsprosessen. Det er flere punkter som kan være grader av påvirkning, og at data skapes i en interaksjonsprosess i studien. Et eksempel er tolkningen av intervjuene som vil være farget av forskerens egne normer, verdier og forventninger. Et annet eksempel er at informantene kanskje svarte det forskeren ønsket de skulle svare. På tross av det kan man mene at troverdigheten i denne studien er ivaretatt i tilstrekkelig grad.

Studiens gyldighet er knyttet til i hvilken grad en har klart å favne helsepersonellens fortellinger, både i intervjusituasjonen, gjennom analysefasen og i den endelige presentasjonen. Man har i studien benyttet en kvalitative analysemetode, som har bidratt til å kvalitetssikre analyseprosessen.

5 RESULTAT

Hensikten med studien har vært å få belyst helsepersonellens erfaringer med implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov i kommunen. I dette kapittelet vil man trekke ut sentrale tema som helsepersonellet har løftet frem og vektlagt ved refleksjon over implementering av nytt lovverk. Temaene som helsepersonellet vektlegger, presenteres i tre kategorier 1. endring, 2. tradisjon, 3. samarbeid. Kategoriene er analysert ut fra datamaterialet. Alle informantene tok i bruk innholdet i kategoriene, i en eller annen form i løpet av intervjuene og er dermed relevant for videre analyse.

5.1 Endringer

Informantene sier det har vært mye endringer i resultatenheten de siste årene. Omorganisering fra sosialkontor til felles enhet med rus/psykiatri til igjen å bli delte i flere selvstendige avdelinger. En informant uttrykte seg på denne måten: *”Det er så mye som skjer og det er ikke lett å få med seg alt. Det er oppstart av Samhandlingsreformen, nytt lovverk, nytt elektronisk fagprogram, det er omorganisering og det er nye kollegaer”*. Under intervjuene med informantene kom det frem at arbeidshverdagen er travel og tiden strekker ikke til. Det har vært vanskelig å finne felles tid for å diskutere problemstillinger knyttet til ny helse- og omsorgstjenestelov.

En informant sier at resultatenheten har hatt en markant økning i antall søkere til helse- og omsorgstjenester, og det er økt press på kommunale botilbud. Informantene sier at personene som søker tjenester blir stadig yngre og flere er småbarnsforeldre. Det er størst økning fra personer med lette og moderate psykiske lidelser. Det vil si angst og depresjon. Det er nærmest blitt en folkesykdom. Dette fordrer et annet tjenestetilbud enn den tradisjonelle individuelle tjenesten som støttesamtale. Nå tenkes det nytt og flere personer blir tilbudt gruppetilbud. På den måten får vi brukt ressursene bedre. Informanten sier: *”Hele veien er vi i endring og tenker, hva er klokt å gjøre nå. Hver stein blir snudd for å få til et best mulig tjenestetilbud og for å få gitt flest mulig personer et tilbud”*. Flere informanter bekrefter at det

er stadig endring i resultatenheten. I samtalene med informantene kom det frem at ikke alle ansatte er like fornøyd med endringene. Informantene forteller at det ofte er uenighet å høre fra ansatte når inntaksteamet skjærer ned på timeantall i enkeltvedtaket til brukerne.

Informantene tror at en følge av økt etterspørsel av tjenester og grundigere saksbehandling, fører til at resultatenheten mottar flere klager nå enn tidligere. Folk er blitt mer bevisst. Informantene sier det blir klaget på avslag på søknad om tjeneste, eller for lite timer, eller ønske om individuell tjeneste og gruppetilbud. Informantene opplyser at det gjøres grundig saksbehandling med faglige vurderinger før hvert enkeltvedtak fattes. Etter ny helse- og omsorgstjenestelov er det fokus på innholdet i tjenesten og begrunnelsene i vedtakene for hvorfor søker har fått tjeneste eller fått avslag på tjeneste. Det er sendt flere klagesaker til Fylkesmannen som man venter svar på. Flere informanter uttrykker: *"Det er bra at brukerne klager når de er misfornøyd. Det er en fordel å bli "sett i kortene". Da kan vi lære at slik kan vi gjøre eller slik kan vi ikke gjøre. Kanskje det kan bli litt for tilfeldig av og til"*? En informant forteller at avdelingen helt bevisst har prøvd ut lovverket, ved å legge vurderinger som gjaldt for sosialtjenesteloven til grunn i saksbehandlingen. Tilbakemeldingen som kommer fra Fylkesmannen vil være retningsgivende i forhold til tolkningen av lovparagrafene. Det er Fylkesmannen som må gi en overordnet avklaring.

Informantene sier at arbeidet med å revidere vedtaksmaler som skulle tilpasses den nye helse- og omsorgstjenesteloven kom sent i gang. Etter fire måneder var de fleste vedtaksmaler på plass. Ledelsen i resultatenheten hadde klarert med kommuneadvokaten at i en overgangsfase kunne en hjemle enkeltvedtakene på tjenestene etter gammelt lovverk. Informantene sier at revidering av vedtaksmaler har vært mye proforma arbeid. En bytter paragrafer fra det gamle lovverket ut med paragrafer fra det nye lovverket. En informant uttrykte: *"Det er ikke noen vesentlige endringer i den nye loven. Utfordringen er å finne frem til relevante paragrafer i startfasen og egentlig er det bare to lover som er slått sammen og gitt en annen ordlyd"*.

Informantene forteller at det nye lovverket ikke har ført til de store endringene i saksbehandlingsrutiner og prosedyrer for avdelingene. Den største endringen er i forhold til klagesaker. Mange personer har behov for sammensatte tjenester, og da er det uhensiktmessig

med ulike klageregler og ulike klageorganer. Klagegangen er nå at det er fire uker klagefrist og at alt skal til fylkesmannen. Det gjør det enklere å saksbehandle.

Informantene sier den nye helse- og omsorgstjenesteloven skiller mellom helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. For helsepersonellet er det til tider vanskelig å skille disse. Helsetjenester er alt som har med medisiner eller det som har med helsen til brukeren å gjøre, og defineres under § 3.2 a¹³. Alt annet er praktisk bistand og defineres under § 3.2 b¹⁴. Det vil si at veiledning, støtte, opplæring i daglige gjøremål, kommer inn under praktisk bistand. Informantene beskriver at det er glidende overganger og til tider vanskelig å sette et tydelig skille. Det kommer an på hvilke innhold man gir helsehjelp og praktisk bistand. Det er behovene hos brukeren som definerer hva tjenesten skal inneholde. En informant uttrykker at behovene hos brukerne kan variere i perioder. Brukeren kan ha gode perioder hvor vedkommende trenger minimalt med hjelp og støtte. I andre perioder må brukeren ha tettere oppfølging for å klare å bo, og for å hindre innleggelse på sykehus. En annen informant sier at resultatene har ulike vilkår som må tas hensyn til under saksbehandlingen. Tildeling av tjenester prioriteres etter kriterier hvor alvorlig psykisk lidelse og fare for selvmord kommer først. Informantene forteller at diagnosene til brukerne har mindre betydning for om det tildeles tjeneste eller ikke, det er funksjonsnivået hos brukeren som er det avgjørende. Informantene er entydige i at lovverket er veldig diffust og forskrifter og retningslinjer etterlyses. Informantene uttrykker det slik:

Den nye loven favoriserer ingen diagnoser eller lidelser. Somatiske -, psykiske - og ruslidelser er likestilt.

Det er ikke noen oppskrifter. Dette må gå seg til ved å prøve å feile.

Det er vanskelig å vite hvordan en skal bruke skjønnnet når det ikke ligger noen føringer i loven. Savner forskrifter som sier noe mer konkret.

Vi har ikke hatt opplæring i den nye loven. Det burde vært prioritert fra ledelsen. Vi har behov for å komme sammen, snakke og finne en felles forståelse av diffuse begreper som praktisk bistand og helsehjelp.

Informantene reflekterer om kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som begynte å bli gammelt. De lignet etter hvert på lappetepper. I kommunehelsetjenesteloven ble det

¹³ § 3.2 a helsetjenester i hjemmet

¹⁴ § 3.2 b personlig assistanse, herunder praktisk bistand og opplæring og støttekontakt

brukt begreper som diagnoser, sykepleie, hjemmesykepleie. Sosialtjenesteloven var tydelig på at de som ikke kunne dra omsorg for seg selv hadde krav på hjelp. Informantene sier at slike konkrete beskrivelser finnes ikke i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Den nye loven fremhever at tjenestene skal være forsvarlige og brukerne skal gis et verdig tjenestetilbud. En informant forteller at det er opp til kommunen å definere hva som er forsvarlig og hva som er et verdig tjenestetilbud. Dessuten er det krav til at det fattes enkeltvedtak på helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand. Unntak fra regelen er ved tildeling av tjenester som skal dekke akutte eller kortvarige behov, som forventes å vare kortere enn to uker. Informantene er på den ene siden glade for at det er en profesjons og diagnose nøytral lov. Samtlige informanter har tro på at brukerne vil være tjent med at helsepersonellet er tverrfaglig sammensatt. På den annen side kommer frykten for at holdninger hos helsepersonell vil føre til at noen brukere blir favorisert foran andre. Dette uttrykkes forskjellig hos informantene:

Det er ikke samsvar mellom fag og lovtekst. Jeg må jobbe litt med å snu tankegangen fra lidelser og diagnoser til å tenke funksjonsnivå og behov hos brukeren.

Psykiatri og rus har vært så stigmatiserende. Vi som helsepersonell må ikke være med å lage den stigmatiserende. Denne loven åpner opp for likebehandling.

Nei, jeg har ikke tro på lovverket som likestiller lidelsene innen somatikk, psykiatri og rus. Jeg tror det er en lang veg å gå.

Alt har blitt så helsefokusert etter det nye lovverket. Fokuset har endret seg og jeg vet ikke om det er til det beste for brukerne.

En informant forteller at personer som sliter med rusproblematikk endelig er blitt inkludert og fremstår ikke som en gruppe med spesielle behov i lovteksten. De har rett på tjenester på lik linje med resten av kommunens befolkning. En annen informant forteller om eksempler der brukeren ikke har fått nødvendig helsehjelp på grunn av brukerens rusbakgrunn. Fremdeles er det helsepersonell som ser på ruslidelsen som selvpåført og dermed blir brukeren den skadelidende. Informantene sier det er slike eksempler som gir en oppfattelse av at rus og psykiatri lidelsene ikke er likestilt, og personer med rusproblematikk blir utestengt fra helsevesenet. Det er ulike holdninger og fagtradisjoner i helsevesenet.

5.2 Tradisjoner

En informant sier at resultatenheten har vokst de siste 10 årene fra rundt 20 årsverk til i dag rundt 130 årsverk med tverrfagligkompetanse. Det betyr at ulike fagtradisjoner møtes og praksis utvikles. Informantene forteller at resultatenheten gir tjenester til voksne personer med psykiske lidelser og til personer med rusmiddelproblematikk. Det er brukere med behov for fleksible tjenester fra kommunen. Det nye lovverket nevner ikke fag eller profesjonsretninger. En informant sier at den nye loven åpner opp slik at alle kan dra i samme retning, uavhengig av profesjon. Samhandlingsreformen og ny lov om helse- og omsorgstjenester beskriver alltid idealet. Det tar tid med reformer før en ser virkningen i praksis. En informant sier; *”her er det mye holdninger som skal jobbes med”*.

Informantene forteller at nye avdelinger er enda i etableringsfasen og skal finne et rotfeste i resultatenheten. Det er personer fra ulike fagretninger med hver sin måte håndterer utfordringer. En informant uttrykte: *”Vi jobber internt for å bli bedre på det vi holder på med. Da lever vi i vår egen lille boble, som er koblet med mange ankerfeste rundt i den virkeligheten vi forholder oss til. Da er det ikke alltid like lett å se helheten”*.

Informantene reflekterer over Samhandlingsreformen og ny helse- og omsorgstjenestelov. Disse utfordrer avdelingens tradisjoner for hvilke tjenester som er blitt gitt, og hvilke personer avdelingen har hatt som målgruppe. En informant uttrykker; *” Det har presset seg frem en endring, at avdelingene må jobbe annerledes enn tidligere, men her er det mye motstand”*.

Noen av informantene beskriver ulikheter mellom personer med sosialfaglig bakgrunn og personer med helsefaglig bakgrunn. Ulikhetene vises i problemhåndtering av utfordrende atferd hos brukerne. Tradisjonen fra helsefeltet med bruk av medisiner for å fjerne ”problemet” og at ”verktøyet” skal være beskrevet i prosedyrer og rutiner. Den sosialfaglige tradisjonen beskrives til å være med fleksible og finne løsninger etter hvert som problemene oppstår. Det er ikke alltid en klar løsning på problemet, og alt kan ikke skrives ned i prosedyrer og rutiner. Dette er hverdagsutfordringer som man må snakke om for å finne en felles forståelse, som begge parter kan leve med.

Flere informanter snakker om ulike praksis i avdelingene. På en måte er det to adskilte systemer i resultatenheten. Enheten har beholdt skillet mellom rus og psykiatri når det gjelder vurdering og tildeling av tjenester. Søknader blir behandlet i to forskjellige team. Det er eget inntaksteam som behandler søknader som tidligere tilhørte sosial/rustjenesten. På lik linje er det et eget inntaksteam som behandler søknader som tidligere ble sendt til psykiatritjenesten. Informantene sier forskjellene kom tydelig frem etter den nye loven trådte i kraft og vedtaksmaler skulle revideres. Psykisk helse har forholdt seg til kommunehelsetjenesteloven. Alle tjenester har vært psykiatrisk hjemmesykepleie, både hjelp til medisinhåndtering og praktisk hjelp til husarbeid. Rusfeltet har fattet enkelt vedtak til personer med opphold i omsorgsinstitusjon og på oppfølging i hjemmet. En informant forteller at tenkningen fra sosialkontortiden praktiseres fremdeles. Råd og veiledning ble sett på som konsultasjoner og uten behov for å fatte enkeltvedtak. Det er ulike oppfatning blant informantene om hvordan man skal praktisere vedtak om tjenester. En informant uttrykker bekymringen slik: *”Er redd vedtak kan være med på å stykke opp arbeidet vårt, at vi mister noe av friheten og helheten av det vi holder på med”*. Under intervjuene med informantene kom det frem at helsepersonellet jobber med brukere som på grunn av komplekse lidelser er svært uforutsigbare. Helsepersonellet frykter at det kan bli vanskelig og anslå timer i enkeltvedtaket når behovene hos brukerne veksler fra dag til dag.

Samtlige informanter etterlyser en felles forståelse av det nye lovverket. Det er også samstemt oppfattelse hos informantene, at det har vært lite fokus på helse- og omsorgstjenesteloven blant ansatte. Det snakkes lite i gangene eller i lunsjpausen om loven. Det er ikke kommet forskrifter som gir føringer for hvordan loven skal forstås. Spørsmålene informantene lurer på er:

Hvordan skal loven tolkes når det gjelder nødvendig helse- og omsorgstjenester til personer med rusmiddelproblemer eller med psykiske lidelser?

Hva ligger i forsvarlige helse- og omsorgstjenester?

Hvordan definerer vi hva som er et verdig tjenestetilbud?

Informantene foreller om dagens praksis, at det jobbes etter den gamle tolkningen av sosialtjenesteloven. Man bytter ut gamle paragrafer med paragrafer fra det nye lovverket. Det skyldes at lovverket er ganske nøytralt og gir lite føringer i forhold til gråsonene mellom helsehjelp og praktisk bistand. Informantene tolker institusjonsbegrepet ut fra den nye loven

til kun å gjelde sykehjem, og ikke omsorgsinstitusjoner. En informant sier det er en av hovedgrunnene for at tankegangen videreføres, og da blir det lite nytenkning. Det er mange utfordringer. Fokuset blir mest på det praktiske. Å få arbeidshverdagen til å gå rundt. Informantene forteller at det jobbes godt i avdelingene med utarbeidelse av prosedyrer og rutiner. Holdningene synes å være at lovverket får komme på et senere tidspunkt.

5.3 Samarbeid

Informantene tror at Samhandlingsreformen vil føre til at presset blir enda større på enheten, fordi større del av pasientbehandlingen skal gjennomføres i kommunen. Det vil også gjelde for brukere med psykisk lidelser og ruslidelser. Helse- og omsorgstjenesteloven er tydelig på kommunens plikt til samarbeid både innad i kommunen og i forhold til helseforetaket. Informantene forteller at etter ny lov trådte i kraft er det en sterk økning på henvendelser fra spesialisthelsetjenesten om koordinering av tjenester. Det fordrer samarbeid og arbeidsfordeling mellom ulike instanser. Flere informanter hevder at de har erfart mye ansvarsfraskyving både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Det er vanskelig å få gitt brukerne et helhetlig tilbud når viktige samarbeidsparter fraskriver seg ansvar. En informant sier at; *”det må prates og finne en god tone, og en må være på tilbudssiden”*. En annen informant uttrykker; *”vi jobber med en brukergruppe som ikke er så populær, det er mangel på status, og det handler nok om frykt for brukergruppen”*. Informantene sier det er travle arbeidsdager hos alle, og da risikerer en at lovverket brukes til å skyve ansvar og arbeid. Den nye loven fremstår som diffus og dermed tolkes den ulikt.

Informantene forteller at det foregår mye bra samarbeid i enheten. Det er faste møter på ledelsesnivå med spesialisthelsetjenesten. På tross av faste møter er det ikke en felles oppfattelse i enheten om hvordan samarbeidet skal foregå i praksis. En informant sier; *”det er blitt så rigid og firkantet”*. En annen sier; *”vi må være mye mer tilgjengelige for hverandre, vi er så bundne til systemer og det blir så tungvindt å ta kontakt”*. En tredje sier *”en må ikke lage så vanntette skott mellom oss”*. Flexibilitet hos helsepersonellet og fleksible tjenester er viktige faktorer for å få til samarbeid. Samtlige informanter forteller om positive erfaringer med det å treffes og snakke sammen og få avklart forventninger til hverandre. Det er likevel

en usikkerhet hvor langt man kan strekke seg i samarbeidet rundt enkelt saker. Informantene forteller om eksempler der samhandlingen oppleves utfordrende. Blant annet når pasienter¹⁵ i spesialisthelsetjenesten ikke har fått opprettet kontakt med helsepersonell i kommunen. Det er utskrivningsklare¹⁶ pasienter som kommunen ikke klarer å skaffe bolig til. Det er pasienter som har bodd flere år på institusjon i spesialisthelsetjenesten, og som ikke har påbegynt arbeidet med individuell plan, eller søkt om kommunal bolig og der hvor ikke NAV er kontaktet. Informantene bekrefter at kommunen har et koordineringsansvar, men det betyr ikke at spesialisthelsetjenesten ikke kan starte eller være med i et samarbeid rundt brukeren

Informantene sier det må skapes en trygghet og aksept for ulike problemløsninger. Det er ulike tjenesteområder som skal samarbeide og ulike personer som møtes for å finne gode løsninger sammen. En informant sier: ” *Vi har mye erfaring med oss i ryggsekken og så skal man snu helt rundt på det, for å få det til å stemme med den nye virkeligheten. Det tar tid*”. Under intervjuene med informantene ble det snakket om at man har fordommer mot hverandre, motforestillinger mot hverandre, men også beundring og respekt av hverandre. Informantene ønsket å være åpne og fortelle ”dette” er vi god til, eller ”dette” fikser ikke vi. Det handler om å få en økt forståelse for hverandre og for hverandres hverdagslige utfordringer. Helsepersonellens erfaringer skal drøftes i neste kapittel.

¹⁵ Begrep som brukes i spesialisthelsetjenesten, samme som bruker i kommunen

¹⁶ Ferdigbehandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten

6 DRØFTING

Denne studien omhandler hvilke erfaringer helsepersonell har gjort seg ved implementering av nytt lovverk i en kommunal resultatenhet. I dette kapittelet drøftes studien i lys av teoretiske perspektiver.

6.1 Endring - omorganisering, implementering og produksjon

Innholdet i kategorien endring viste seg å være sentral for informantene i arbeidet med ny helse – og omsorgstjenestelov. Endring, implementering, motstand og effektivisering drøftes som relevante faktorer i informantenes og resultatsethetens arbeid med å håndtere nytt lovverk.

Gjeldende diskurs

Endringer i organisasjoner handler om forandringer og tilpasninger med tanke på; å bli mer innovativ, mer effektiv, ta et samfunnsansvar og for å bli tilstrekkelig lønnsom. Forandringer kan gjelde større eller mindre deler av organisasjonen og omfatte ulike forhold som relasjonene til kollegaene, brukerne, samarbeidsparter (Ottesen, 2011).

6.1.1 Endring

Omstrukturering kan utløse krefter som trekker organisasjonens komponenter i ulike retninger (Mintzberg, 1983). Informantene forteller om omorganiseringer som har vært i resultatsetheten. Det er blitt opprettet nye avdelinger, de har fått nye kollegaer og endrede arbeidsoppgaver. Det har vært så mange ”baller i luften” at man har mistet kontrollen over helheten i enheten og konsentrerer seg bare om egen avdeling. Endringene gir utslag av følelser som oppgitthet, noen kjenner på utrygghet i personalgruppen og andre likegyldighet. Man kan tolke informantenes fortellinger som at de er ”mettet” av alle forandringene som har vært og nå ønsker de å få en stabilitet rundt seg. Dermed kan arbeidet med å sette seg inn i ny helse- og omsorgstjenestelov bli nedprioritert. Endringsteorier bekrefter at forandringer griper inn i

den enkeltes følelse av å være effektiv, verdsatt og å ha kontroll over situasjonen. Uten støtte, opplæring og muligheter til å delta aktivt i endringsprosesser kan mennesker komme til å fungere som et tungt anker, dypt festet i fortiden, noe som hindrer bevegelse fremover. Forandringer i eksisterende roller og relasjonsmønstre som brytes opp, er med på å skape forvirring og usikkerhet. (Bolman & Deal, 2009).

6.1.2 Motstand

Man kan tolke informasjonen fra informantene til at det ikke er den mest høylytte motstanden til innføringen av ny helse- og omsorgstjenestelov. Jacobsen (2004) beskriver at motstand til endring går gjennom ulike faser, og at endring følger ulike faser der intensiteten i motstanden ofte økes fra fase til fase. Fra likegyldighet med manglende interesse for endring til aggressiv motstand med spredning av negative rykter og historier. En mindre synlig form for motstand er, å ikke iverksette endringer som er bestemt. Informantene mener det ikke er noen vesentlige endringer med den nye loven. Informantene uttrykker at de får ”prøve å feile”. Flere informanter uttrykker misnøye med at det ikke har vært opplæring i den nye loven. De anklager ledelsen for ikke å ta ansvar. Man kan ut fra organisasjonsteori tolke informantenes misnøye og likegyldighet som former for motstand. Når helsepersonellet ikke finner noe nytt og interessant i den nye helse og omsorgstjenesteloven, er det en fare for at praksisen blir som før. Jacobsen (2004) viser til at enkelte personer kan oppfatte endringen fra to til ett lovverk som et ”ork”, eller de kan være redd for at det skaper merarbeid. Argumenter om mangel på opplæring og mangel på engasjement fra ledelsen, kan tolkes som legetime grunner for ikke å ta i bruk det nye lovverket. Man skal likevel være klar over at den emosjonelle motstanden ikke nødvendigvis er basert på den nye lovendringen. Motstanden kan være knyttet opp til tidligere endringer kan ha ført til forverring for den ansatte (Beckman & Burton, 2008; Fixsen, 2005; Ford, et al., 2008). Organisasjonsteoriene bekrefter at det kan være et problem der det er ulike personer som planlegger, og som iverksetter endringen. Det kan være når endringen blir bestemt fra toppledelsen. Helsepersonellet kan ha et annet bilde av endringsprosessen enn ledelsen (Jacobsen, 2004; Mintzberg, 1983). Endringsteorier og uttalelser fra informantene viser at utfordringen i endringsprosessen er å skape nye kontekster ved å danne ny forståelse av en situasjon. Det vil si at ansatte er delaktige i tolkningen av ny helse- og omsorgstjenestelov, med sikte på å oppnå økt forståelse av endringen (Busch, et al., 2007). Under intervjuene med informantene kom det fram at det var lite snakk om den nye loven og blant helsepersonellet. Helse- og omsorgsdepartementet sendte ut en pressemelding

om ny helse- og omsorgstjenestelov 14 dager før den trådte i kraft (Helse & Omsorgsdepartement, 2011). Man kan anta at det ble knapp tid til å planlegge en organisert åpen og kritisk debatt for resultateneheten.

Endringsteorien viser at motstand også kan bli et positivt trekk i endringsprosessen. I følge Jacobsen (2004) må man akseptere at det finnes ulike oppfatninger rundt den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Man må også møte helsepersonellens ulike oppfatninger gjennom åpne og kritiske diskusjoner i resultateneheten. Klarer man å få til det, vil motstand føre noe positivt med seg. Ford, et al., (2008) hevder at motstand også kan bety at helsepersonellet bryr seg, og dermed blir flere alternativer og konsekvenser vurdert før man iverksetter selve endringen. Motstand kan dermed paradoksalt nok være en kritisk faktor for at en endring skal lykkes. Endringsteorien bekrefter at når en forsøker å kople sammen forståelsen for forandringen, uforutsigbarheten og motstanden, gir det utvikling og nytenkning og nye muligheter i organisasjonen. (Johannessen, 2011; Ottesen, 2011).

6.1.3 Implementering - Fra prat til praksis

Det understrekes i litteraturen at implementeringsprosesser er målrettet og tilstrekkelig detaljert beskrevet slik at berørte personer kan oppdage tilstedeværelsen og styrken av det spesifikke sett av tiltak som er knyttet til gjennomføringen (Fixsen, 2005; Røvik, 1998). Gjennom intervjuene beskrev informantene opplæringen som mangelfull. Fokuset på nytt lovverk har vært minimal i resultateneheten. Informantene etterlyser mer opplæring for å få en bedre forståelse av lovverket. Noen foreslår å jobbe sammen og drøfte problemstillinger som kan relateres til resultatenehetens ansvar for tjenester til mennesker med rusproblematikk og psykiske lidelser. Informantenes forslag finner støtte i implementeringsteorien som fremhever betydningen av opplæring, og viktigheten at så mange som mulig deltar på opplæringen for å få en best mulig integrering av nytt lovverk. Man må planlegge og det må utarbeides planer for opplæringen (Befring, et al., 2010; Fixsen, 2005). Man kan ut fra implementeringsteorier og fra intervjuene med informantene, anta at det ikke har vært en strukturert og utarbeidet plan for innføringsfasen av den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Det har vært en top-down styrt endring, med mål definert av toppladelsen.

I kommunen er den instrumentelle redskapstankegangen¹⁷ dominerende og virker bestemmende for helsepersonellens praksis (Christensen, et al., 2009). Innføringsfasen beskrives som en spennende og kritisk fase i spredningen av et nytt konsept. Det er i innføringsfasen at det nye konseptet møter lokale tradisjoner. Lokale tradisjoner blir i denne studien når det nye lovverket skal praktiseres ute i avdelingene i resultatenheten. Det er i følge Røvik (1998) tre hovedantakelser om hva som kan forventes når nye konsepter forsøkes implementert i resultatenhets avdelinger. *Første antakelse* er rask tilkobling. Tankegangen her er at den nye loven forstås av helsepersonellet og blir dermed direkte tatt inn i prosedyrer og rutiner. I denne studien stemmer det til en viss grad, for kommunen kan ikke velge bort rettslige virkemidler. Det betyr allikevel ikke, at loven raskt blir nedfelt i resultatenshetens prosedyrer og rutiner. *Den andre* antakelsen er at lovverket blir satt til side, en frastøting av det nye konseptet. Tankegangen her er at organisasjoner er komplekse, verdibærende og integrerte institusjoner, og som generelt er motstandsdyktige overfor endringer. Medlemmene i organisasjonen opplever det nye konseptet lite tilpasset egen organisasjon. Ut fra informantens beskrivelse av et diffust lovverk, kan man tolke det nye lovverket som en vag idé. Og helsepersonellet har ikke fått en forståelse for hvordan det skal tolkes og relateres til praksis i resultatenheten. *Den tredje antakelsen* er frikopling. Tankegangen her er å ta i bruk minst mulig av det nye konseptet, slik det får minst mulig innvirkning på organisasjonens aktiviteter. Frikopling kan tolkes slik noen av informantene beskrev dagens praksis, at den gamle tankegangen fra sosialtjenesteloven fremdeles ble benyttet når søknader om tjenester skulle vurderes. Det ble byttet ut gamle paragrafer med paragrafer fra det nye lovverket. I følge Christensen et al. (2009) er det en viss fare for lovverket kan bli liggende på overflaten i organisasjonen, som et utstillingsvindu. Et utstillingsvindu som skal overbevise omgivelsene rundt at organisasjonen er moderne og effektiv, uten at praksis internt er endret i særlig grad.

Røviks (2007) beskriver virusteorien¹⁸ som en alternativ måte å forstå vekselvirkningen mellom ideer og handlinger, eller mellom prat og praksis. Når informantene forteller at den gamle tankegangen fra sosialtjenesteloven fremdeles praktiseres, kan det ut fra virusteorien forstås som en midlertidig tilstand. Det betyr her at det nye lovverket oppfører seg som et

¹⁷ I et instrumentelt perspektiv er målene gitt utenfra eller formulert av lederne, med hensikt på å finne virkemidler for å nå målene

¹⁸ Virusteorien er basert på metaforen *virus*; form, spredning, immunitet, inkubasjonstid, fra smitte til symptomer, når virus muterer og inaktivering og reaktivering. Det handler om hva nye ideer og konsepter kan gjøre med organisasjoner

virus ved å ha lang inkubasjonstid. Etter hvert vil det langsomt nedfelle seg og prege praksisen i resultatenheden. Informantene sier de ønsker mer opplæring og diskusjoner rundt ny helse- og omsorgstjenestelov. Røvik (2007) fremhever betydningen av at man må skape sine egne lokale versjoner og fortolkninger av nye konsepter som tas inn i organisasjoner. Dette blir ofte referert til som translasjonsteori¹⁹. Nye ideer og konsepter må tolkes og tydeliggjøres før en kan høste resultater i organisasjonen. Med andre ord en transformasjon fra det generelle til det spesifikke. Kommunen har til hensikt å utføre oppgaver på vegne av samfunnet. Resultatenhetens oppgave er å yte helse- og omsorgstjenester i kommunen. Det vil si at kommunen har ambisjoner om at når loven har trådt i kraft, skal også loven tas i bruk i resultatenheden. Ny helse- og omsorgstjenestelov skal derfor bearbeides slik at den blir et godt tilpasset verktøy for helsepersonellet i avdelingene og få en styrende virkning på praksisen i resultatenheden (ibid). Jacobsen (2004) sammenligner endringsprosesser med oversettelsesprosesser, der ulike mennesker forsøker å omdanne ideer og tankekonstruksjoner til konkrete objekter og handlinger. Menneskene ser ulike ting fra sin posisjon, sin bakgrunn og sin erfaring. De fortolker og forstår verden på ulike måter. Informantene beskriver det som vanskelig å skille helsetjenester og praktisk bistand. Helsepersonellet forteller at det er glidende overganger mellom helsetjenester og praktisk bistand. Under intervjuene med informantene kommer det frem at det er sendt klager på avslag om tjeneste til Fylkesmannen, som de venter tilbakemelding på. Svarene vil være retningsgivende i forhold til hvordan lovverket skal forstås. Man antar ut fra implementeringsteori og fra intervjuene med informantene at den nye helse- og omsorgstjenesteloven langsomt er på veg til å nedfelles i resultatenhets avdelinger og deres arbeid (Røvik, 2007).

Implementeringsteoriene støtter opp under informantenes etterlysning av mer opplæring og diskusjoner rundt i innføringsfasen av nytt lovverk i resultatenheden. Implementeringsteoriene gir også forståelse for at om man ikke i innføringsfasen ser endring av praksis, så kan endringen komme på et senere tidspunkt. Abstrakte løsninger må omdannes til konkrete handlinger og løsningene må oversettes. Man kan tolke resultatenhets tiltak for opplæringen i ny helse- og omsorgstjenestelov til at de ikke har benyttet seg av implementeringskunnskap (Fixsen, 2005; Røvik, 2007).

¹⁹ Translasjonsteorien handler om hva organisasjonen kan gjøre med nye ideer og konsepter

6.1.4 Fra omsorgsperspektiv til produksjonsperspektiv

Christensen et al. (2009) beskriver offentlige organisasjoner som multifunksjonelle. Dette innebærer at kommunen skal ivareta delvis motstridende hensyn. Politisk styring, kontroll, representasjon og deltakelse fra berørte parter. Lydhørhet overfor brukerne. Åpenhet, offentlighet og innsyn i beslutningsprosessene. Likebehandling, tjenestekvalitet, politisk lojalitet og kostnadseffektivitet. Under intervjuene med informantene kom det frem at resultateneheten mottar flere klager nå enn tidligere. Informantene tror det er en sammenheng i økning av antall søkere, at brukerne er blitt mer bevisst sine rettigheter og at helsepersonellet gjør faglige og grundige vurderinger før vedtaket fattes. Man kan se at helsepersonellet kan komme i klemme mellom brukeren sine behov for tjeneste og resultateneheten krav om effektivitet og ressursutnyttelse. Helsepersonellet begrunner faglig brukernes behov og anbefaler at brukeren får innvilget et visst antall timer i måneden med helse- og omsorgstjenester. Inntaksteamene i resultateneheten vurderer hver søknad ut fra gjeldende lovverk og resultatenehetens vilkår for tildeling. Man kan se flere dilemmaer som resultateneheten står overfor. Et dilemma er at helsepersonellens anbefalinger ikke alltid fører til at brukeren får innvilget tjeneste. Helsepersonellet kan kjenne fagligheten blir tilsidesatt og at det går ut over både tjenestens kvalitet og kvantitet. Et annet dilemma er inntaksteamets ansvar for å sette en standard for hva som er forsvarlig og god nok tjeneste for brukerne, og ansvaret for å forvalte kommunens ressurser på best mulig måte. Organisasjonsteorien viser at det er vanskelig å balansere de ulike hensynene mot hverandre, slik at alle blir tilfredse. Samtidig åpner det for fleksibilitet, innflytelse og skjønnsutøving for ansatte i slike organisasjoner (Christensen, et al., 2009).

New Public Management (NPM) utgjør på en måte et sett av organisasjonsoppskrifter som har blitt oversatt og spredt, blant annet til kommunene. Det blir stadig lagt mer vekt på mål og resultatstyring, fristilling, markedsretning, effektivitetsorientering og innføring av ledelsesmodeller fra privat virksomhet (Christensen, et al., 2009; Røvik, 2007). Informantene har en oppfattelse av at resultateneheten har hatt en markant økning i antall søkere som har behov for helse- og omsorgstjenester. Søkerne blir stadig yngre og flere er småbarnsforeldre. Informantene beskriver også en økning fra personer med lette og moderate psykisk lidelser. I tillegg er det mangel av boliger og da øker presset på midlertidige botilbud. En informant sier det må tenkes nytt og på den måten få utnyttet ressursene bedre. Det er også forventet at presset på tjenester, blir enda større etter hvert som tiltakene ut fra Samhandlingsreformen

settes i gang. NPM er i følge Ekeland (2004) et lite homogent program for organisering av offentlig sektor. Ekeland (2004) mener å se en konsekvens etter sykehusreformen at helsepersonellens makt som faggruppe i organisasjonen er svekket. Det vil si at helsepersonellet har blitt produksjonsarbeidere med krav om lojalitet overfor organisasjonens markedsstrategier og produksjonsteknologi.

Inntrykket man sitter igjen med etter intervjuene med informantene er at helsepersonellet i enheten har et stort effektivitetspress på seg. Det skal ytes tjeneste til stadig flere personer uten å få tilført flere ressurser. Man kan få et inntrykk av at NPM ideologien har fått et rotfeste i resultatenheten. Informantene har fått beskjed fra ledelsen om å utnytte ressursene bedre. Tjenestetilbudet må endres for å bli mer effektiv og på den måten få gitt flere personer et tilbud. Det er krav om til helsepersonellet om å bli bedre på evaluering av tjenestene til brukerne i håp om å kunne skjære ned på timeantall til brukerne, for dermed å få gitt flere tilbud. NPM ideologien ser på mennesker som objekter og ikke subjekter og Ekeland (2004) hevder at helse- og omsorgstjenestene har blitt mer teknologisert og produksjonsrettet. Ekeland (ibid) er også overrasket over at lojaliteten til systemet hos helsepersonellet. "Protestene" er spredte og av det individuelle slaget.

Busch et. al, (2007) beskriver organisasjonens endringsevne som har betydning for hvordan hensiktsmessige endringer kan gjennomføres uten altfor store ressurser og uten at organisasjonens funksjonalitet svekkes. Endringspresset kan komme fra tekniske omgivelser i form av krav fra interessenter som ønsker bedre belønninger, og fra institusjonelle omgivelser som organisasjonen må tilpasse seg for å oppnå legitimitet. I denne studien kommer kravet fra staten som i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) beskriver et problem som et gap mellom faktisk og ønsket tilstand (Ottesen, 2011). Gapet mellom dagens helse- og omsorgstjenester med manglende samhandling, til en ønsket helse- og omsorgstjenester som er helhetlige og sammenhengende.

Ut fra et organisasjonsteoretisk perspektiv, kan man se at resultatenheten har flere utfordringer. På den ene siden er det behov for stabilitet for å sikre best mulig kvalitet på tjenestene, og at det er en effektiv bruk av helsepersonellet som yter tjenestene. På den andre siden skal resultatenheten tilpasse seg endringspress som kommer fra statlig hold i form av

endring i lovverk. Kapittel 3 i den nye helse- og omsorgstjenesteloven beskriver tydelig kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester; § 3-10 beskriver at kommunen skal sørge for at brukere blir hørt ved utforming av kommunens tjenester og man skal sørge for innhenting av brukeres erfaringer og synspunkter. Videre i kapittel 4 i helse- og omsorgstjenesteloven er det krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene. Lovens beskrivelser av kommunens plikter og ansvar, blir en stor kontrast til NPM, som kjennetegnes av krav om effektivitet og produktivitet som de viktigste kriterier for evaluering av tjenestetilbudet (Christensen, et al., 2009). Man kan tolke det som at presset på resultatenheten kommer fra øverste ledelse i kommunen. Kommunen har en flat struktur og resultatenheten skal vise til resultater samt overholde budsjetter. På samme tid har kommunen ansvar for at helse- og omsorgstjenester blir ivaretatt på best mulig måte. Man kan stille seg kritisk til bruk av NPM tankegang i kommunen og om det passer inn i arbeidet med mennesker som strever med å leve livet sitt med ulike lidelser.

6.2 Tradisjoner – handlinger og holdninger

Kategorien er relevant for studiens tema om å gå fra to til ett lovverk for helse- og omsorgstjenester i kommunen. Flere informanter snakket positivt om tiden før omorganiseringer og nytt lovverk trådte i kraft. Det er avdelinger med tverrfaglig og tverrvitenskapelig kunnskap og som bærer med seg ulike historier som overføres mellom de ansatte i resultatenheten.

Gjeldende diskurs

Pleie- og omsorgstjenestene etter kommunehelsetjenesteloven og de sosiale tjenestene etter sosialtjenesteloven var til dels like og overlappet hverandre. To fagområder som har vært ulikt rettslig regulert, er nå samlet i helse- og omsorgstjenesteloven. Tradisjonene fra det sosialfaglige perspektivet likestilles med tradisjonene fra det helsefaglige perspektivet (St.prp. 91 L, 2010-2011). Loven beskriver den ideelle virkeligheten. Helsepersonellet bærer med seg tradisjoner og hver sin virkelighetsoppfattelse. Teorier viser at endring skjer ikke ”over natten”, men utvikler seg gradvis (Jacobsen, 2004).

6.2.1 Fra glede til skepsis

Man kan tolke som at informantene er delte i oppfattelsen over hva som er positivt med den nye helse- og omsorgstjenesteloven. En informant reflekterte over at endelig har personer som sliter med rusproblematikk blitt inkludert i lovverket. Personer med rusproblematikk fremstår nå ikke som en gruppe med spesielle behov i lovteksten. De har nå rett på tjenester på lik linje med resten av kommunens befolkning. Informanten startet refleksjonen med å presentere alt det som var spesifisert i sosialtjenesteloven og som ikke er beskrevet i den nye helse- og omsorgstjenesteloven. Man kan tolke refleksjonen fra informanten som at det nye lovverket ikke var spesielt positivt for mennesker med ruslidelser. Det kan også tenkes at vedkommende har mange erfaringer med helsevesenet som har skjøvet personer med rusproblematikk fra seg. Etter hvert som informanten snakket, snudde plutselig fokuset fra å se begrensningene i den nye lovteksten, til å se mulighetene med den nye loven. Endringsteori bekrefter at forandringer generelt representerer prosesser der det blir stilt spørsmål ved veletablerte organisasjonsmessige forståelsesrammer. Noen har hatt en idé om at ting kunne blitt bedre hvis man endret på noe i organisasjonen. (Jacobsen, 2004).

En informant hevder at det ikke er samsvar mellom fag og lovtekst i den nye loven. En annen informant reflekterer over at man må jobbe litt med å snu tankegangen fra lidelser og diagnoser, til å tenke funksjonsnivå og behov hos brukeren. I følge endringsteori betyr endring i resultatenheten ikke alltid at alle ansatte er like begeistret for ideen. Det viser seg at en organisasjon har et magnetfelt bestående av fremmende og bremsende krefter som blir aktivisert i forbindelse med organisasjonsendringer (Busch, et al., 2007; Fixsen, 2005).

6.2.2 Handlinger

Christensen et al., (2009) hevder at helsepersonell i kommunen skal handle formålsrasjonelt, ved at de vurderer ulike alternativer eller virkemidler og kalkulerer hvilke virkninger eller konsekvenser disse vil ha i forhold til loven og tjenestetilbud. Informantene beskriver at det er ulike praksiser i avdelingene til hvilke tjenester som det skal fattes enkeltvedtak på. Samtlige informanter var kjent med loven som sier at tjenester som forventes å vare mer enn to uker, krever enkeltvedtak. Informantene har ulike faglige begrunnelser for hvorfor det å jobbe etter vedtak kan være problematisk. Noen mener det blir vanskelig og på grunn av brukernes komplekse behov og brukernes uforutsigbarhet. Andre mener at vedtak stykker opp arbeidet

slik at de mister fleksibiliteten og friheten i arbeidet. Man kan tolke informasjonen fra informantene at enkelte helsepersonell er opptatt av brukernes autonomi og tilrettelegger for valgmuligheter i tjenesten. Det kan være at helsepersonellet tenker formålsrasjonelt overfor brukerne, ved å vurdere ulike alternative tiltak og mulige konsekvenser disse ville få for tjenestetilbudet. Man kan også anta at helsepersonellet og ledelsen i resultatenheten har hver sin tolkning av hva det vil si å handle formålsrasjonelt. Ledelsen tenker effektivitet og ressursbesparelser mens fotfolket har mest fokus på hva som vil være best tjent for brukeren. Spørsmålet blir da overfor hvem skal det handles formålsrasjonelt, brukerne eller ledelsen i resultatenheten. Organisasjonsteori bekrefter at det kan oppstå motstridende interesser som gir rom for uenighet, mistillit som følge av ulik faglig tilnærming, ansvar og forventninger (Reisæter & Østergren, 2005).

6.2.3 Holdninger

Røvik (2007) mener at etableringen av resultatenheter er et tydelig grep for å gjøre kommunale virksomheter mer organisasjonslike, og hver resultatenheter skal ha sin identitet. Under intervjuene kommer det fram at informantene trives med å jobbe i en resultatenheter med mye tverrfagligkompetanse. Noen informanter fremhever at alle ansatte som jobber i resultatenheten er like viktige for å yte gode tjenester, men at det er ulike roller og kompetanse. Samtidig nevner informantene at det er mange hensyn som må tas for å ivareta både den sosialfaglige og helsefaglige tradisjonen som ansatte bærere med seg. Man kan se likhetstrekk med NAV-reformen ved at sammenslåing av ulike tjenester og kulturer skal helt eller delvis smelte sammen. Det fremgår at NAV- reformen har vært utfordrende for de ansatte, og implementeringen har forgått ved prøving og feiling (Fimreite, 2012; Rokkansenteret, 2012).

En informant uttrykker at det har presset seg frem en endring i resultatenheten, og at avdelingene må jobbe annerledes enn tidligere. Man kan tolke uttalelsen fra informanten som at det kan handle om at avdelingene må samarbeide mer på tvers innad i resultatenheten. Den nye helse- og omsorgstjenesteloven fokuserer på samarbeid og at kvaliteten på tjenestene skal kunne måles. En annen informant uttaler at den nye loven er svært helsefokusert. Informanten hevder at fokuset har endret seg til mer sykepleie tenkning og vedkommende er usikker på om det er til det beste for brukerne. Man kan tolke uttalelsen som at vedkommende har et snevert

syn på innholdet i helsebegrepet. Alle mennesker, uavhengig av diagnose har en helse. Eller man kan tolke uttalelsen som at de sosialfaglige perspektivene fortrenses, og dermed blir det en økende medisinskfaglig tilnærming til sosiale problemer. Det har skjedd en utvikling av det kommunale tjenestetilbudet med sterkere vektlegging av medikamentell behandling, medisinsk oppfølging og pleie (St. prp. 91 L, 2010-2011). Man kan derfor anta at den sosialfaglige tradisjonen med å fremme sosial trygghet, bedre livsvilkårene for vanskeligstilte og forebygge sosiale problemer kan oppleves som en kontrast til den helsefaglige tradisjonen. En helsefaglig tilnærming der fokuset er rettet mot personer som har behov for hjelp på grunn av sykdom.

En informant beskriver det tidligere lovverket som et lappeteppe som var blitt flikket mye på for å tilpasses dagens samfunn. Man kan tolke uttalelsen fra informanten som at det er en positiv innstilling å gå fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester. Man kan anta den positive holdningen vil påvirke resten av personalgruppen. Organisasjonsteori bekrefter at det kommer an på hva slags tidligere erfaringer organisasjonens medlemmer har med tidligere endringer og endringsprosesser. De med positive erfaringer fra tidligere endringer vil oppleve samarbeid og involvering positivt. De med negative erfaringer vil oppleve nåværende endring og samarbeid som negativt (Beckman & Burton, 2008).

6.3 Samarbeid – motsetninger og samhandling

Samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven (St.prp. nr. 91 L, 2010-2011) viser til at samarbeid er en sentral faktor for å gi brukerne best mulig tjenes tilbud. Samtlige informanter snakket om samarbeid under intervjuene.

Gjeldende diskurs

Viktige oppgaver for den fremtidige kommunale helse og omsorgstjenesten kan kort oppsummeres til å omhandle samarbeid, kompetanse, behandling og omsorg (St.prp. nr. 91 L, 2010-2011). Samhandling, samarbeid og koordinering er begreper som brukes i mellom tjenester innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.

6.3.1 Paradoksale prosesser

Organisasjoner utvikler seg når ulikheter blir uttrykt mellom mennesker (Johannessen, 2011). Informantene forteller at det foregår mye samarbeid innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Det er mange fagfolk som møtes for å finne gode løsninger sammen. Johannesen (2011) beskriver paradoksale prosesser som dreier seg om at opplevde mønstre i kommunikasjonsprosesser mellom mennesker samtidig er motsetningsfylte. Temaer som knyttes til er; identitet og ulikhet, rasjonelt og følelsesmessig, stabilitet og forandring, enkelt og komplekst. Dette er paradoksale sider ved menneskelig aktivitet. Informantene fremholder fleksibilitet som en suksessfaktor i det daglige arbeidet. Det må skapes en trygghet og aksept for ulike problemløsninger. Fleksibilitet og trygghet kan oppleves som motsetninger. Trygghet er forbundet med forutsigbarhet. Fleksibilitet er å være mindre bundet av faste rutiner og prosedyrer, som kan føre til uforutsigbarhet. I følge Johannesen (2011) blir konsekvensen av å ta det paradoksale på alvor, at spenningsfylte motsetninger aldri kan løses, de kan bare midlertidig forskyves og omorganiseres, tildekkes og fjernes, slik at nye paradokser dukker opp. En informant beskrev viktigheten i et samarbeid med at man har en felles forståelse for hverandres praksis og at man har avklart forventningene til hverandre. Informanten sier avslutningsvis at man kan undre seg om man noen gang får samarbeidet til å fungere. Johannesen (2011) betrakter det å oppnå felles forståelse som en myte, noe som man kan ønske seg, men som aldri virkelig skjer. Alle mennesker har livshistorier og erfaringer som ingen andre har. Mennesker er både ulike og like på samme tid. Gjennom dialogen oppstår det forståelser og misforståelser. Johannesen (2011) fremhever betydningen av at mennesker er avhengig av hverandres ulikheter for å eksistere i en tid hvor det er mye fokus på samarbeid, inkludering og integrering. Man skal se helheter, arbeide på tvers og skape noe felles. Endringsteori bekrefter at det er en krevende prosess å måtte forholde seg til ulikheter og misforståelse og samtidig kunne arbeide for å skape tilstrekkelig felles mening, men helt avgjørende for å få til både forandring og kontinuitet i resultatenheten (Johannessen, 2011).

6.3.2 Samhandling

For å få samarbeidet til å fungere i resultatenheten, trengs det strukturer som legger til rette for, og sikrer dette (Bolman & Deal, 2009). Informantene har erfaring av at det foregår ansvarsfraskyving både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor bli vanskelig for avdelingene å få gitt et helhetlig tilbud til brukerne. Organisasjonsteori viser

at koordinering og samordning i en organisasjon kan være utfordrende (Mintzberg, 1983). Å lykkes med koordinering og samarbeid mellom to organisasjoner er enda mer komplisert.

Organisasjonene er fulle av mennesker med hver sin tolkning av hva det er som skjer og bør skje. Hver versjon er en måte å fange virkeligheten på, men er også et påvirket av hver enkelt persons fordommer og blinde flekker. Informantene pekte på at spesialisthelsetjenesten også har et ansvar for å samarbeide med brukere, selv om lovverket har plassert koordineringsansvaret i kommunen. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er på den ene siden gjensidig avhengig av hverandres kunnskap og ressurser for å få samhandlingen til å fungere. Samtidig er de på den andre siden uavhengig av hverandre, og kan ikke instruere hverandre ved hjelp av hierarki (Sørensen & Torfing, 2005).

Informantene har en oppfattelse av at det foregår mye bra samarbeid i resultatenheten. Ansvarsgruppemøter og samarbeidsmøter er arenaer hvor det foregår bra samarbeid. På ledelsesnivå er det rutiner for faste samhandlingsmøter mellom ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten og resultatenheten. Her skal eventuelle problemer og utfordringer finne sin løsning. De faste møtene er med på å skape en kontinuitet i samhandlingen. Organisasjonsteori peker på at både spesialiserte og samordnende aktiviteter må være tilstede, for at kollektive mål kan nås (Christensen, et al., 2009). Studien viser at det er rundt enkeltsaker i hverdagspraksisen mellom forskjellige avdelinger i spesialisthelsetjenesten og resultatenheten, man finner at samhandlingen utfordres. Eksemplene er mange. Det er når pasienter er ferdigbehandlet på sykehuset og kommunen ikke har klar bolig til innflytning. Det er når pasienten har bodd flere år i spesialisthelsetjenesten og det ikke er startet opp arbeidet med IP eller søkt bolig i kommunen og hvor ikke NAV er kontaktet. Det er når pasienter i spesialisthelsetjenesten ikke har fått opprettet kontakt med helsepersonell i kommunen.

Å tenke ut fra flere fortolkningsrammer er utfordrende. Evne til å se alternativer og skape nye muligheter setter en i stand til å oppdage alternativene. Et perspektiv innebærer en spesiell måte å betrakte organisasjoner på, en spesiell vinkling og ut fra et ønske om å få fram spesielle forhold. På en måte er det sett av ideer eller antakelser som hver av oss bærer med oss som hjelp til å forstå og finne fram i et bestemt ”terreng” (Bolman & Deal, 2009).

Informantene uttrykker at samarbeid kan være strevsomt, og helsepersonell finner unnviker enkelte brukere. Informanten beskriver at de jobber med noen brukergrupper som ikke er så populære og som mangler status, men mest handler det nok om frykt for brukergruppen. Den nye helse- og omsorgstjenesteloven kan tolkes som at somatiske, psykiske og ruslidelser er likestilte. Man kan tolke informantens beskrivelse som at det har vært problematisk å få til samarbeid med ulike tjenester både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. I samarbeidet er det ikke bare organisatoriske grenser som skal krysses, men også faglige, økonomiske og funksjonelle grenser. Brukergruppen i seg selv representerer ingen gråsoner. Gråsonen tar mer form av en diskusjon mellom avdelinger og nivåer om hvem som best kan ta seg av brukerne (Reisæter & Østergren, 2005).

Mintzberg (1983) hevder at uformell kommunikasjon kan veie opp for rigiditet. En informant sier at helsepersonellet i resultatenheten har blitt mindre tilgjengelig for samarbeidsparter. En annen informant hevder at helsepersonellet er bundne til systemer og dermed blir det vanskelig for andre personer å ta kontakt. Resultatenheten har avtaler om å gi veiledning til ulike omsorgsdistrikt, men det blir lite benyttet. Informanten tror det handler om mangel på fleksibilitet, da det må planlegges i god tid på forhånd. Man kan anta at den travle arbeidshverdagen krever en viss form for struktur for helsepersonellet slik at brukerne får den tjenesten som er beskrevet i enkeltvedtaket. Ny helse- og omsorgstjenestelov plikter til samarbeid og tjenestene skal være lett tilgjengelige. Helsepersonellens utfordring blir å legge opp til en fleksibel arbeidsdag som gir rom for spontane henvendelser samtidig som effektivitetskravet fra ledelsen ivaretas. NPM påpeker også at den kulturen i offentlige organisasjoner må endres for å støtte opp om de strukturelle endringene. Det innebærer at de offentlige ansatte bør tenke mindre på sin egen jobbsikkerhet og egeninteresser. De bør være mindre rigide og regelorienterte, og være mer orientert mot brukere av offentlige tjenester (Christensen, et al., 2009; Røvik, 2007). Man kan stille seg kritisk til om fleksibilitet i arbeidsdagen og krav om effektivitet og produksjon lar seg forene. Studien fanger opp at det er ofte i "her og nå" situasjoner personer har behov veiledning. Samarbeidspraksisen blir utfordret i møte med eksisterende vertikale hierarkier, preget av over- og underordningsforhold og koordinering mellom nivåene (Christensen, et al., 2009).

7 KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Studiens formål har vært å beskrive og analysere helsepersonellens erfaringer med overgang fra to til ett lovverk innen helse- og omsorgstjenesten. Første problemstilling som studeres er: *”Hvilke erfaringer gjør helsepersonell seg ved innføring av nytt lovverk i en kommunal resultatenhet”*? Den andre problemstilling som studeres er: *”Hvordan kan man forstå helsepersonellens erfaringer med implementering av lovendring i egen organisasjon”*?

7.1 Oppsummering

Denne studien søker å kaste lys over erfaringer fra innføringsfasen ved implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov i en kommunal resultatenhet. Med utgangspunkt i tre teoretiske tilnærminger ønsket man å få belyst temaet om helsepersonellens erfaring med overgang fra to til ett lovverk innen helse- og omsorgstjenesten. Endringsteori ble lagt til grunn som en overordnet teori på bakgrunn av at nytt lovverk skaper endringer i resultatenheten. Organisasjonsteori ble lagt til grunn som et bakteppe for å forstå hvordan kommunen er konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål. Implementeringsteori ble lagt til grunn fordi den er av en mer operativ og konkret karakter, noe som er relevant i denne studien, hvor det er implementering av nytt lovverk som skal studeres. Teoriene har hatt betydning for utforming av problemstillinger. Første problemstilling; *hvilke erfaringer gjør helsepersonell seg ved innføring av nytt lovverk i en kommunal resultatenhet?* - ble sett i lys av innsamlet empiri for å finne ut hvilke erfaringer helsepersonellet gjør seg ved innføring av nytt lovverk i en kommunal resultatenhet. Den andre problemstilling; *hvordan kan man forstå helsepersonellens erfaringer med implementering av lovendring i egen organisasjon?* - ble sett i lys av valgt teori for å finne ut hvordan man kan forstå helsepersonellens erfaring med implementering av lovendring i egen organisasjon.

For å studere hvordan helsepersonell i en kommunal resultatenhet har implementert nytt lovverk, må helsepersonellens egne beskrivelser og konstruksjon av sin arbeidsdag med nytt lovverk komme frem. Det var derfor relevant å bruke en kvalitativ tilnærming.

Helsepersonellens erfaringer ved implementering av den nye helse- og omsorgstjenesteloven kan beskrives gjennom tre fenomener; endring, tradisjon og samarbeid.

Datamaterialet gav mange indikasjoner på at informantene har erfaringer på at innføringen av nytt lovverk har vært utfordrende. Drøftingen gir en forståelse for at informantene mener endringer og omorganiseringer påvirker arbeidshverdagen, og at dette har ført til at implementeringen av nytt lovverk har blitt nedprioritert. Man kan ut fra drøftingen anta at noen informanter savner en mer likeverdig vektning av helsetjenestefokus og fokus på de sosialfaglige elementene i loven. Det kom også frem under intervjuene at det er hverdagspraksisen rundt enkeltsaker at samhandlingen spriker. Endringer i eksisterende roller og relasjonsmønstre som brytes opp, er med på å skape forvirring og usikkerhet. (Bolman & Deal, 2009). Man kan anta at implementering av nytt lovverk blir en nedprioritert oppgave. Informantene forteller at det er så mange ting som skjer i resultatenheten at de har mistet kontrollen og oversikten. De uttrykker at det har vært lite opplæring i den nye helse- og omsorgstjenesteloven og at helsepersonellet viser lite engasjement og interesse for det nye lovverket. Informantene oppfatter lovverket som diffust og dermed blir det vanskelig å relatere til praksis. Endringsteori bekrefter betydningen av at man må skape sin egen forståelse av hva det nye lovverket betyr for arbeidet i resultatenheten (Røvik, 2007). Informantene har en oppfattelse av at det har vært en markant økning av søkere som har behov for helse- og omsorgstjenester. Dermed øker kravet om effektivitet og bedre ressursutnyttelse av helsepersonellet. NPM tankegangen legger vekt på mål, resultatstyring og effektivisering (Christensen, et al., 2009; Røvik, 2007). Man kan stille seg kritisk til om NPM ideologien harmonerer med oppgaver regulert i ny helse- og omsorgstjenestelov. Helse- og omsorgstjenesteloven sier tydelig at helsepersonellet skal tilrettelegge for at tjenesten er tilpasset brukerens behov, ønsker og levesett. Informantene har delte oppfatninger om personer med rusproblematikk er inkludert eller ekskludert i lovteksten. Man kan anta at noen informanter savner en mer likeverdig vektning av helsetjenestefokus og fokus på de sosialfaglige elementene, mens andre informanter er positive for at personer med rusproblematikk er blitt inkludert. Informantene forteller om ulike praksis og holdninger til enkeltvedtak. Informantene har ulike faglige begrunnelser for hvorfor det å jobbe etter vedtak kan være problematisk. Organisasjonsteorien bekrefter at det kan oppstå motstridende interesser som gir rom for uenighet, mistillit som følge av ulike faglig tilnærming, ansvar og forventninger (Reisæter & Østergren, 2005). Den nye helse- og omsorgstjenesteloven

beskriver den ideelle verden, og resultatenheten utfordres i å håndtere to fagområder som nå skal være likestilt. Johannesen (2011) sier det er en krevende prosess å måtte forholde seg til ulikheter og misforståelser og samtidig kunne arbeide for å skape tilstrekkelig mening, men helt avgjørende for å få til både forandring og kontinuitet. En informant beskriver at viktigheten i et samarbeid er at man har en felles forståelse for hverandres praksis og at forventningene til hverandre er avklart. Samtidig stiller informanten seg undrende til, om de noen gang vil få det til. Helsepersonellet i resultatenheten utfordres i håndteringen av nytt lovverk ved at det er i hverdagspraksisen i forhold til enkeltsaker at samhandlingen spriker. Informantene har likevel erfaringer med at det forgår mye bra samhandling i resultatenheten og med spesialisthelsetjenesten. Kommunen og spesialisthelsetjenesten er på en måte avhengig av hverandres kunnskap og ressurser for å få samarbeidet til å fungere. Informantene har erfaringer med at helsepersonellet i resultatenheten har blitt mindre tilgjengelige for samarbeidsparter. Det er blitt et rigid system. Ny helse- og omsorgstjenestelov plikter til samarbeid og tjenestene skal være lett tilgjengelige. Helsepersonellets utfordring blir å legge opp til en fleksibel arbeidsdag som gir rom for spontane henvendelser samtidig som effektivitetskravet fra ledelsen ivaretas. Denne studien fanger opp at det er i ”her og nå” situasjoner personer har behov veiledning.

Studien viser gjennom analyse og drøfting at innholdet i fenomenene endring, tradisjon og samarbeid er sentrale faktorer i informantenes arbeid med implementering av nytt lovverk. Studien kan gi indikasjoner på at hvis helsepersonell i resultatenheten skal få ny helse- og omsorgstjenestelov implementert må man ta hensyn til innholdet i begrepene endring, tradisjon og samarbeid. Denne forståelsen blir på mange måter, som vist i drøftingen, støttet av teoretisk kunnskap innen fagområdene endring, organisasjon og implementering.

7.1.1 Studiens troverdighet

I denne studien er det lagt vekt på at man skal kunne se hvilke valg som er tatt fra begynnelse til slutt. Gjennom studiens prosess, basert på presentasjon og drøftinger. Forforståelsen sier hvilke ståsted forskeren har hatt, og leseren vil kunne vurdere resultatene på grunnlag av det. Studien baserer seg på helsepersonell i en resultatenheter og i en kommune. I kvalitativ forskning betyr det ikke at man får de samme resultater ved å gjenta undersøkelsen. Derfor kan man ikke utelukke at denne studien kunne avdekket andre resultat dersom studien hadde blitt gjennomført på et senere tidspunkt eller med en ny forsker. I følge Thagaard (2009)

handler troverdighet også om at forskeren redegjør for relasjoner til informantene, og hvilken betydning dette kan ha for datainnsamlingen og resultater. I denne studien er det forsket i egen organisasjon, og det er redegjort for fordeler, ulemper og utfordringer dette innebærer. Å kjenne resultatene godt er nødvendigvis ikke en fordel. Kjennskap kan føre til en form for blindhet. I denne studien er forskerens erfaring at man tvinges til å være ekstra bevisst. Man må være ekstra oppmerksom på den rollen man spiller i situasjonen.

Analysen og resultatene er drøftet ut fra forforståelse, både ved at man fjerner seg fra forforståelsen og ved å gå gjennom den. Man tolker ut fra den nye posisjonen, ut fra kunnskap om tidligere forskning, ut fra teori, ut fra vitenskapelig metode i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2009).

Overførbarhet innebærer hvorvidt studiens funn og fortolkninger også kan ha relevans i andre sammenhenger (Malterud, 2011; Thagaard, 2009). Denne studien gjelder implementering av nytt lovverk i en kommunal resultatenehet. Ut fra datamaterialet ble det trukket fram tre fenomener; endring, tradisjon og samarbeid. Fenomenene er i overensstemmelse med endringsteorier, organisasjonsteorier og implementeringsteorier. Man kan derfor ha grunn til å tro at resultatene i denne studien kan være nyttige i flere sammenhenger.

7.2 Avsluttende kommentarer

Denne studien har belyst fenomenene endring, tradisjon og samarbeid ut fra helsepersonalets erfaringer med implementering av ny helse- og omsorgstjenestelov. Studien har vært basert på informantenes erfaring med utgangspunkt i en kommunal resultatenehet. Studiens hensikt var å gi en dybdeforståelse for hvordan helsepersonellet har håndtert overgangen fra to til ett lovverk og ikke en generell forståelse av implementeringen.

I den videre forskning ville det vært interessant og sett på et mer generelt grunnlag, helsepersonellens erfaring med overgang fra to til ett lovverk på. En kvantitativ studie som finner ut hvilke betydning fenomenene endring, tradisjon og samarbeid har hatt for helsepersonellens arbeid med implementering av nytt lovverk i flere kommuner. En studie av flere kommuner, fylker eller landsdeler, for å se om det er variasjon eller samvariasjon.

Det kunne vært spennende å forsket videre på fenomenet tradisjon i forbindelse med implementering av nytt lovverk. Hvilke betydning har ulike fagområder innen helse og sosial når ny helse- og omsorgstjenestelov skal implementeres i kommunen.

Det kunne også vært interessant og fått belyst implementeringen av ny helse- og omsorgstjenestelov ut fra brukernes erfaringer. Hvilke erfaringer har brukerne gjort seg etter nytt lovverk ble innført i kommunen.

Referanseliste

- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter: kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforl.
- Aase, T. H., Fuglestad, O. L., & Fossåskaret, E. (1997). *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforl.
- Beckman, C. M., & Burton, M. D. (2008). Founding the Future: Path Dependence in the Evolution of Top Management Teams from Founding to IPO. *Organization Science*, 19:3-24.
- Befring, E., Frønes, I., & Sørli, M.-A. (2010). *Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bolman, L. G., & Deal, T. E. (2009). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Busch, T., Johnsen, E., Vanebo, J. O., & Valstad, S. J. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Fimreite, A. L. (2012) Retrieved 24.05.2012, from http://www.forskningsradet.no/prognett-evalu-nav/Nyheter/Evalueringssprosjektets_arsrapport_for_2011/1253976907752
- Fixsen, D. L. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida.
- Ford, J., Ford, L. W., & D'Amelio, A. (2008). RESISTANCE TO CHANGE: THE REST OF THE STORY. *Academy of Management Review*, 33, No.2., s.362-377.
- Gullestad, M. (1991). Studiet av egen samfunnskultur som utfordring. *Norsk antropologisk tidsskrift*, nr. 1.
- Halvorsen, A., Johnsen, H. C. G., Repstad, P., Aasland, T., & Balsnes, A. H. (2009). *Å forske blant sine egne: universitet og region - nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Helgøy, I., Kildal, N., & Nilssen, E. (2011). Mot en spesialisert veilederrolle i Nav? En dokumentasjonsrapport. *UNI Rokkansenteret, Notat 12-2011*.
- Helse, & Omsorgsdepartement. (2011). *Pressemelding 16.12.2011*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemelder/pressemeldinger/2011/helse--og-omsorgstjenesteloven-trer-i-kr.html?id=667306>

- Helsetilsyn, S. (2002). Retningslinjer for retningslinjer. Prosesser og metoder for utvikling og implementering av faglige retningslinjer (pp. 40). Oslo.
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (2004). *Metodevalg og metodebruk*. [Oslo]: TANO.
- Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Johannessen, S. O. (2011). *Myter og erfaringer om ledelse: et kompleksitetsperspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Meld. St. 16 (2010-2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- NOU (2004:18). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Oslo
- NOU (2005:3). *Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo
- Ottesen, O. (2011). *Ledelse: å bruke teori i praksis*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Ot. prp. nr. 3 (2002-2003). *Rusreform I*. Oslo
- Ot. prp. nr.54 (2002-2003). *Rusreform II*. Oslo
- Reisæter, G. S. D., & Østergren, K. (2005). Koordinering i psykiatrien - et grenseflateproblem? *Tidsskrift For Den Norske Lægeforening*, 2821-2821.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokkansenteret. (2012) Retrieved 24.05.2012, from <http://rokkan.uni.no/nav/?31>
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.

- Selznick, P. (1949). *TVA and the grass roots: a study in the sociology og formal organization*. Berkeley: University of California Press.
- St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett- sted- tilrett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. prp. nr. 63 (1997-87). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. prp. 91 L (2010-2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesterm.m*. Oslo
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2005). *Netværksstyring: fra government til governance*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforl.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Hildegunn Sagvaag
Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag
Universitetet i Stavanger
Postboks 8002 Postterminalen
4068 STAVANGER

Vår dato: 26.03.2012

Vår ref.: 29944 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 21.02.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

29944	<i>Fra to til ett - lovverk for kommunale helse-og omsorgstjenester. Konsekvenser for harmonisering av lovverket i kommunen</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Hildegunn Sagvaag
Student	Dagrunn Sømme

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim
Kant Kvalheim

Hildur Thorarensen
Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Dagrunn Sømme, Noredalsv. 217, 4308 SANDNES

Awdiungskontoren / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHÆIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svanen@svt.ntnu.no
TRONHØI: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 35. nsdtrn@svt.ntnu.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29944

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men så lenge lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Vedlegg 2

Intervjuguide

”Fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester”

- 1. Kan du fortelle litt om din faglige bakgrunn, ansvarsområde og hvor lenge du har arbeidet i resultatenheten?**

- 2. Ny helse- og omsorgstjenestelov fra 1. jan. 2012**
 - a. Hva er din kjennskap til den nye loven?
 - b. Har ansatte/avdeling fått opplæring i nytt lovverk?
 - c. Hvilke fokus har dere hatt i avdelingen på å gå fra ”to til ett felles lovverk”?
 - d. Har dere behov for mer opplæring?

- 3. Praksis frem til i dag**
 - a. Hvilken innvirkning har det nye lovverket fått for avdelingen disse første månedene?
 - b. Hva var praksisen før årsskiftet og hva gjør dere nå?
 - c. Hvilke utfordringer har dere møtt på etter den nye loven trådte i kraft?
 - d. Hva er fordelene med det nye lovverket?
 - e. Hvordan diskuteres dere den nye loven på arbeidsplassen?

- 4. Fag og lovverk**
 - a. Hvordan vurderer du at det samsvarer mellom fag og lovtekst
 - b. Er det noe som er utelatt i den nye lovteksten og som du mener burde vært med?
 - c. Hva er styrken med det nye lovverket?
 - d. Oppfattes det nye lovverket som en styrke i utøvelsen av faget?
 - e. Oppfattes det nye lovverket som en styrke i brukernes rettigheter?

- 5. Planer for utvikling av praksis fremover**
 - a. Nye rutiner, maler osv
 - b. Jobbes det med tilpasning av rutiner og maler?
 - c. Trenger dere mer tilrettelegging fra arbeidsgiver og i tilfelle hvilke?

Intervjuguide

”Fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester”

6. Samarbeid

Et av hovedmåla med felles lov er å etablere et regelverk som skal være oversiktelig og lett å bruke, det skal fremme samarbeid og samhandling

- a. Hvordan er fokuset på samarbeid, før og etter ny lov?
 - i. Ser dere nye muligheter, tilfelle hvilke?
 - ii. Har dere større frihet, i tilfellet hva oppleves som frihet?
 - iii. Nye arenaer for samarbeid?
 - iv. Hvilke faktorer ser du fremmer og hemmer samarbeidet

- b. Hvilke betydning har begrepet ”helhet og sammenheng” i tjenestetilbudet?
 - i. I egen enhet og med spesialisthelsetjenesten

Vedlegg 3



Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven "Fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester"

Jeg er masterstudent i endringsledelse ved Universitetet i Stavanger og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er "Fra to til ett- lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester" - konsekvenser for harmonisering av lovverket i kommunen. Jeg skal undersøke avdelingens erfaringer etter implementering av ny helse og omsorgstjenestelov. Jeg er interessert i å finne ut hvilke betydning den nye loven får for tjenesteutviklingen innen feltet psykisk helse og rus i

Målet er å utforske om avdelingen/tjenesteyterne opplever at det er lettere å samordne tjenester og om det er endring i samhandlingen mellom ulike avdelinger innad i og i forhold til spesialisthelsetjenesten.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 6-8 personer _____ Spørsmålene vil dreie seg om kjennskap til nytt lovverk, praksis hittil og evt. utvikling av praksis, samarbeid, fag og rutiner.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 1.5 time og vi blir sammen enige om tid og sted. Intervjuet vil være en åpen samtale hvor jeg stiller noen spørsmål og du kan fortelle.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Jeg har taushetsplikt og det som blir sagt under intervjuene vil ikke bli fortalt videre. Det som blir skrevet fra samtalen vil bli på best mulig måte anonymisert og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, juni 2012. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne kjenne seg igjen i den ferdige oppgaven.

Studien er meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Dersom du har spørsmål, ta kontakt med undertegnede eller veileder.

Dagrunn Sømme
Dagrunn Sømme
Masterstudent
Tlf. 918 80 783

Hildegunn Sagvaag
Hildegunn Sagvaag
veileder/ Førsteamanuensis, Dr.PH
Tlf. 51 83 42 36
hildegunn.sagvaag@uis.no

Vedlegg 4

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt informasjon om masteroppgaven "Fra to til ett lovverk for kommunale helse- og omsorgstjenester", og ønsker å stille til intervju.

Signatur..... mailadresse.....