



Therese Nitter

Samarbeid og samarbeidsledelse i Helsefelleskap

Hvor tett er samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene, og hvilke roller spiller interkommunal samhandlingskoordinator for å gjøre samarbeidet tettere?

Masteroppgave i Styring og ledelse

OsloMet – storbyuniversitetet, Handelshøyskolen, Fakultet for samfunnsvitenskap

Oslo 06. mai 2022

Forord

Motivasjon for å ta en master i styring og ledelse er ønske om stadig å lære mer om hvordan organisasjoner styres og ledes mest hensiktsmessig, gitt de forutsetninger de til enhver tid eksisterer under. Mange års arbeidserfaring, hovedsakelig fra ulike stillinger i kommunalsektor innen helse- og omsorgstjenesten, og nå midt i dette feltet, ligger bak motivasjonen i å dypdykke i den komplekse samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, i helsefelleskap. Jeg kjenner meg igjen i en av informantens utsagn, *samhandling er alt jeg er opptatt av*, og jeg har erfart hvor krevende det er å opprettholde interesse for og lykkes med samarbeid og samhandling.

Jeg vil takke mine arbeidsgivere for at dere har gitt meg tillit, tid og anledning til å gjennomføre masterstudiet, og for at dere har heiet på meg. Å jobbe for dere motiverer meg. Jeg vil også takke mine informanter for at dere delte deres erfaringer og kunnskap med meg. Jeg har troen på at vi skal få til en forskjell.

Videre vil jeg takke min veileder på Oslo Met, Sissel Hovik, som gjennom studiet har gitt gode innspill, pekt meg i riktig retning og tålmodig veiledet meg under hele prosessen med å fullføre masteroppgaven. Jeg har lyttet til hvert ord.

Og sist, men ikke minst, vil jeg takke flokken min, for at dere har holdt ut, støttet og backet og forsikret meg om at dere venter på meg. Jeg kunne ikke klart det uten dere. Nå er jeg klar og nå er jeg med!

Oslo, 06. mai 2022

Therese Nitter

Sammendrag

Masteroppgaven handler om samarbeid mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefellesskapene. Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten er en av vår tids store utfordringer og generere behov for nye samarbeidsløsninger. Det er derfor interessant å se nærmere på samarbeid i helsefellesskapene og undersøke hvordan samstyring har betydning både for styring og ledelse av samarbeidet, og for å bevege samarbeidet mot den interaksjonen som ønskes mellom de samarbeidende. Oppgaven søker å øke empiritilfanget og gi kommuner viktig bidrag til hvordan de kan håndtere nye roller i samarbeid mellom flere kommuner og statlige aktører, og dermed bedre sine forutsetninger for å lykkes.

Oppgaven undersøker hvor tett samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefellesskapene er, og hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere. Det er benyttet kvalitativ metode og gjort en casestudie. Data er innhentet ved dybdeintervju og dokumentdata. Empirien er analysert utfra sentrale teorier og rammeverk for ulike kategorier av samarbeid og lederroller i samarbeid.

Hovedfunn viser at samarbeidet i helsefellesskapene ikke er tett på nivå med collaboration, og det er fortsatt partstenking og diskusjon om oppgaver og ansvar. Det sees innslag av tettere samarbeid innenfor områder som vurderes mindre fundamentale for organisasjonene. Interkommunal samhandlingskoordinator tar rollen som operativ samarbeidsleder og spiller alle de fasiliterende lederrollene i samarbeid, men spiller ulike roller i samarbeidet mot kommuner og i helsefellesskapet. Det er særlig katalysatorrollen som bidrar til tettere samarbeid i helsefellesskapene.

Avslutningsvis reises viktige spørsmål om hva som er rett interaksjon nivå i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner, hvordan det kan påvirkes og hvorvidt kommuner kan styrke sin posisjon i samarbeidet ved å formalisere den operative ledelsen?

Abstract

This master's thesis is about collaboration between health trusts and municipalities in the new health communities. Sustainability in the health- and careservice is one of the great challenges of our time and generates the need for new ways to collaborate. It is therefore interesting to take a closer look at collaboration in the health communities and examine how collaborative management is important both for the management and leadership of the collaboration that is sought, and to move the collaboration towards the interaction that is desired between the collaborators. This thesis seeks to increase the empirical resources and give municipalities an important contribution to how they can manage new roles and improve their conditions for success in collaboration between several municipalities and government.

The thesis examines how close the collaboration between health trusts and municipalities in the new health communities is, and what roles the intermunicipal collaboration coordinator plays in increasing interactions in the collaboration. A qualitative method has been utilized and a case study has been conducted. Data are obtained through in-depth interviews and document data. The empirical data are analyzed based on key theories and frameworks for various categories of collaboration and leadership roles in collaboration.

The main findings show that the collaboration in the health communities does not have close interactions in the level of collaboration, and that there is still individual thinking by the participants and discussion about tasks and responsibilities. There are elements of closer collaboration in areas that are considered less fundamental for the organizations. The intermunicipal collaboration coordinator takes on the role of operational collaboration leader and plays all the facilitating leadership roles in collaboration but plays separate roles in the collaboration towards municipalities and health communities. It is especially the catalyst role that contributes to closer collaboration in the health communities.

Finally, important questions are raised about what is the right level of interaction in the collaboration between health trusts and municipalities and how it can be effected, and whether municipalities can strengthen their position in the collaboration by formalizing the operational management?

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1. Innledning	8
1.1 Problemstilling.....	9
1.2 Avgrensning.....	11
1.3 Disposisjon av oppgaven.....	11
2. Helsefelleskap og kommuner	12
2.1 Mål med helsefelleskap.....	12
2.2 Styring i helsefellesskap.....	12
2.3 Samordning av kommuner i helsefellesskap.....	13
3. Teori	15
3.1 Styring og ledelse.....	15
3.1.1 Samstyring.....	16
3.1.2 Sammenheng mellom styring og ledelse.....	17
3.2 Samarbeid.....	17
3.3 Lederroller i samarbeid.....	21
3.4 Styring og ledelse av samarbeid.....	23
4. Metode og design	25
4.1 Forskningsstrategi.....	25
4.2 Case som forskningsdesign.....	25
4.2.1 Utvalg.....	26
4.2.2 Datainnsamling ved intervju.....	26
4.2.3 Datainnsamling ved dokumentdata.....	27
4.3 Bearbeiding av data og analyse.....	27
4.4 Kvalitet i forskningen.....	28
5. Analyse	31
5.1 Hvor tett er interaksjonen i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefellesskapene?.....	31
5.1.1 Design.....	31
5.1.2 Avtalens formalitet	33

5.1.3	Organisatorisk autonomi.....	34
5.1.4	Nøkkelpersonell.....	35
5.1.5	Informasjonsdeling.....	37
5.1.6	Beslutningstaking.....	38
5.1.7	Løsning av fagspesifikke områder.....	40
5.1.8	Ressursallokering.....	42
5.1.9	Systemtenkning.....	43
5.1.10	Tillit.....	45
5.1.11	Delkonklusjon, hvor tett er samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefellesskapene.....	47
5.2	Hvilke lederroller spiller interkommunal samhandlingskoordinator i samarbeidet?.....	48
5.2.1	Forvalter / Steward.....	50
5.2.2	Megler / Mediator.....	51
5.2.3	Katalysator / Catalyst.....	54
5.2.4	Delkonklusjon, hvilke lederroller spiller interkommunal samhandlingskoordinator i samarbeidet?.....	56
5.3	Hvilke lederroller bidrar til tettere samarbeid?.....	57
5.3.1	Lederroller som beveger samarbeidet i helsefellesskapene mot collaboration.....	58
5.3.2	Delkonklusjon, hvilke roller spiller interkommunal samhandlingskoordinator for å gjøre samarbeidet tettere?.....	59
6.	Konklusjon.....	61
6.1	Avsluttende kommentarer og videre implikasjoner.....	63
7.	Litteraturliste.....	66
8.	Vedlegg	
	Vedlegg 1. Tabell 3, oversikt over datautvalg og innsamlingsmetoder.....	69
	Vedlegg 2. Intervjuguide.....	70
	Vedlegg 3. Informasjonsskriv og samtykke erklæring.....	73
	Vedlegg 4. Godkjennelsesbrev fra NSD.....	76

Figurer og tabeller

Figur 1:	Arbeidsdeling i Helsefellesskap.....	13
Tabell 1:	Madeleine McNamara, kategorier i samarbeid.....	19
Tabell 2:	Chris Ansell & Alison Gash, lederroller i samarbeid... ..	23
Tabell 3:	Oversikt over datautvalg og innsamlingsmetoder.....	69
Tabell 4:	Kategorisering av empirisk materiale.....	48

1. Innledning

Bærekraften i helse- og omsorgstjenesten er en av vår tids store utfordringer, og genererer stadig behov for nye samarbeidsløsninger. På flere områder de senere årene sees det en tendens til at staten etablerer ulike samarbeid for å løse komplekse utfordringer. Samhandlingsreformen ble lansert i 2012 og var en retnings- og koordineringsreform. I 2019 lanserte regjeringen sin strategi i Nasjonal helse- og sykehusplan, og beskrev der helsefellesskap. Samme år inngikk regjeringen og KS avtale om etablering av 19 helsefellesskap i Norge. Regjeringen og KS ønsker å løse komplekse problemstillinger og lykkes med samhandling, ved å etablere samarbeid i helsefellesskap. Samarbeid slik det legges opp til i helsefellesskapene, omtales i litteraturen som samstyring. Samstyring kjennetegnes av at gjensidig avhengige parter samarbeider om å løse felles utfordringer. I helsefellesskapene skal det være tydelig samarbeidsstruktur for felles planlegging, økt samordning, bedre beslutningsprosesser, tydeligere prioriteringer og felles virkelighetsforståelse. Samarbeidet skal organiseres på tre nivå, overordnet, strategisk og faglig.

Helseforetak og kommuner er i startgropen med å etablere seg i helsefellesskap. Avtalen om helsefellesskap skal få kommuner til å ta en mer aktiv og forpliktende rolle når helsetjenestene utvikles. Kommuner må samordne seg og la seg representere på alle nivåene i helsefellesskapet. Helsefellesskapene skal ha et felles samhandlingssekretariat og det er en uttalt forventning til at kommuner i helsefellesskapet samordner seg om en felles kommunal sekretariatsfunksjon som kan samordne, koordinere og bistå kommunene i arbeidet og delta inn i felles samhandlingssekretariatet. Med etablering av helsefellesskap som et av hovedgrepene for å lykkes med samhandling og en helhetlig helse- og omsorgstjeneste, er det aktuelt å se nærmere på både samarbeidet i helsefellesskapene og rollen som felles kommunal samhandlingssekretær.

Det har vært forsket mye på samhandlingsreformen og dens virkning, men kunnskapsgrunnlaget om helsefellesskapene er mangelfulle. I en samhandlingssituasjon er samarbeid slik det legges opp til i helsefellesskapene et interessant grep, og tidligere forskning har vist at samarbeid mellom flere kommuner og statlige aktører setter krav til

kommunene og de nye roller de skal håndtere (Holmen & Hanssen, 2013) (Hanssen, Helgesen, & Holmen, 2014) (Holmen, 2016). Felles kommunal samhandlingssekretær får en dobbeltrolle, for kommunene de skal samordne og representere, og i samarbeidet for helsefellesskapets interesser i felles samhandlingssekretariat. Faglig er det også interessant å undersøke hvordan samstyring har betydning både for styring og ledelse av samarbeidet som søkes, og for å bevege samarbeidet mot den interaksjonen som ønskes mellom de samarbeidende. Økt kunnskap kan gi kommunene viktig bidrag til hvordan de kan håndtere nye roller i samarbeid mellom flere kommuner og statlige aktører, og dermed bedre forutsetningene for å lykkes.

1.1 Problemstilling

Gjennom avtalen om helsefellesskap er det tydelig at regjeringen og KS ønsker økt samarbeid og samhandling mellom sykehus og kommuner for å oppnå en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste. Samarbeidspartnerne i helsefellesskap er helseforetaket som en organisasjon og kommuner. Kommunene er autonome, men i helsefellesskap søkes en samordning inn mot arbeidet i felles samhandlingssekretariat (Meld. St. 7 (2019-2020), s.28). For at helsefellesskapene skal lykkes, og kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere, må sakene være godt forberedt. Et velfungerende sekretariat vil være et viktig virkemiddel for å sikre åpenhet og legitimitet i beslutningsprosessene, og for å oppnå konsensusbeslutninger (Meld. St. 7 (2019-2020), s.29).

Samstyring krever styring og ledelse av samarbeidet. Styringen i helsefellesskapet er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehuseplan, med samarbeidsnivåer og representanter (Meld. St. 7 (2019-2020), s.27). Likeverdighet og partnerskap er honnør ord, som går igjen for å beskrive forholdet mellom de samarbeidende. Hvordan den operative ledelsen av samarbeidet i helsefellesskapsstrukturen skal ivaretas beskrives ikke. Forventinger til samordning av kommuner og til sekretariatsfunksjon er store, hvilket mandat felles kommunal samhandlingssekretær bør ha fremkommer ikke. Helseforetakene har samhandlingsavdelinger som ledes av en samhandlingssjef, vedkommende deltar inn i felles samhandlingssekretariat. For kommunene deltar felles kommunal samhandlingssekretær, heretter omtalt interkommunal samhandlingskoordinator. Det er interessant å se både på interaksjonen i samarbeidet i helsefellesskapet og lederroller i samarbeidet.

Oppgavens problemstilling er:

Hvor tett er samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene, og hvilke roller spiller interkommunal samhandlingskoordinator for å gjøre samarbeidet tettere?

Oppgavens forskningsspørsmål:

Hvor tett er interaksjonen i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene?

Hvilke lederroller spiller interkommunal samhandlingskoordinator i samarbeidet?

Hvilke lederroller bidrar til tettere samarbeid?

Jeg benytter to teoretiske rammeverk for å belyse forskningsspørsmålene. For å undersøke hvor tett samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene er, benytter jeg Madeleine McNamara sitt rammeverk som beskriver ulike kategorier i samarbeid, cooperation, coordination og collaboration (McNamara, 2012, s. 392). Føringer og forventinger til samarbeidet i helsefelleskap peker retning mot partnerskap og en helhetlig tjenesteutvikling for en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, og jeg antar at regjeringen og KS sitt mål med helsefelleskap er å bevege samarbeidet mot samhandling, collaboration i McNamara sitt rammeverk.

For å undersøke hvilke lederroller interkommunal samhandlingskoordinator spiller i samarbeidet, vil jeg benytte Chris Ansell og Alison Gash sitt rammeverket for lederroller i samarbeid. De ser på lederrollen i samarbeid i vid forstand, som et fasiliterende lederskap som er med på å bringe samarbeidet fremover, og identifiserer tre fasiliterende roller for å lede samarbeid, forvalter, megler og katalysator (Ansell&Gash, 2012, s. 2). Forventingen til interkommunal samhandlingskoordinator er av slik karakter at de kan tenkes å ha rollen til et slikt fasiliterende lederskap. Jeg vil i teorikapitlet redegjøre for at fasiliterende ledelse i et samarbeid ikke trengs å ivaretas av en formell leder, men kan ivaretas av en operativ leder i samarbeidet.

1.2 Avgrensning

Samhandlingsreformen er kompleks, flere forhold ved helsefelleskap er av interesse og det er flere mulige teoretiske innfallsvinkler for å belyse problemstillingen. Grunnet oppgavens omfang har det vært nødvendig å gjøre valg for å avgrense. Flere aspekter ved ledelse kunne vært belyst. Oppgaven skiller ikke på lederroller og utøvelse av ledelse. Teori om styring av offentlig organisasjoner, instrumentelle og institusjonelle betingelser og makt er sentralt for samhandlingen mellom kommuner og sykehuset, og teoretiske vinkling her kunne vært benyttet.

Videre avgrenser oppgaven seg til interkommunal samhandlingskoordinator og dennes rolle på vegne av sine kommuner og i felles samhandlingssekretariat. Det er en vesentlig avgrensning, som er valgt utfra de uttalte forventningene til rollen. Oppgaven ser på prinsippet samordning, da det er et avgjørende for å være i stand til å ivareta de andre føringene og fremholdes som en viktig oppgave for sekretariatet, samt av betydning for å lykkes med samarbeidet.

1.3 Disposisjon av oppgaven

Innledningsvis har jeg gitt oversikt over oppgavens tematikk, problemstilling og avgrenset oppgaven. I kapitel to gis bakgrunnsinformasjon for oppgaven ved å utdype mål og styring i helsefellesskap, og samordning av kommuner i helsefelleskap. Kapittel tre redegjør for teoretisk rammeverk som er styring og ledelse, samstyring, kategorier i samarbeid og lederroller i samarbeid. I kapittel fire beskrives forskningsstrategi, design, metodisk fremgangsmåte og vurderinger av forskningens kvalitet. Kapittel fem analyserer dataene utfra presenterte teoretisk rammeverk og undersøker interaksjonen i samarbeidet i helsefellesskap, interkommunal samhandlingskoordinator sin rolleutførelse og eventuelt hvilke lederroller som bidrar til tettere samarbeid, og det delkonkluderes. I kapittel seks oppsummeres og konkluderes funn, og nye områder for videre forskning antydes.

2. Helsefelleskap og kommuner

2.1 Mål med helsefellesskap

Funn i evaluering av samhandlingsreformen viser at helsetjenesten fortsatt preges av mangel på helhet og sammenheng (Forskningsrådet , 2016, s. 10). Mål med etablering av helsefelleskap er å skape en bærekraftig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste, der sykehus og kommune går fra parter til likeverdige partnere, sammen prioriterer tjenestene til de pasientene som trenger det mest og tar felles ansvar for å levere sammenhengende helse- og omsorgstjenester (Regjeringen 2019). Demografiske ulikheter betyr at målet om likeverdige tilgang til gode tjenester vil bety ulik organisering og lokale løsninger mellom kommuner og helseforetak (Meld. St. 7 (2019-2020), s.35). Det er forventninger til det utadvendte sykehus, og at spesialisthelsetjenesten deltar på kommunale arenaer sammen med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at det ytes helsetjenester sammen i team (Meld. St. 7 (2019-2020), s.50). Helsefellesskapene skal planlegge og utvikle tjenester for pasienter som trenger tjenester fra begge nivå. Ved å ta felles ansvar skal uheldig partstenking og statisk syn på utvikling av tjenestene unngås. Den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven er endret, juli 2021, med krav om felles planlegging for å sikre en sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjeneste (Lovdata, 2021).

2.2 Styring i helsefellesskap

I Helsefellesskapene ønskes bedre sammenheng i samarbeidet og det skilles mellom overordnede prinsipielle, strategiske og faglige beslutninger. Helsefellesskapene skal bidra til at oppmerksomheten skiftes fra detaljer og deling av ansvar til felles mål og felles utvikling av tjenestene (Meld. St. 7 (2019-2020), s.31). Den tydelige samarbeidsstrukturen skal sørge for felles planlegging, økt samordning, bedre beslutningsprosesser, tydeligere prioriteringer, og felles virkelighetsforståelse. Samarbeidsstrukturen skal organiseres på tre nivåer:

- I partnerskapsmøtet møtes den øverste ledelsen i kommunene og sykehusene årlig og bestemmer den overordnede strategiske retningen.
- Det neste nivået, strategisk samarbeidsutvalg, møtes administrativ og faglig ledelse. De beslutter de konkrete pasientforløpene og hvordan tjenestene skal utvikles.
- På nivået under er faglige samarbeidsutvalg. Dette er arbeidsgruppene som skal jobbe med forslag de konkrete prosedyrene og pasientforløpene.
(KS, 2019)

Eksisterende samhandling skal videreutvikles og det skal opprettes samarbeidsarenaer mellom helseforetak og omliggende kommuner (Regjeringen 2019). Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere nasjonalt nettverk for helsefelleskapene. Kommuner og helseforetak har avholdt digitale nettverksmøter og presentert sin organisering i helsefelleskap (Helsedirektoratet, 2021).

Figur 1. (Meld. St. 7 (2019-2020), s.27) og egen illustrasjon i blått og grønt



Oppgaven forsker på hvor tett samarbeidet er i helsefelleskapene og hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere.

2.3 Samordning av kommuner i helsefelleskap

Avtalen mellom regjering og KS fremholder kommunenes evne til å samordne seg som avgjørende for å kunne opptre som likeverdig partner i helsefelleskapet og velfungerende

sekretariatsfunksjon trekkes frem som sentral forutsetning for å lykkes. De fleste regioner og kommuner har en ordning som ivaretar sekretariatsfunksjonen på vegne av de, ved ressurs avsatt til formålet enten på vegne av alle kommunene eller for hver regionen tilhørende den kommunale siden av helsefelleskapet. Stillingen betegnes som samhandlingskoordinator, samhandlingssjef eller samhandlingssekretær. I denne oppgaven benyttes betegnelsen interkommunal samhandlingskoordinator. Interkommunal samhandlingskoordinator innehar en dobbeltrolle. De skal samordne og koordinere kommunene i samarbeidet, samt være representant i samhandlingsturkturen i helsefelleskapet og der påvirke og fremme samarbeid med helseforetaket. Kommuner kan søke tilskuddsmidler for å opprette sekretariatsfunksjon. Målet for tilskuddsordningen er å styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus, og samordningen i helsefelleskapet. Sekretariatsfunksjonen skal bidra til at helsefelleskapene lykkes med å utvikle og planlegge bærekraftige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2020). Kommunene står fritt til å gi mandat til interkommunal samhandlingskoordinator.

På flere av nivåene i samhandlingsstrukturen mellom kommuner og helseforetak, er det representativ deltagelse, og kommunene må samordne seg for å kunne representeres. Det er vanlig at representantene omtaler de kommunene de representerer som «baklandet». Hvilke arenaer og ordning kommunene har, der baklandet skal samordnes, varierer. Kommuner samarbeider i regionråd, ulike interkommunale samarbeid, prosjekter, fagnettverk og annet. Kommunene er ikke en organisasjon inn i samarbeidet i helsefelleskap og deltar ikke med formell leder fra hver kommune og har dermed ikke en styringslinje inn i samarbeidet.

3. Teori

Avtalen om helsefelleskap beskriver som nevnt styring av samarbeidet, forventningene til interaksjon i samarbeidet og forventinger til interkommunal samhandlingskoordinator i samarbeidet. Teorikapitlet redegjør for styring og ledelse, samstyring, kategorier i samarbeid og ledelsesroller i samarbeid. Formålet med kapitlet er å presentere de overordnede teoretiske rammeverkene benyttet for å belyse oppgavens problemstillingen, fortolke funn og svare på forskningsspørsmålene.

3.1 Styring og ledelse

Samarbeid må både styres og ledes. Avtalen mellom regjeringen og KS legger føringer for arbeidet i helsefelleskapene og er styring fra sentrale myndigheter. Styring fra offentlige myndigheter kan sees gjennom institusjonelt design ved at det i avtalen velges form på samarbeidet, deltakere, arbeidsmetoder og ønsket utfall (Holmen & Hanssen, 2013, s. 15). Styring kan beskrives som en sentralisert påvirkning utøvd indirekte gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner. Styring oppnås gjennom systemer og systemene eller strukturen gir stabilitet og forutsigbarhet over tid. Formålet med styring er å sikre påvirkning uavhengig av relasjonelle faktorer (Ladegård & Vabo, 2010, s. 20). Styringsbegrepet kan omhandle mange forhold ved offentlig styring. Hanssen m fl finner at partnerskap og samstyring er fremtredende i samhandlingen mellom sykehus og kommuner og at kommuner må forhandle egne rammebetingelser. «Dialog, forhandlinger og formelle partnerskapsordninger blir dermed viktige styringsvirkemidler» (Hanssen, Helgesen, & Holmen, 2014, s. 111).

Offentlig styring i Norge har utviklet seg historisk gjennom tre styringsformer, offentlig styring, styring gjennom marked og samstyring (Røiseland & Vabo, 2016, s. 19).

Styringsregimene har utviklet seg siden annen verdenskrig og i dag sees innslag av elementer ved styringsregimene i ulik grad innen offentlig styring. Oppgaven konsentrere seg om samstyring, selv om samhandlingsreformen innehar elementer fra alle de tre styringsregimene.

3.1.1 Samstyring

Helseforetak og kommuner skal jobbe tettere sammen for å skape pasientens helsetjeneste, de kan ikke nå målet alene og må inngå i et samarbeid. Som nevnt innledningsvis, omtales slikt samarbeid i litteraturen som samstyring. Kompleksiteten i dagens samfunn, der det offentlig har knappere ressurser på den ene siden og stadige større forventninger og kompliserte problemer på den andre siden, øker behovet for horisontal koordinering og integrert tjenesteproduksjon mellom styringsnivåer og offentlige organisasjoner. Samstyring benyttes som en fellesbetegnelse på styring gjennom nettverk, partnerskap, governance, samarbeid og selskap (Røiseland & Vabo, 2016, s. 20). Røiseland og Vabo definerer samstyring som:

Den ikke hierarkiske prosessen hvor offentlige og/eller private aktører og ressurser koordineres og gis felles mening og retning.

(Røiseland & Vabo, 2016, s. 21)

I henhold til definisjonen er det tre aspekter ved samstyring, gjensidig avhengighet, måten beslutningene fattes og ønske om få til planlagt og målrettet aktivitet (Røiseland & Vabo, 2016, s. 22). Strategien om helsefellesskapene bygger på en erkjennelse av den gjensidige avhengigheten mellom partnerne. Gjensidig avhengighet omfatter at aktørene i samstyringen forsøker å oppnå noe de bare kan få til i felleskap. Samstyringen kan sees som et spleiselag der alle legger noe i potten, ulike ressurser, for å løse en oppgave eller et problem som ønskes løst og som må løses i et slikt felleskap. Måten beslutninger fattes på i samstyring preges av den gjensidige avhengigheten og beslutninger må basere seg på diskusjon og forhandling. Samstyring finner bare sted når involverte aktører diskuterer seg frem til løsninger som alle kan slutte seg til. Styring av samstyring må støtte seg på insentiver, myke virkemidler og ledelse (Røiseland & Vabo, 2016, s. 23)

Samstyringen skjer av en grunn og styringen må innrettes mot planlagt og målrettet aktivitet. Målrettet aktivitet betyr at samstyring også innebærer helt ordinære organisasjonsprosesser. Mål skal fastsettes, virkemidler velges, strategier utformes og aktiviteter koordineres. En struktur av aktører som driver med samstyring vil derfor ligne mye på en organisasjon selv om strukturer er løsere enn det som ordinært er forbudt med en formell organisasjon, og begreper som roller, lederskap og makt har relevans for å studere samstyring (Røiseland & Vabo, 2016, s. 23). For å nå felles mål og hensikt med samarbeidet, må det være nødvendig kommunikasjon og kunnskapsdeling, og tillit mellom deltagerne. Samstyring kan styres.

Styringsvirkemidler baseres på fire grunnleggende ressurser, nodalitet, autoritet, finanser og organisasjon, NATO (Røiseland & Vabo, 2016, s. 61). Styringsvirkemidlene kan benyttes med myk eller hard grad, forstått som graden av tvang. Styring av samstyringsprosesser sees i ulike faser, før, under og etter, og ulike tilnærminger og virkemidler kan benyttes (Røiseland & Vabo, 2016, s. 68).

3.1.2 Sammenheng mellom styring og ledelse

Forståelsen av hva styring og ledelse er, er avgjørende for å kunne ta det i bruk som virkemidler for å nå organisasjonens mål, og benytte de som kombinasjoner for å koordinere en virksomhet. Ledelse er personorientert, styring er systemorientert. Begrepene betegner ulike sider av et felles problem, «hvordan organisere en virksomhet i alle former og gi denne virksomheten retning og momentum mot de mål som til enhver tid gjelder» (Ladegård & Vabo, 2010, s. 15). Så i en organisatorisk sammenheng vil både ledelse og styring være til stede, dog i ulik grad. Ladegård m fl hevder at kunnskapen om forskjellen på og sammenhengen mellom ledelse og styring, og hvordan de inngår i et dynamisk forhold til hverandre, enten ved å konkurrere med hverandre, betinge hverandre eller erstatte hverandre, er betingelser for bruk av styring og ledelse som virkemidler (Ladegård & Vabo, 2010, s. 25). Dynamikkene der ledelse og styring betinger hverandre viser til at innføring av nye styringssystemer også vil kreve mer vekt på ledelse. Endringer i styringsformer og organisasjonsstruktur krever utvikling av lederkompetanse- og adferd for å tilpasse seg endringene (Ladegård & Vabo, 2010, s. 27). Ved samstyring øker behovet for koordinering og en avklaring av hvem som koordinerer, og det sees utfordringer som uklare ansvarlinjer og ansvarliggjøring av beslutninger (Holmen, 2016, s. 35). Holmen finner også at samstyringsprinsippet setter nye krav til den kommunale lederrollen og stiller spørsmål ved hvordan kommune kan ruste sine ledere til å håndtere slike nye roller både som sterke forhandlere, sterke pådrivere for innovasjon og kremmere i virksomhetens drift og utvikling (Holmen, 2016, s. 36)?

3.2 **Samarbeid**

Helsefellesskapsstrategien bygger på en erkjennelse fra nasjonale myndigheter om at pasientens helsetjeneste må skapes i tett samarbeid og partnerskap mellom kommunen og

spesialisthelsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2019). Huxam m fl påpeker at samarbeid er meget ressurskrevende og bør kun søkes når det er virkelig nødvendig (Huxham & Vangen, 2005, s. 13). Samarbeid mellom helseforetak og kommuner beskrives som nødvendig for å opprettholde bærekraft i helse- og omsorgstjenesten, og forventningene til helsefelleskap er en tett samhandling mellom partnerne for å nå komplekse mål og ta kollektivt ansvar.

Madeleine McNamara har gjennom sin forskning utviklet et teoretisk rammeverk for offentlige ledere, der hun inndeler samarbeid mellom aktør i tre kategorier, utfra ulike dimensjoner hvor skillet går på graden av interaksjon mellom deltagerne eller organisasjonen langs en akse (McNamara, 2012, s. 391). De tre hovedkategoriene i McNamara sitt rammeverk er cooperation, coordination og collaboration.

Først på akse er cooperation / samarbeid, som preges av kortvarige og uformelle relasjoner.

Madeleine McNamaras definerer cooperation:

Samspillet mellom deltakere med evner til å oppnå egne organisatoriske mål, men som velger å jobbe sammen innenfor de eksisterende strukturer og retningslinjer for å tjene sine individuelle interesser. (McNamara, 2012, s. 391). (min oversettelse)

Neste steg på akse er coordination / koordinering, interaksjonen er formalisert og ofte initiert ovenfra. Det er forståelse for at en trenger bistand fra andre for å oppnå organisasjonens mål, og en enkel gjensidig avhengighet sees. Madeleine McNamaras definerer coordination:

En interaksjon mellom deltakerne der koblinger mobiliseres for de det er nødvendig med hjelp fra andre for å nå organisatoriske mål (McNamara, 2012, s. 391). (min oversettelse)

Øverst på interaksjonsaksen er samhandling, der organisasjonen har tettere og mer varige relasjoner for å gjennomføre oppgaver basert på felles interesser. Madeleine McNamaras definerer collaboration:

Deltagerne i samhandlingen jobber sammen for å forfølge komplekse mål basert på felles interesser og et kollektivt ansvar for sammenhengende oppgaver som ikke kan gjennomføres individuelt (McNamara, 2012, s. 391). (min oversettelse)

Jeg vil i det videre velge å benytte de engelske ordene, cooperation, coordination og collaboration, slik at de viser til McNamara`s kategorisering av kategoriene. Begrepet samarbeid vil benyttes som et felles betegnelse for alt samarbeid der det ikke skilles på kategoriene.

Hva som er rett interaksjonsgrad i et samarbeid, vil avhenge av hva en ønsker å oppnå. Det er ikke slik at tettere interaksjon gir bedre forutsetninger for suksess i samarbeidet. McNamara fremhever at økt interaksjon mellom aktører ikke alltid bør etterstrebes og rammeverket kan benyttes for å vurdere når det er riktig å nedskalere til cooperation eller oppskalere til collaboration (McNamara, 2012, s. 399). Grad av interaksjon beskrives ved 10 ulike dimensjoner som utgjør rammeverket for å forstå samarbeid. Mange av kjennetegnene som påvirker dimensjonene er like, men de virker med forskjellig styrke (McNamara, 2012, s. 391). McNamara påpeker viktigheten av å skille mellom kategoriene, da det har betydning for forutsetninger, faktorer eller virkninger i samarbeidet. Det er opp til offentlige ledere å koble passende interaksjon med ønsket mål og dermed oppnå suksess i samarbeidet. For å lykkes, må de ha kunnskap om hvilken interaksjonsnivå som passer hvilket formål (McNamara, 2012, s. 390). Collaboration skiller seg ut fra cooperation og coordination ved at det krever tettere relasjoner, deling av ressurser og grensene mellom organisasjonene viskes ut, samt av den omfattende gjensidige avhengigheten for å nå målet, og passer med målsetning for samarbeid slik det beskrives i helsefelleskap. Det relevant å se på hvilke kjennetegn i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene, som peker i retning av cooperation, coordination og collaboration? Samarbeid vil ofte ha elementer av alle kjennetegn ved dimensjonene og det kan være glidende overganger mellom dem. Alle dimensjonene er heller ikke like fundamentale for organisasjonene.

Tabell 1. McNamaras rammeverk for samarbeid (McNamara, 2012, s. 392). (min oversettelse)

Kategoriene med sine kjennetegn danner grunnlag for spørsmålene i intervjuguiden

Element	Cooperation	Coordination	Collaboration
----------------	--------------------	---------------------	----------------------

Design	Samarbeid innenfor egen organisasjonsstruktur	Innen egen organisasjon, oppretter strukturelle sammenkoblinger	Organisasjonen deler makt
Avtalens formalitet	Uformelle avtaler	Formelle avtaler	Uformelle og formelle avtaler
Organisatorisk autonomi	Full autonomi opprettholdes, ingen felles beslutninger	Delvis autonomi, samarbeid pålagt, deltagerne samtykker til noen kollektive aktiviteter	Gir avkall på en viss autonomi til den kollektive ordningen for å etablere felles regler, formål og retningslinjer
Nøkkelpersonell	På laveste nivå, involverer ikke ledere	Drevet av høyt nivå / pålegg	Drevet av deltagerne selv
Informasjonsdeling	Enkel informasjon deles gjennom uformelle kanaler	Informasjon deles gjennom formelle kanaler	Åpne og hyppig kommunikasjon gjennom formelle og uformelle kanaler
Beslutningstaking	Uavhengig beslutningstaking	Sentralisert beslutningstaking	Deltagende beslutningstaking
Løsning av fagspesifikke områder	Uavhengige, så konflikt unngås	Kan benytte nøytral fasilitator	Aktørene jobber sammen om problemløsning
Ressursallokering	Ingen sammenslåing av ressurser	Ressurser sammenslås for å nå individuelle mål	Ressurser sammenslås for å nå felles mål
Systemtenkning	Ingen felles system tenking	Gjøres i noe grad for å nå individuelle mål	Gjøres for å nå felles mål
Tillit	Ikke nødvendig, men kan utvikle seg	Ledere jobber tett for å skape forhold basert på tillit	Tillit mellom deltagerne er nødvendig

3.3 Lederroller i samarbeid

I litteratur om samstyring og samarbeid poengteres det at samarbeid må ledes. Huxam og Vangen har sett på hvordan organisasjoner skal klare å samarbeide og hva som kan gi samarbeidsfordeler, og deres nøkkelbudskap er aktiv ledelse av samarbeidet (Huxham & Vangen, 2005, s. 4). Jeg har vist til at innføring av helsefelleskap er styring fra nasjonale myndigheter, og at nye styringssystemer vil kreve vekt på ledelse og kan bety nye lederroller.

Holmen og Hanssen ser på styring og ledelse av partnerskap, og skiller mellom den strategiske ledelsen som gir sentrale føringer til samarbeidet og den operative ledelsen i samarbeidet. Den operative ledelsen i det organiserte samarbeidet kan utøves av en eller flere og skal ivareta prinsipper om koordinering, informasjonsdeling, kunnskapsdeling, likeverdighet og tillit mellom aktørene (Holmen & Hanssen, 2013, s. 49). Slik tilretteleggende ledelse i samarbeid trengs med andre ord ikke å ivaretas av en formell leder, og prinsippene som skal ivaretas av operativ leder, møter i stor grad de forventningen staten har til sekretariatsfunksjoner i helsefelleskap. Mandat og myndighet til interkommunal samhandlingskoordinator varierer, men statens forventning er at de gjennom sitt arbeide skal bidra til et likeverdig partnerskap i møte med helseforetaket (Meld. St. 7 (2019-2020), s.29).

Hanssen m fl fant i sin forskning at kommunene har behov for en større bevissthet rundt hva som kreves av dem, for at det organiserte samarbeidet med helseforetaket skal få resultater (Hanssen, Helgesen & Holmen, 2014, s. 129). Hanssen, m. fl påpeker at selv om samhandlingsreformen hviler tungt på den hierarkiske styringslogikken, er samstyringslogikken mer fremtredende enn i noen av de tidligere helsereformene. Samstyring forutsetter at kommunen er nogelunde likeverdig part med helseforetakene, og at de er en aktiv part i forhandlingene (Hanssen, Helgesen, & Holmen, 2014, s. 115). Kommunene må koordineres, samordnes og gis gode beslutningsgrunnlag for å kunne ta være en slik aktiv part, og det er derfor interessant å se på interkommunal samhandlingskoordinator rolle.

Chris Ansell og Alison Gash ser på samarbeid i en samstyringsverden der aktørene deltar frivillig, og fortsatt kontrollerer sine egne ressurser, makt og autoritet (Ansell & Gash, 2012, s. 5). Lederrollen må være fasiliterende og skape betingelser som støtter deltagerens bidrag til

samarbeidsprosessen og får til effektive transaksjoner mellom dem (Ansell & Gash, 2012, s. 18). Deres studie av samarbeidsledelse har gitt viktig bidrag til hvordan samstyring kan tilrettelegges og fasiliteres. Ledere av samarbeid kan ha ansvar for å styre samarbeid mot å oppnå effektiv tjenesteleveranse, konsensus og problemløsning innenfor de begrensingen som ligger i slik frivillig samarbeid. Det medfører at ledelsen må ha en tilretteleggende rolle, og må oppmuntre til og gjøre det mulig for aktørene å samarbeide effektivt (Ansell & Gash, 2012, s. 5). Ansell og Gash anerkjenner at ledelse av samarbeid kan foregå i en vid forstand, og gir støtte for at føringene til interkommunal samhandlingskoordinator er slik at de ta operativ ledelse i samarbeidet og spille rollene til et fasiliterende lederskap.

Ansell og Gash beskrev to roller i samarbeid. Strategisk lederrolle innehar de som står i bakgrunnen for den daglige samarbeidsprosessen, men som har myndighet og ressurser for å støtte prosessen. Den operative lederrollen er den som daglig bringer samarbeidsprosessene fremover ved å initiere, veilede eller styre samarbeidsprosessen (Ansell & Gash, 2012, s. 5). Analysen tar utgangspunkt i sistnevnte. En slik operativ lederrolle for å bringe samarbeidsprosessene fremover, kan ivaretas av interkommunal samhandlingskoordinator. Skrove m fl finner i sin forskning at ressursmangel og mangel på samkjøring preger kommunenes mulighet til å sette dagsorden i samhandling med helseforetaket og det største mulighetsrommet for bedre samhandling ligger i aktiv deltagelse i sekretariat i hele samarbeidsstrukturen (Skrove et al., 2020, s. 3). For å utøve en operative og fasiliterende lederrollen kreves handlingsrom, mandat og ressurser.

Ansell og Gash definerer den fasiliterende lederrollen som den som hjelper andre med å få ting til å skje (Ansell&Gash, 2012, s.6). Målet med helsefelleskap er, som tidligere beskrevet, å bevege seg fra samarbeid mot samhandling. Dermed er forståelse av hvilke lederroller interkommunale samhandlingskoordinator tar i samarbeidet viktig og innsikt i om det er noen av lederrollene som bidrar til å fremme tettere samarbeid av betydning.

Ansell og Gash identifiserer tre fasiliterende roller for å lede samarbeid. *Stewards*, forvalterrollen, er den som etablerer og beskytter samarbeidet og dets integritet. *Mediators*, meglerrollen, forhandler og pleier relasjonene mellom aktørene i samarbeidet. Mens

Catalysts, katalysatorrollen, håndterer konflikter og identifiserer områder av merverdi, samt mobiliserer krefter for å nå det. Rollene gjelder innenfor ulike sammenhenger. Å skille de tre lederrollene er viktig for å bygge en begrepsmodell for samarbeidsledelse (Ansell & Gash, 2012, s. 6). Ledelse av samarbeid er fasiliterende og vil ha behov for alle de tre lederrollen. Samarbeidsledere må i ulike grad fylle rollene utfra omstendighetene for og målet med samarbeidet, og de kan enten ivaretas av en eller flere. Det er forutgående forhold, sammenheng for samarbeidet og mål for samarbeidet som avgjør hvilken rollen som bør være mest fremtredende (Ansell&Gash, 2012, s.18).

Tabell 2. Lederroller i samarbeid (Ansell & Gash, 2012, s. 8) (min oversettelse)

Egenskaper og strategier for hver av rollene vil danne grunnlag for spørsmålene i intervjuguiden.

Lederrolle i samarbeidet	Definisjon	Egenskaper og strategier
Forvalter (Steward)	Etablerer og beskytter samarbeidet og dets integritet	Gir omdømme og sosial kapital Inkludering, åpenhet og nøytralitet Styrer identiteten til samarbeidet Pågående engasjement
Megler (Mediator)	Forhandler og pleier relasjonene mellom aktørene i samarbeidet	Ærlig megler i uenighet Fasiliterer arena for ulike meninger Gjenoppretter samarbeid Bygger tillit
Katalysator (Catalyst)	Håndterer konflikter og identifiserer områder av merverdi, samt mobiliserer krefter for å nå det	Fremholder systemtenkning Omformulerer problemer Skaper link mellom samarbeid og innovasjon

3.4 Styring og ledelse av samarbeid

De to presenterte rammeverkene sees i sammenheng for å belyse oppgavens problemstilling. Jeg antar, som sagt under presentasjon av problemstilling, at regjering og KS sitt mål med helsefelleskap er bevege samarbeidet mellom helseforetak og kommuner mot collaboration. I

analysen vil jeg belyse forskningsspørsmålene både ved å analysere interaksjons i samarbeidet, hvilke av de fasiliterende lederroller interkommunal samhandlingskoordinator spiller og eventuelt hvilke av disse lederroller som bidrar til tettere samarbeid.

4. Metode og design

Kapitelet beskriver valg av forskningsstrategi, design, metodisk fremgangsmåte og vurderinger av forskningens kvalitet.

4.1 Forskningsstrategi

Oppgaven ser på samarbeid i helsefelleskap og interkommunal samhandlingskoordinator rolle. Å beskrive et fenomen ved kvalitativ forskning, kan benyttes når formålet er å kartlegge bakgrunnen for konkrete fenomener, å beskrive konsekvensen av forskjellige fenomener eller beskrive relasjonen mellom forskjellige fenomener (Johannessen, et al., 2020, s. 52).

Oppgaven tar sikte på å belyse og få forståelse om en omfattende problemstilling. Kvalitative studier egner seg til å gi forståelse, innsikt og utforske områder (Tjora, 2021, s. 36).

4.2 Case som forskningsdesign

Jeg har valgt casedesign med helsefelleskap og interkommunal samhandlingskoordinator som case. Caset er studert gjennom 5 enheter, for å analysere interaksjonen i samarbeidet i helsefelleskap og hvilke roller den interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere.

Casedesign er studie av det spesifikke og egner seg godt til å studere de nye helsefelleskapene og interkommunal samhandlingskoordinator. Casestudier gir anledning til å gå i dybden på en case for å få et helhetlig og virkelighetsnært perspektiv (Yin, 2018, s. 5). Oppgaven søker å forstå og bidra til innsikt inn i en kompleks samarbeidskonsultasjon som både består av nasjonal strategi og lovpålagt samarbeid, men samtidig kan fremstå uklar i fht roller og myndighetsnivå. Ved en casestudie innhentes mye informasjon om casen og casen studeres i en sammenheng. Casedesign er egnet til å se på prosess, hvorfor eller hvordan noe skjer, samt forståelse av hvorfor det skjer (Johannessen, et al., 2020, s. 215). Det er anvendt en holistisk tilnærming, ved at de kommunale informantene sees som en helhet og en analyseenhet. Helsefelleskapene er nye og så også rollen som interkommunal samhandlingskoordinator i det samarbeidet. Å undersøke noe nytt kan både gi ny innsikt, samt fange opp hendelser som er vanlig i en slik setting. Det er studert inn et miljø, som ikke har vært tilgjengelig tidligere, og

det hadde vært interessant å studere casen over tid. Oppgavens omfang har ikke åpnet opp for å se på samme case flere ganger. Case kan også benyttes som en pilot for ytterligere forskning (Yin, 2018, s. 53).

4.2.1 Utvalg

For å inneha dybdekunnskap om hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller, må en ha innehatt funksjonen over noe tid. Utgangspunktet for utvelgelse av informanter til kvalitative undersøkelser er ikke representativitet, men hensiktsmessighet (Johannessen, et al., 2020, s. 58). Gjennom deltagelse i nasjonalt nettverk for helsefelleskap har jeg oversikt over aktuelle personer nasjonalt. Utvelgelsen av informanter er gjort på bakgrunn av en antagelse om at informanten har erfaringsbasert kunnskap som er relevant for problemstillingen. Utvalget fyller kriteriebestemt utvelgelse ved at de formelt har opprettet helsefelleskap og samarbeidet i tråd med føringer over noe tid, de innehar stilling som interkommunal samhandlingskoordinator og har hatt stillingen over tid, og jobber på vegne av flere kommuner og regioner. Informantene har ulike formell bakgrunn, fire av informantene har helsefaglig bakgrunn og en av informantene har administrativ utdanning. De har ulik alder og kjønn. Utvalgsstørrelse bør ifølge Johannessen m fl være slik at det ikke fremkommer ny informasjon under intervjuene og en har nådd datametningspunktet (Johannessen, et al., 2020, s. 74). Grunnet oppgavens omfang stoppet jeg på fem informanter.

4.2.2 Datainnsamling ved intervju

Intervju er en del av datainnsamlingsmetoden i casestudier. Kvalitative intervjuer er egnet for å innhente fyldige og detaljerte beskrivelse av en gitt problemstilling. Intervjuene har hatt en semistrukturert form der spørsmålene var forberedt i intervjuguide. En viss grad av struktur i spørsmålene vil være nødvendig for å kunne sammenlikne svarene og lete etter mønster i datamaterialet, og finne svar på problemstillingen (Johannessen, et al., 2020, s. 108).

Intervjuguiden var utarbeidet i forkant, med utgangspunkt i de teoretiske rammeverkene til McNamara og Ansell og Gash (tabell 1 og 2). Avslutningsvis hadde jeg et åpent spørsmål om informantene hadde ytterligere opplysninger. Jeg hadde et spørsmål om opplevelsen av intervjuet, for mulighet til å justere fortløpende ved behov. Justering var ikke nødvendig, og

alle fem intervjuene ble gjennomført etter samme intervjuguide. Informantene ble kontaktet pr mail med kort informasjon om meg, studiet, oppgaven og forespørsel om å delta. Alle de forespurte informantene takket ja til å delta. Informantene fikk tilsendt informasjonsskriv (vedlegg 3) i forkant. Informantene signerte samtykkeerklæring, som ble gjennomgått i intervjuet før opptaket startet. Det er gjort lydopptak av intervjuene. Intervjuene varte 1,5 time og ble avholdt på den digitale plattformen teams. Digital gjennomføring ble valgt grunnet pågående pandemi, men også geografisk avstand til informantene. Jeg hadde i forkant av intervjuene kun hatt dialog, digitalt, med en av informantene før. Intervjuene er transkribert. Tillatelse til å benytte sitater i oppgaven er avklart med informantene.

4.2.3 Datainnsamling ved dokumentdata

Bruk av data som er produsert for et annet formål enn forskning kalles dokumentstudier (Tjora, 2021, s. 195). Tilfanget av data om temaet er stort, så de mest sentrale dokumentene for oppgaven er valgt, som formelle avtaler, aktuelle presentasjoner av samhandlingsstrukturen og mandat til interkommunal samhandlingskoordinator for helsefellesskapene deltagende i studien. Søk er begrenset til offentlige dokumenter, evalueringer og organisering av Helsefellesskapene via nettsidene til helseforetak, regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Lovdata og KS. I tillegg er det gjort systematisk litteratursøk i relevante databaser for å skaffe oversikt over kunnskapsstatus på feltet.

Oversikt over datautvalg og innhentningsmetoder vises i tabell 3, vedlegg 1.

4.3 Bearbeiding av data og analyse

Spørsmålene i intervjuguiden er todelt. Del en er utarbeidet med spørsmål som tar utgangspunkt i kjennetegn ved kategoriene cooperation, coordination og collaboration i McNamaras rammeverk. Del to er utarbeidet med spørsmål som tar utgangspunkt i egenskaper og strategier ved lederrollene i Ansell og Gash sitt rammeverk. Deretter er de teoretiske rammeverkene benyttet som analyseverktøy, ved at informantenes svar er systematisert inn der det passer utfra kjennetegn, strategier og egenskaper i rammeverkene. Så er alle informantenes svar sammenstilt inn i et felles analyseverktøy, og på den måten har jeg

fått oversikt over hvordan informantenes svar fordeler seg på kjennetegn, strategier og egenskaper i de teoretiske rammeverkene.

4.4 Kvalitet i forskningen

Studiets pålitelighet er ivaretatt ved at sammenhengen for casen og hvordan de teoretiske rammeverkene er benyttet, er presentert og fremgangsmåte for datainnsamling og prosedyrene som er fulgt i studiet er beskrevet. Casestudier er studier av det virkelighetsnære og vil være i stadig bevegelse, og som forsker vil min rolle og min tolkning være av betydning for studiets pålitelighet og muligheten for å kunne reprodusere konsistente konklusjoner. Observasjonene er verdiladet og avhengig av sammenhengen de studeres i (Johannessen, et al., 2020, s. 250). Fremgangsmåten er transparent, vurderinger og valg har tatt utgangspunkt i de teoretiske rammeverkene og kan etterprøves, og det vurderes at pålitelighet er ivaretatt i studiet.

Jeg har forsket i eget arbeidsfelt og har vært særlig oppmerksom på at jeg ikke søker støtte for egne synspunkter. Under intervjuene la jeg til rette ved å unngå å kommentere underveis, slik at informantene ga uttrykk for egne syn og refleksjoner. Spørsmålene var åpne og jeg stilte kun oppfølgingsspørsmål på konkrete avklaringer, ikke for å dytte i noen retning eller ved å vise ekstra interesse for noe informantene sa. Å forske i eget arbeidsfelt kan også være en styrke. For at kvalitative forskere skal kunne forstå fenomenet er det en forutsetning at de opplever og er nære fenomenet selv og er i den konteksten fenomenet oppstår i (Mehmetogul, 2004, s. 19).

Vurdering av studiens troverdighet handler om hvorvidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke, og hvorvidt forskernes fremgangsmåter og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen, et al., 2020, s. 250). Oppgaven har tre forskningsspørsmål, som belyses i analysen. Studiets troverdighet er økt ved kriteriene som er satt for informantene, ved at de er flere som innehar samme rolle, samt at de ved å ha innehatt stilling over tid, kjenner kontekst og derav har god mulighet til å forstå fenomenet. Studiets troverdighet kunne vært forsterket ved å undersøke fenomenet i ulike settinger ved å ha intervjuet personer i relasjon med interkommunal samhandlingskoordinator og ved å tilbakeføre resultatene til informantene. Innenfor rammen

av denne oppgaven har det ikke vært mulig. En kvantitativ metode kunne vært benyttet for datainnhenting og gitt mulighet for å spørre interkommunal samhandlingskoordinator nasjonalt, og alle aktører i felles samhandlingssekretariat i landets helsefelleskap. Det ville dog ikke gitt samme rike og detaljerte informasjon om fenomenet og dermed ikke bidratt til samme kunnskap og forståelse av fenomenet.

Det er en begrensning ved studiet at det kun er den interkommunale samhandlingskoordinator som er intervjuet. Det hadde vært interessant å få vurderingen av rollen fra spesialisthelsetjenestens ansatte i samhandlingssekretariat. Samtidig har oppgaven hatt kommunalt fokus og søkt forståelse av hvilke roller den interkommunale samhandlingskoordinator spiller i samarbeidet i helsefelleskapet og hvilke roller som kan ha betydning for interaksjonen i samarbeidet.

Gyldigheten er synliggjort gjennom sammenhengen mellom formålet med forskningen og hvordan data er innhentet, både gjennom dokumentdata og dybdeintervjuer. Det er valgt kvalitativ forskningsmetode for å få kunnskap og forståelse om et fenomen i en kompleks kontekst. Jeg anser datagrunnlaget egnet for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Utvelgelse av informanter er avgjørende. Det oppleves at informantene er troverdige, og at de fritt har gitt sine fylldige beskrivelser gjennom intervjuene. Samtidig kunne et bredere utvalg belyst flere sider av problemstillingen. Tidsbegrensninger var avgjørende for valg av utvalg.

Overførbarhet handler om forskningsprosjektet kan overføres til liknende fenomener (Johannessen, et al., 2020, s. 251). Som nevnt innledningsvis, har staten de senere årene etablert ulike samarbeid for å løse komplekse utfordringer på flere områder. Studien gir nyttig kunnskap om ulik interaksjon i samarbeid og hvilke lederroller operativ leder av samarbeid spiller og hvilke roller som kan ha betydning for interaksjonen i samarbeid. Funnene kan ha betydning og overførbarhet til andre samarbeid mellom stat og kommune og der flere kommuner skal samordnes inn i samarbeid. De fylldige beskrivelsene av fenomenet styrker overførbarheten. Selv om funnene ikke kan generaliseres, bidrar de med økt innsikt

om forutsetninger som er avgjørende for økt interaksjon og roller som skal samordne kommuner i samarbeid.

Opplysningene omhandler noen få sekreteriat og er behandlet med varsomhet slik at de ikke er gjenkjenbare. Alle opplysninger er behandlet i henhold til Oslo Met sine retningslinjer for behandling av personopplysninger, og søknad om gjennomføring av prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata.

5. Analyse

Kapitelet har som mål å analysere og belyse oppgavens problemstilling, hvor tett samarbeidet mellom helseforetak og kommuner er i de nye helsefelleskapene, og hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere?

Analysekapitelet inndeles etter de tre forskningsspørsmålene.

5.1 Hvor tett er interaksjonen i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene?

Analysen tar utgangspunkt både i dokumentdata og intervju. For å vurdere hvor tett samarbeidet er mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene, vil jeg benytte McNamara sitt rammeverk for samarbeid der kategoriene cooperation, coordination og collaboration sees som en fortløpende sammenheng, med økt interaksjon langs ulike dimensjoner, mellom de samarbeidene. Spørsmålene i intervjuguiden er laget på bakgrunn av kjennetegn ved hver av kategoriene i rammeverket. Informantenes svar er systematisert under kjennetegnene ved de tre kategoriene på alle dimensjonene. Samarbeid vil ha elementer av alle kjennetegnene ved dimensjonene og det er glidende overganger mellom interaksjonen på kategoriene. Alle dimensjonene er heller ikke like fundamentale for organisasjonen som inngår i samarbeidet ved at økt interaksjon lettere kan oppnås ved enkelte (McNamara, 2012, s. 391). Helsefelleskapene skal jobbe sammen for å skape en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste og utvikle tjenester til fire prioriterte pasientgrupper, og utfra kategoriene til McNamara vil viljen til slik tett samarbeid sees best under nivået collaboration. Analysen beskriver først kjennetegn for hver dimensjon, så hovedtendens under dimensjonen, spørsmål som er stilt, og funn.

5.1.1 Design

Design defineres som den administrative strukturen som skal støtte den felles innsatsen for samarbeidet (McNamara, 2012, s. 392). Under cooperation opprettholder organisasjonen sine uavhengige strukturer. Under coordination opprettholdes også egen struktur, men det sees strukturelle sammenkoblinger mellom samarbeidsaktørene. I collaboration skjer det en utvikling der aktørene i felleskap ser på ordninger for å dele makt for å ivareta felles interesser (McNamara, 2012, s. 393).

Organisasjonsstrukturen i helsefellesskap forstås som hvordan den samarbeidende organisasjonen er bygd opp. Med strukturelle sammenkoblinger forstås hvorvidt organisasjonene i helsefellesskapene har koblet organisasjonsstrukturen sin sammen. Jeg har gjennom dokumentanalyse og intervjuene forsøkt å avdekke om det er gjort endringer i organisasjonsstrukturen i helseforetak og kommuner etter opprettelse av helsefellesskap og om de har inngått organisatoriske sammenkoblinger.

Analysen viser at for dimensjonen design er cooperation mest beskrivende for helsefellesskapssamarbeidet. Det er imidlertid etablert noen strukturelle sammenkoblinger, som de faglige samarbeidsutvalgene er eksempler på, som tilsier innslag av coordination. Det er derimot ingen strukturelle koblinger som tilsier tett interaksjon på nivå med collaboration.

I dokumentanalyse er overordnede samarbeidsavtaler og øvrige strategidokumenter i helsefellesskapene gjennomgått, og avdekker at organisasjonene opprettholder uavhengige strukturer på nivå med cooperation. Det bekreftes av informantene at samarbeidet i helsefellesskapene i hovedsak foregår innenfor egen organisasjonsstruktur og dreier seg om felles deltagelse på de opprettede møtearenaene

Vi bygger hele rammeverket vårt, altså vi bygger hele samarbeidet vårt på de lovpålagte avtalene, og de nasjonale kriteriene, og formelle møtearenaer. (informant)

På spørsmål om hvordan samarbeidet i helsefellesskapene er organisert, beskriver informantene at de i sine helsefellesskap har opprettet samarbeidsstruktur på tre samarbeidsnivåer i tråd med avtale om helsefellesskap, i form av møtearenaer på overordnet, strategisk og faglig nivå. De har strukturelle sammenkoblinger på administrativt nivå, men ikke tjenesteyting. Videre beskriver fire av fem informanter at de på de faglige møtearenaene i helsefellesskapet har eller er i startfase av å opprette samarbeid om konkrete pasientforløp. Det faglige samarbeidsnivået skal jobbe med fire prioriterte pasientgrupper og komme med forslag på konkrete pasientforløp. Her sees innslag av nivået coordination utfra hvordan informantene beskriver planlegging og iverksettelsen av arbeidet og at de er i startfasen på å opprette strukturelle koblinger mellom kommuner og sykehus.

Det er så nytt område for kommunene, å jobbe i så tett samarbeide med sykehuset, både at kommunene skal jobbe sammen på dette området, sånn systematisk og at de skal jobbe sammen med sykehuset. (informant)

Nivået collaboration betinger at organisasjonene deler makt for å adressere felles interesser i samarbeidet. McNamara beskriver at organisasjonene vil sameksistere og deltagerne vil være gjensidig avhengige for å løse problemer. Makt kan for eksempel deles gjennom lik representasjon og stemmerett (McNamara, 2012, s. 393). Helsefellesskapene har gjennom inngåtte samarbeidsavtaler definert hvordan makt deles, ved representasjon og konsensusprinsipper, i tråd med McNamara sin forståelse. Det vurderes dog at det ikke sees innslag av en sameksistens i helsefellesskapene for å adressere felles interesser, på nivå som kjennetegner collaboration.

5.1.2 Avtalens formalitet

Avtalens formalitet defineres som at roller og ansvar til hver deltagende organisasjon i samarbeidet er definert (McNamara, 2012, s. 393). Innenfor cooperation er samarbeidet kortsiktig og ved uformelle avtaler, for å øke individuelle interesser. Under coordination inngås formelle avtaler for å nå mål som passer organisasjonenes interesser. Ved collaboration er det både formell og uformell avtaler for å utvikle roller og ansvar i fellesskap (McNamara, 2012, s. 393).

Analysen viser at samarbeidet kjennetegnes av kategorien coordination på dimensjonen, ved at deltagerne formaliserer sitt samarbeide for å nå mål som er kompatible med egen organisasjons interesser. Jo høyere nivå av forpliktelse i samarbeidet, jo mer formelle er strukturer og prosesser (McNamara, 2012, s. 393). Det vurderes å samsvare godt med det formelle nivået på den tredelte samarbeidsstrukturen i helsefellesskap. Det kommer i liten grad frem gjennom dokumentanalyse eller gjennom intervjuene at det er avtaler for å nå organisasjonenes interesser eller at roller og ansvar er utviklet i fellesskap, og analysen viser ikke innslag av nivået coordination og collaboration under dimensjonen.

Informantene er spurt om hva de har gjort med avtalestrukturene etter inngåelse av helsefellesskap. Alle informantene svarer at det er opprettet formelle avtaler mellom helseforetak og kommuner, og viser til de lovpålagte avtalene som er inngått.

*Ja det er opprettet samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner siden det ble lovpålagt. Og det er tilpasset og justert til helsefellesskapsstrukturen. Men vi var veldig opptatt av å beholde det som fungerte bra i den gamle strukturen da.
(informant)*

Når det gjelder avtaler om opprettelse av helsefellesskap og forventingene til måten å jobbe sammen på, varierer det hvilke avtaler som er inngått. En av informantene beskriver at de har justert avtaler og samarbeid for å forsøke å møte forventingene slik de er beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Dokumentanalysen viser at fire av de fem helsefellesskapene har revidert overordnet samarbeidsavtale for å imøtekomme føringer og opprettet formelt helsefellesskap. Det helsefellesskapet som ikke har revidert samarbeidsavtalen, har vedtatt strategi for helsefellesskapet og formalisert samarbeidet der. Alle helsefellesskapene med unntak av et har beskrivelse for felles samhandlingssekretariat i helsefellesskapet, enten som eget mandat eller som del av annen avtale. De samarbeidende kommunene har løst mandat for interkommunal samhandlingskoordinator ulikt. En informant har sitt mandat beskrevet som oppgavene til en funksjonen som del av avtale om interkommunalt helsesamarbeid, et helsefellesskap har en egen driftsenhet mellom kommuner og helseforetak og beskriver funksjonen der, en informant har eget mandat for sin funksjon og to av informantene har ikke mandat.

5.1.3 Organisatorisk autonomi

Hvor uavhengige organisasjonene opererer og i hvilken grad de har avgitt myndighet til samarbeidet eller opprettholder egne autonomi, beskriver graden av interaksjonen mellom dem. I cooperation opprettholder organisasjonen egen autonomi og organisasjons mål kan nås på egenhånd, men enkelt ansatte velger å jobbe sammen da det oppleves hensiktsmessig. Innenfor coordination opprettholdes delvis autonomi, det er behov for bidrag fra andre for å nå organisasjonens mål og samhandlingsmekanismer pålegges ovenfra. I collaboration avgis noe myndighet til samarbeidet for å utvikle samhandlingsmekanismer i fellesskap (McNamara, 2012, s. 394).

Analysen viser, basert på informantenes svar og dokumentanalysen, at organisasjonene beholder full autonomi i helsefellesskapene og at samarbeidet samsvarer med kategorien cooperation i rammeverket.

Informantene er spurt om organisasjonene har avgitt myndighet på vegne av hverandre eller opprettholder autonomi. Informantene beskriver at kommuner og helseforetak opprettholder autonomi i samarbeidet. Samtidig oppgir informantene at det sees interaksjon der deltagerne avgir en viss autonomi til helsefellesskapsordningen, slik at det kan etableres felles formål og retningslinjer å styre etter.

Hva tenker dere om å etablere et samarbeid? Og da sitter jo fagrådet der med en representanter fra sykehus og kommuner, en helt transparent representasjon, og så gjør de et felles vurdering på det. (informant)

McNamara beskriver at jo mer myndighet organisasjonene i samarbeidet har avgitt til samarbeidet, jo mer sammenkoblet kan de være og det kan igjen øke deres vilje til å jobbe for fellesskapet (McNamara, 2012, s. 394). Helsefellesskapsmodellen forutsetter at lar seg representere, men er en konsensusbasert modell. Kommunene har organisert seg i ulike samarbeid og lar seg representere inn på møtearenaene av de representantene som er valgt fra kommunene i helsefellesskapet og interkommunal samhandlingskoordinator. I samordningen av kommunene skjer et forankringsarbeid i forkant slik at representantene målbærere synet til kommunene inn på møtearenaene. Fire av fem analyseenheter har beskrivelse av kommunalt samarbeid for samordning. Konsensusprinsipp og betydningen av forankring kommer tydelig frem gjennom informantene.

Det betyr jo ikke at myndigheten er flyttet, det betyr jo bare et sterkere krav til at man har gode samarbeidsstrukturer bakover i baklandet. Det kommer jo ikke frem av helsefellesskapsmodellen, men det er jo en forutsetning. Istedenfor å stille med 20 mann, så stiller man med 4, og det fordrer jo at de knytter relasjoner bakover. (informant)

Analysen viser ikke at det er avgitt myndighet til samarbeidet for å utvikle samhandlingsmekanismer i felleskap, som tilsvarer med nivået collaboration.

5.1.4 Nøkkelpersonell

Med nøkkelpersonell menes personell fra organisasjonene som deltar i og har ansvar for implementeringen av samarbeidet. I cooperation er det samarbeidet mellom ansatte uten å involvere ledere, de samarbeidende mangler formel autoritet og instruksjonsmyndighet. I coordination er samarbeidet drevet av pålegg og høyt nivå i organisasjonene, mens under collaboration er det drevet av personer på ulikt nivå i organisasjonene og ledelsen innehar en nøkkelrolle i implementering (McNamara, 2012, s. 394). Jeg forstår McNamara slik at samarbeidet drevet av pålegg, betyr styring fra nasjonale myndigheter.

Analysen viser at under dimensjonen nøkkelpersonell har helsefelleskapene samarbeid blant ansatte på lavt nivå, cooperation og ved pålegg, coordination. Hovedvekten av samarbeidet er dog besluttet på høyt nivå i organisasjonene, så den dominerende kategori er coordination. Analysen viser ikke deltagelse av nøkkelpersonell som samsvarer med kjennetegn på collaboration.

Informantene er spurt om hvilke nøkkelpersonell som deltar i helsefelleskapet og om helsefelleskapet har ansatte som jobber sammen. Informantene har svart at nøkkelpersonellet som deltar i stor grad er aktører fra øverste ledelse ved helseforetak og kommuner på de formelle møtearenaene og at det er drevet av pålegg ved de inngått samarbeidsavtalene. Det er opprettet felles samhandlingssekretariat, der partnerne deltar inn med representanter fra hver organisasjon. For kommunenes del er interkommunal samhandlingskoordinator fast representant og for sykehuset er samhandlingssjef fast representant.

Det er basert på møter og faste representanter i tråd med samarbeidsavtalene.

Helsefelleskapene skal etablere faglige samarbeidsnivå. Informanten beskriver at de faglige samarbeidsnivåene er opprettet, men det er ulikt hvordan de er organisert. Mandatet er å lage gode pasientforløp.

Det er representanter fra både kommuner og helseforetak som jobber sammen da, med hovedmål og lage gode pasientforløp. Så da blir det jo at en jobber til felles beste, men en er ikke inne i sykehus fra kommune og omvendt. (informant)

Det vurderes at samarbeidet er drevet av pålegg og høyt nivå i organisasjonene, samsvarende med nivået coordination.

I tillegg sees initiativ til samarbeid mellom ansatte på lavt nivå i organisasjonene fordi de opplever det nyttig for eget arbeid, gjennom arbeidsgrupper, piloter og prosjekter. Selv om initiativet kommer nedenfra, er ofte initiativene vedtatt på høyt nivå og formalisert. Slikt samarbeid sees for eksempel mellom kreftkoordinatorerne i kommunene og palliative team fra helseforetaket. Det samsvarer med nivået cooperation i rammeverket, ved at det oppstår blant de ansatte på lavt nivå i organisasjonene og de samarbeidene har ingen formell myndighet.

5.1.5 Informasjonsdeling

Dimensjonen kjennetegnes av i hvilken grad de deltagende organisasjonene produserer og deler informasjon som er nødvendig for å nå felles mål. Innenfor cooperation deles enkel informasjon gjennom uformelle kanaler. I coordination deles informasjon gjennom formelle kanaler, innad og mellom organisasjonene. I collaboration er det åpen og hyppig kommunikasjon mellom deltakerne i formelle og uformelle kanaler (McNamara, 2012, s. 395).

Analysen viser at for dimensjonen informasjonsdeling, er kategorien coordination mest fremtredende. Informasjonsdelingen i helsefelleskapene er via formelle kanaler, som referater, vedtak og helseforetakenes hjemmesider. Blant de som er involvert i arbeidet med helsefelleskapet og i direkte pasientrettede arbeidet, sees innslag av collaboration i informasjonsdelingen, ved hyppig kommunikasjon både gjennom formelle og uformelle kanaler.

På spørsmål om hvordan informasjonsdeling foregår, svarer informantene at det i all hovedsak er gjennom formelle kanaler, referater og sakspapirer til deltagerne. Enkelte av helsefelleskapene distribuerer informasjonen på helseforetakets hjemmeside. Det beskrives utfordrende å nå kommunene med informasjonen. En av informantene sier:

Det er litt utydelig for meg, den linjen ut til kommunene. Jeg tror det stopper en del informasjon. (informant)

Også en annen informant beskriver informasjonsdelingen som et svakt punkt, og at inngåtte avtaler ikke er kjent i organisasjonene og skaper utfordringer i samarbeidet om pasientflyt.

Jeg tror ikke at det er det at en ikke stoler på kommunen. Jeg tro det handler om at en ikke forstår sin rolle. Og jeg tror at avtalene ikke er godt nok kjent for de som jobber nærmest pasientene. (informant)

Flere av informantene gir uttrykk for ønske om bedre informasjonsdeling, men fremholder manglende ressurser og kapasitet er årsak til at en ikke tar tak i det. Informasjonsdelingen til og om helsefellesskapet er via formelle kanaler og kategorien coordination.

Samtidig sees innslag av collaboration. Kommuner og helseforetak har kommunikasjon via norsk helsenett, i det direkte pasientrettede arbeidet. Kommunikasjonen er hyppig og både via formelle kanaler, elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger, og mer åpne kanaler som telefonisk dialog. Informantene beskriver hvordan de bidrar til dialog gjennom formelle og uformelle kanaler med ansatte i kommunene og på sykehus og representantene på de ulike samarbeidsnivåene. Informasjonsdelingen foregår i stor grad til og mellom representantene som deltar i de ulike samarbeidsnivåene og møtearenaene, men også mot baklandet.

Da inviter vi til møter og dialog, for de ansatte i organisasjonene. Jeg håper vi kan få til mer sånn, å gå i takt og i alle fall snakke sammen og høre hverandre. (informant)

Så vi legger til rette for dialog for alt mellom de som skal lage gode behandlingslinjer, og til saksutredninger og informasjon til politisk nivå. (informant)

Åpen dialog, gjennom formelle og uformelle kanaler i collaboration handler om å nå felles mål. Det vurderes at det er innslag av collaboration mellom enkelte ansatte i helsefellesskapene, men informasjonsdelingen fremstår tilfeldig og lite målrettet.

5.1.6 Beslutningstaking

Beslutningstakingen beskrives som måten det oppnås konsensus for å komme videre med å implementere de mål en har satt for samarbeidet. I cooperation tas beslutningene av hver aktør i samarbeidet for å oppnå egen organisasjons mål, mens det på nivået coordination er

sentralisert beslutningstaking og ved collaboration tas beslutninger om samarbeidet i felleskap av deltagerne i samarbeidet (McNamara, 2012, s. 396). Jeg forstår McNamara her som at sentralisert beslutningstaking viser til avgjørelser som tas av nasjonale myndigheter eller aktører opprette av dem. Flere beslutninger i helsefellesskap styres av lovverk, pålegg og overordnet myndigheter. Deltagende beslutninger forstås som beslutninger som tas av deltagere i helsefellesskapet.

Kommuner og helseforetak er underlagt overordnet styring og kontroll fra myndighet og beslutningstaking er derav på nivået coordination i helsefellesskapene. Analysen viser at helsefellesskapene også tar beslutninger om samarbeidet i felleskap, som ikke er styrt, og dimensjonen vurderes å ha innslag av collaboration.

Informantene er spurt om hvordan beslutningstakingen i helsefellesskapet foregår, hva som er interkommunal samhandlingskoordinator sin rolle og om de opplever om noen har større innflytelse enn andre i beslutningstakingen. Jeg har også spurt om hvordan det besluttes hvilke saker som skal på agendaen i helsefellesskapets møter og om det er det noen som er spesielt aktive med tanke på å få saker opp på dagsorden?

På enkelte områder er det uenighet mellom helseforetak og kommuner om hva som er utfordringene helsefellesskapet skal samarbeide om eller hvem som har ansvar for hva. En informant beskriver at de fikk først gehør for å arbeide med en utfordring da kommunene truet med å klage til statsforvalter, og er et eksempel på at helsefellesskapene er underlagt overordnet styring.

Videre beskriver informantene en formell, men deltagende beslutningstaking, basert på saksutredning og saksfremlegg fra felles samhandlingssekretariat, før beslutning i de formelle møtearenaene. For at det skal kunne tas beslutninger i helsefellesskapene er det en forutsetningen at interkommunal samhandlingskoordinator har samordnet baklandet, slik at kommunenes representanter kan ta konsensusbeslutninger. Når det gjelder innflytelse over hvilke beslutninger det tilrettelegges for, foregår det ifølge informantene dragkamper om

hvilke saker som skal fremlegges helsefellesskapet for beslutning og felles samhandlingssekretariatet kan inneha definisjonsmakt i forhold til hvilke saker som fremmes.

Jeg mener at samhandlingssekretariatet i liten grad skal styre hvilke saker som skal opp, man skal heller styre hvordan og når. (informant)

Da erfarer man at det kan være tungt å komme forbi felles samhandlingssekretariat, å få fremmet en sak. Fordi da opplever man det som en portvakt, nei dette er ikke noe problem, det kan man bare ta ute i klinikken, trenger jo ikke diskutere dette på strategisk nivå. (informant)

Interkommunal samhandlingskoordinator forsøker i forkant av beslutnings saker å koordinere og samordne baklandet, forankre og sørget for innflytelse på flere nivå. Interkommunal samhandlingskoordinator ser at det er ulikt i hvilken grad kommunene engasjerer seg, slik at de kommunene som aktivt deltar i saksforberedelser ofte har mer innflytelse ved at de gir innspill til sakene. Som en informant sier:

Noen kommuner har liksom satt det bort til oss. (informant)

Informantene peker på ressursene og kapasitet er en utfordring for de sakene som kommunene ønsker å løfte inn til helsefellesskapet og hvor det trengs å saksutreders før dette gjøres.

Hvis det er ukoordinert, ikke er nok ressurser til å få dette frem som en sak for eksempel, så blir det ikke satt på dagsorden. (informant)

Det vurderes at beslutningene i helsefellesskapene også er deltagende og på nivå med collaboration i McNamara sitt rammeverk. Interkommunal samhandlingskoordinator beskriver gjennom intervjuene at de legger opp til at strategisk samarbeidsutvalg skal drøfte og beslutte. Også diskusjoner i felles samhandlingssekretariat viser deltagelse fra helseforetak og kommuner for å fremme saker for beslutning.

5.1.7 Løsning av fagspesifikke områder

Dimensjonen omhandler i hvilken grad det er felles prosess for problemløsning mellom organisasjonene i samarbeidet av fagspesifikke områder, forstått som hver organisasjons fagspesifikke domene. På nivået cooperation løses fagspesifikke områder uavhengig av hverandre. På nivået coordination benyttes en nøytral fasilitator for å bidra til å løses

fagspesifikke områder. Under collaboration beskrives en interaksjon der aktørene jobber sammen om problemløsning (McNamara, 2012, s. 396).

Analysen viser at dimensjonen samsvar med nivået cooperation vet at det i liten grad er felles problemløsning og organisasjonen jobber uavhengig med fagspesifikke områder for å unngå konflikt. Samtidig sees det innslag av collaboration ved dimensjonen, innenfor de faglige samarbeidsnivåene, der jobber aktørene sammen om problemløsning.

Informantene er spurt om hvordan de samarbeider om og løser fagspesifikke områder i helsefelleskapet. Helsefelleskapene så vidt er i gang med å se på samarbeid innenfor de fire prioriterte pasientgruppene. Initiativ kommer enten fra kommuner eller sykehus, som løfter opp fagområder de ønsker å samarbeide om. Det er eksempler på at slik engasjement fra fagmiljøene der en ser nye og gode samarbeidsformer, kan strande dersom det blir spørsmål deling av ressurser. Resurser til de som skal jobbe med å se på samarbeidsområdene er og begrenset, som en informant sier:

Det er jo en utfordring med hele helsefelleskapet, at alle som er med, med unntak av noen få frikjøpte stillinger skal gjøre dette i tillegg til vanlig jobb. Så kan en jo spørre seg om det er en del av den vanlige jobben? (informant)

En informant beskrives at kommunene *kjemper til seg* ledervern for enkelte av de faglige samarbeidsutvalgene, for å få nødvendig innflytelse på arbeidet. Det kan forstås som resultat av at det i liten grad er felles problemløsning, og i større grad handler om å tilkjempe seg goder eller unngå byrder?

Og det har vært viktig for oss på kommunesiden og få ledervervet. De to første årene. Og det er fordi, det blir viktig å få til myndiggjøringen på kommunesiden. (informant)

Flere av informantene mener felles virkelighetsforståelse mellom partnerne er avgjørende for å enes om hvilke utfordringer eller problemområder det faktisk er, helsefelleskapet skal jobbe med. Det samsvar med nivået cooperation der det er liten grad av felles problemløsning og organisasjonen jobber uavhengig med fagspesifikke områder for å unngå konflikt.

På den annen side beskriver interkommunal samhandlingskoordinator at de i helsefellesskapene har større fokus på felles problemløsning, tilsvarende nivået collaboration, særlig i arbeidet med de fire prioriterte pasientgruppene.

Skal vi tenke annerledes? Skal vi gjøre noen større grep? (informant)

*Altså vi kan ikke la samhandlingen stoppe eller prosjektene. Nå har vi valgt å fokusere på de fire prioriterte gruppene og etablere faglig samarbeid for de gruppene.
(informant)*

*Så nå har vi landet på at det er mye viktigere å ha gode arbeidsprosesser, enn bred representasjon. Så nå jobber jeg for at vi skal sikre forankring, få inn baklandet og ha gode innspills samlinger, workshops og arbeidsmetodikk som sikrer involvering.
(informant)*

Sitatene viser at helsefellesskapene er i gang med prosess for felles problemløsning og at interkommunal samhandlingskoordinator spiller en rolle i å fasilitere, for interaksjon der aktørene jobber sammen, tilsvarende nivået collaboration.

5.1.8 Ressursallokering

Dimensjonen ser på i hvilken grad organisasjonene bidrar med ressurser til samarbeidet. Innenfor cooperation er det ingen sammenslåing av ressurser, mens under coordination samles ressurser for å nå individuelle mål og under collaboration slås ressursene sammen for å utnytte personell, kompetanse og finansiering for å nå felles mål (McNamara, 2012, s. 397).

I bakgrunns kapitlet beskrives regjering og KS sitt mål med helsefellesskap, der helsefellesskapene skal ta felles ansvar for å levere sammenhengende helse- og omsorgstjenester og det skal ytes helsetjenester sammen i team. Samstyring sees som et spleiselag der alle legger noe i potten, for eksempel penger, ekspertise, lokalkunnskap, og gjennom å bringe ressursene sammen vil aktørene oppnå noe mer i felleskap enn de ville klart hver for seg (Røiseland & Vabo, 2016, s. 22). Føringer og forventinger til samstyring i helsefellesskap, kan samsvare med nivået collaboration, der McNamara beskriver at de samarbeidende organisasjonene ved å *pooling resources* samarbeider for å nå felles mål (McNamara, 2012, s. 397).

Dimensjonen vurderes å ha hovedvekt av samarbeid på nivå cooperation ved at det ikke er noen sammenslåing av ressurser i helsefelleskapene. Helsefelleskapene har opprettet faglige samarbeidsnivå for de fire pasientgruppene, men informantene gir ikke eksempler på at det etter opprettelse av helsefelleskap sees samarbeid der ressurser slås sammen for å nå felles mål, som kjennetegner collaboration.

Informantene er spurt om det er ressursallokering mellom kommuner og helseforetak i helsefelleskap og i tilfelle ja, på hvilke områder og i hvilket omfang? De beskriver i hovedtrekk formelle møtearenaer på de tre samarbeidsnivåene med deling av informasjon om hvordan hver organisasjon jobber og spørsmål om hva det kan samarbeides om?

Vi er på det nivået at vi prøver å finne minste multiplum, om hvor vi kan. Det er svære områder ikke sant, så det er noe med å finne ut hvor vi kan samarbeide? Så vi jobber ikke felles om oppgaver enda. (informant)

Informantene beskriver team der kommunene betaler, og spesialisthelsetjenesten gjør oppgaver i kommunen. Samarbeidsavtaler definerer av hva som er den enkelte partners ansvar, myndighet og hovedoppgaver. Dokumentanalysen avdekket at det kun er to av helsefelleskapene som har en handlingsplan. Ledelse er grunnleggende i samarbeid for å skape tillit og legge grunnlag for felles mening og mål, men også for god kommunikasjon og effektivt kunnskapsdeling (Røiseland & Vabo, 2016, s. 77). Hvilke områder som løftes opp eller avdekkes som områder der en bør ha tettere samarbeide kan virke tilfeldig.

Det ble veldig tydelige at vi har ikke noe tilbud til... pasienter. Det er ikke noe tilbud hverken i kommunene eller på sykehuset. Og det var jo en vekker, hvem er det egentlig som bestemmer hvor vi legger ressursene våre? Så her er det litt tradisjon, litt tilfeldigheter eller nasjonale strømninger. (informant)

To av helsefelleskapene har etablert team der begge partnere har avgitt ressurser for å jobbe sammen om en definert pasientgruppe. Teamene var etablert i forkant av avtalen om helsefelleskap og analyseres derfor ikke ytterligere i oppgaven.

5.1.9 Systemtenkning

Dimensjonen kjennetegnes av i hvilken grad de deltagende organisasjoner tar i bruk en helhetlig tilnærming og benytter strategisk tenkning. Kategoriene skilles igjen på grad av interaksjonen mellom aktørene, der cooperation viser til at det ikke er felles systemtenkning, under coordination så er det felles systemtenkning for å nå individuelle mål, mens det under collaboration er det felles systemtenkning for å nå felles mål (McNamara, 2012, s. 397).

Analysen viser at det i liten grad er felles systemtenkning i helsefellesskapene. Helsefellesskapene har fortsatt partstankegang, fokus på å ivareta egne interesser og nå egne mål, samsvarende med nivået cooperation. Dokumentanalysen av de overordnede samarbeidsavtalene, viser at helsefellesskapene har mål om felles systemtenkning. Informantene gir også noen beskrivelser på at de er i gang med planer og strategier for felles mål, så på enkelte områder sees det innslag av collaboration.

Informantene er spurt om de har felles systemtenkning i helsefellesskapet og om det i tilfelle er for å nå egne mål eller for å nå felles mål. Svarene til informantene viser at det er lite felles systemtenkning i helsefellesskapet, fortsatt partstankegang og definering av oppgaver og ansvar. Et helsefellesskap har i jobben med å etablere seg i de faglige samarbeidsrådene definert at hovedfokuset i oppstarten er å skille på hva som er partenes ansvar og oppgaver.

Det er jo så viktig å definere rollen. Hva er det som er sykehuset rolle og hva er kommunen sin rolle? Akkurat den overgangen mellom tjenestenivåene. (informant)

Dokumentanalysen viser at det kun er et helsefellesskap som utover de lovpålagte avtalene har utarbeidet felles strategi og handlingsplan, og et helsefellesskap har handlingsplan. Målrettet aktivitet i samstyring innebærer organisasjonsprosesser med fastsettelse av mål, virkemidler, strategier og aktiviteter. Av de to handlingsplanene er det kun den ene som beskriver mål, virkemidler og aktiviteter.

Vi snakker ikke samme språk. Vi tror vi snakker om de samme tingene, men det gjør vi ikke. Da blir det vanskelig å jobbe strategisk sammen. (informant)

Det ligger jo i forventningene at en skal ha felles planer og felles strategier, men vi har ikke kommet der ennå, at vi har det. (informant)

De overordnede samarbeidsavtalene har mål om felles systemtenkning. I en av samarbeidsavtalene står det «*helsetjenestene blir utført samordnet på tvers av kommunegrensene og forvaltningsnivåene*», og formålet er altså felles tjenesteyting. I arbeidet med opprettelse av de faglige samarbeidsutvalgene gir informantene beskrivelser av at helsefellesskapene har fokus på å få til felles systemtenkning, tenke nytt og jobbe på nye måter for å utvikle sammenhengende helse- og omsorgstjenester.

I helsefellesskapet tenker vi vi både på bestilling og oppdraget vi har fått, men og innbyggerens beste. (informant)

Noe av det som er utfordrende og som vi øver på å snakke om nå, er at ingen har økonomi til å holde på som før og vi må jobbe sammen på nye måter. Det er jo en øvelse, og der har det skjedd store endringer de to siste årene. (informant)

Vi må øve oss på å snakke. Vi må nærme oss en felles forståelse av at vi må jobbe på nye måter. Samtidig kjenner vi det jo litt i ryggen, at sykehuset er en mastodont, som kjører på. (informant)

Det vurderes at helsefellesskapene både ser behov og har innslag av systemtenkning i fellesskap under arbeidet med og i de faglige samarbeidsnivåene og dermed sees det kjennetegn på collaboration under dimensjonen.

5.1.10 Tillit

Dimensjonen tillit kjennetegnes ved at jo tettere interaksjon i samarbeidet er, jo høyere må graden av gjensidig forståelse og tillit mellom partnerne være om at de jobber for fellesskapet. På nivået cooperation er ikke tillit en nødvendighet, men kan utvikle seg ved at deltagerne deler ærlig informasjon med hverandre. På nivået coordination jobber lederne tett for å skape tillit, og noen grad av tillit er nødvendig. På nivået collaboration er tillit en forutsetning, som det tar tid både å utvikle og opprettholde (McNamara, 2012, s. 398).

Analysen viser at interkommunal samhandlingskoordinator tar en aktiv rolle og jobber for å skape tillit mellom de samarbeidende på nivået coordination. Tilliten beskrives god mellom de som jobber i helsefellesskapet, samtidig sees eksempler på mistro og partstankegang. For å være på nivået collaboration fordres det tillit mellom de samarbeidende organisasjonen og ikke

kun mellom deltakerne i samarbeidsforaene, og det vurderes at helsefelleskapene ikke har den graden av tillit i sitt samarbeid.

Informantene er forespurt om hvordan tilliten i helsefelleskapene er. Informantene svarer ulikt, fra lav grad av tillit til høy grad. Det er mellom de som jobber sammen i helsefelleskapet tilliten oppleves høy. Det samsvarer med funn i evalueringen av samhandlingsreformen, at tillit og gode samhandlingsrelasjoner må bygges over tid og ikke er et resultat av samhandlingsreformen i seg selv, men at reformen kan ha styrket samarbeidet (Forskningsrådet , 2016, s. 52). Informantene gir uttrykk for at samarbeid i helsefelleskap kan ha bidratt til økt tillit mellom partnerne, og at de ser utvikling i retning av økt tillit. Som en informant sier:

Nå som vi har rigget dette systemet og begynner å bruke det konkret på de forskjellige sakene, så ser vi jo at det hjelper og det begynner å bli kjekt. (informant)

Pandemien trekkes frem som en viktig faktor som har bidratt til økt tillit.

Nå ser vi hva vi kan få til når vi må. Det er det der med nød lærer naken kvinne å spinne. Hvis du blir presset, så kommer det ofte frem smarte ting. (informant)

En informant som mener tilliten er lav, sier det er stor grad av partstenking og tilkjempe seg rett, og det virker som frykt for å bli tatt i å gjøre feil. Det oppleves vanskelig å komme i dialog.

Så må en gå sånn kanossagang. Nå er jeg ærlig. Det er avtaler og formelle strukturer, men det er på en måte det spillet som foregår mellom møtene, mellom det strukturelle, det er vel kanskje vel så viktig? (informant)

To informanter trekker frem at ulike styringssystemer og ulike mål, svekker tilliten. I samstyring er tillit en viktig faktor for å nå felles mål og hensikt med samarbeidet (Røiseland & Vabo, 2016, s. 80). Særlig oppgaveoverføring fra sykehus til kommunene, beskrives utfordrende, og sees i lys av likeverdighet eller mangel på likeverdighet.

Det gjelder virkemidlene som er i lovverk, og fravær av finansieringssystemer og mere komplette struktur da, som understøtter hele forløpet og pasientforløpet, det er ikke likeverdige. (informant)

Så det er ikke tilstrekkelig å bare si at vi skal avtalefeste oss fram til bedre samhandling og bedre pasientforløp. Det kommer ikke til å gå. (informant)

Flere av informantene beskriver at det at manglende likeverdighet svekker tilliten. Og de beskriver tillit som nødvendig for å lykkes med samarbeidet om de prioriterte områdene.

For vi sliter med å komme i gang og faktisk få til noe reelt i de faglige samarbeidsutvalgene. Vi må klare å flytte fokuset nedover, sånn at en faktisk kaller en spade for en spade og sier noe om hva er utfordringen her? Når er det vanskelig og når glir det av seg selv?

En informant påpeker at hvis de hadde hatt full tillit, så hadde de kanskje ikke hatt noen av de utfordringene de opplever å ha i pasientflyt. Informantene gir eksempler på forhold som svekker tilliten og bekrefter at helsefelleskapene ikke har den graden av tillit i sitt samarbeid som trengs for collaboration.

5.1.11 Delkonklusjon, hvor tett er samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefelleskapene?

Tabellen oppsummerer funn som belyser forskningsspørsmålet om hvor tett samarbeidet mellom helseforetak og kommuner er i de nye helsefelleskapene. McNamara beskriver at det å benytte rammeverket til empiriske analyser, kan gi nyttig bidrag og forståelse til hvordan dimensjonene kan påvirkes for å oppnå ønsket interaksjonsnivå (McNamara, 2012, s. 399).

Det er, som nevnt, glidende overganger mellom interaksjon på kategoriene cooperation, coordination og collaboration, og tabellen indikerer hvor hovedtyngde av interaksjon plasseres ved sterkere farge, og ingen farge betyr at det sees ingen grad av interaksjon på det aktuelle nivået. Oppsummert sees det flest kjennetegn fra coordination i helsefelleskapene deltagende i denne studien. Det sees og flere kjennetegn fra cooperation. Collaboration er minst fremtredende for samarbeidet i helsefelleskapene i denne studien. Dimensjonene er ikke like fundamentale for organisasjonene og dimensjoner som omhandler avgivelse av

myndigheter eller ressurser er oftere coordinative (McNamara, 2012, s. 399). Det er under de dimensjonen som krever størst felles forpliktelse, ved avgivelse av myndighet og/eller deling av ressurser, at helsefelleskapene har svakest interaksjon.

Basert på antagelse av at collaboration er ønsket interaksjonsnivå, vil jeg i delkapitlet tre, se nærmere på de områdene det vurderes å være innslag av collaboration.

Tabell 4. Kategorisering av empirisk materiale

Element	Cooperation/ Samarbeid	Coordination/ Koordinering	Collaboration/ Samhandling
Design	Innenfor egen organisasjon	Opprette strukturelle koblinger	
Avtalens formalitet		Formelle avtaler	
Organisatorisk Autonomi	Full autonomi		
Nøkkelpersonell	Noe uformelt samarbeid	Drevet av høyt nivå, avtaler	
Informasjonsdeling		Formelle kanaler	Hyppig dialog i formelle og uformelle kanaler
Beslutningstaking		Sentralisert	Deltagende beslutningstaking
Løsning av fagspesifikke områder	Definert ansvarsforhold		Eksempler på felles problemløsning
Ressursallokering	Kun informasjon		
Systemtenkning	Ingen felles systemtenkning		Etablert nå for prioriterte pasient grupper
Tillit		Jobber for å skape tillit	

5.2 Hvilke lederroller spiller interkommunal samhandlingskoordinator i samarbeidet?

Delkapitlet analyserer hvilke roller den interkommunale samhandlingskoordinator spiller i samarbeidet. Analysen tar utgangspunkt i Ansell og Gash sine tre fasiliterende roller for ledelse av samarbeid, forvalter-, megler- og katalysatorrollen. Spørsmålene i intervjuguiden er

laget på bakgrunn av egenskaper og strategier ved hver av rollene. Informantenes svar er kategorisert etter egenskaper og strategier ved de tre lederrollene i rammeverket, og analyseres under hver av lederrollen og funn presenteres. Enkelte forhold som mandat og handlingsrom, anses felles for rollene og som forutsetning for å utøve samarbeidsledelse, og nevnes i dette delkapitlet.

Interkommunal samhandlingskoordinator innehar ikke en formell lederrolle og de har en dobbeltrolle mot kommuner og inn i samarbeidet i helsefelleskapet, beskrevet i kapitel 2. I dokumentanalysen fremkommer det at en informant har eget mandat som interkommunal samhandlingskoordinator, to har mandat innlemmet i beskrivelser eller avtaler for samarbeidet, mens to informanter ikke har eget mandat. Informantene er forespurt om de opplever å ha mandat og myndighet for å fylle sin rolle. Svarene er ikke entydige og varierer utfra hvilke forhold i samarbeidet som berøres. Tre av informantene forteller at det foregår dragkamper og tas beslutninger i felles samhandlingssekretariatet og manglende formalisering av rollene i felles samhandlingssekretariatet vanskeliggjør samarbeidet. Informantene beskriver utfordringer når det gjelder mandat, myndigheten og ressurser.

Hvis vi hadde jobbet etter mandatet vårt, så har jeg jo det. Men når jeg opplever at sakene drøftes og siles i felles samhandlingssekretariat, så opplever jeg nok at jeg ikke har det mandatet jeg trenger.

Nei jeg må vel si at hele myndigheten og handlingsrommet begrenses av kapasiteten.

Informantene opplever å ha stor grad av tillit og handlingsrom fra kommunene de representerer.

Ja jeg opplever å ha myndighet. Men for å gjøre en god jobb er kanskje tillit vel så viktig? Og den tilliten, den tenker jeg en får gjennom å jobbe med folk over tid. Og jo lengere tid, så blir en bedre kjent og vinner mer tillit, kanskje særlig hos de kommunale lederne. Informant 2

Det kommer frem gjennom intervjuene at informantene har kunnskap om helsefelleskap og målsetning, avtaleverk, utfordringer og muligheter. De deltar i nasjonalt nettverk for helsefelleskap. Manglende mandat og myndighet og formalisering av rollen til interkommunal samhandlingskoordinator kan være en faktor både for tillit og likeverd i

samarbeidet i felles samhandlingssekretariat, der det fasiliterende samarbeidets lederskapet i stor grad legger premisser for samarbeidet på de tre samarbeidsnivåene som er opprettet i helsefellesskap. Ansell og Gash fant i sin forskning at ledelse er en av de kritisk variabler for hvorvidt en vil lykkes med samarbeid (Ansell&Gash, 2008, s. 554). Det støttes av Hanssen m fl som finner at i organiserte samarbeid utenfor linje er en velfungerende leder svært viktig og vedkommende må ha både rett kompetanse og egenskaper, samt sikres nødvendig handlingsrom (Holmen & Hanssen, 2013, s. 62), og underbygger behov for å se nærmere på rollen.

5.2.1 Forvalter / Steward

Forvalterrollen etablerer og opprettholder integriteten i samarbeidet, og vil være den som rammer inn mål, sørger for åpenhet og inkludering, og gjennom deltagelse viser sitt pågående engasjement for samarbeidet (Ansell&Gash, 2012, s.7).

I intervjuene ba jeg informantene beskrive sin rolle på vegne av samarbeidskommunene og i helsefellesskapet. Informantene er spurt om hvilke rolle de har i å etablere grunnleggende regler for samarbeidet og for å etablere verdier og mål for samarbeidet. Informantene beskriver sin rolle som en som tilrettelegger og sørger for at rette folk møtes på arenaer beskrevet i samarbeidsstrukturen for helsefellesskapene. Videre er rollen å koordinere og samordne baklandets innspill inn i samhandling i helsefellesskapet, samt sørge for at informasjon når rette personer. Informantene er opptatt av å verne om strukturen i samarbeidet og spiller en rolle i å beskytte samarbeidet og dets integritet.

Vi må jo forklare for sykehuset hele tiden, det kan dere ikke forvente. Kommunene er ikke like og det kommer de aldri til å bli. (informant)

Jeg var nødt til å sette ned foten og si at vi må følge de samhandlingsspillereglene vi har. (informant 3)

Alle informantene svarer at de har en rolle i å etablere grunnleggende regler for samarbeidet gjennom arbeidet som gjøres i felles samhandlingssekretariat med å strukturere og formalisere samarbeidsprosesser og arenaer.

Ja det er jeg absolutt deltagende i, for jeg har jo hele sakshåndteringen, så det vil jeg absolutt si at jeg har en rolle i. (informant)

Interkommunal samhandlingskoordinator gir fyldige beskrivelser av forvalterrollen mot baklandet. Gjennom å samordne kommunene, spiller interkommunal samhandlingskoordinator en rolle i å opprettholde åpenhet i prosessene og er aktive gjennom et pågående engasjement for samarbeidet.

Min rolle er å ta det kommunale perspektiver og sørge for balanserte saker og forsøke å innhente og få frem ulike syn. (informant)

Forvalterrollen sees også i hvordan interkommunal samhandlingskoordinator sørger for åpenhet i beslutningsprosessene og forsøker å sikre alle kommunene involvering og mulighet for å påvirke.

Så når det er noe kommunene virkelig, da har vi samkjørt oss, og da fronter vi sakene i samhandlingssekretariatet, og får det på agendaen i helsefellesskapet. (informant)

Informantene beskriver at de tidvis må kjempe for å få opp saker som er viktig for kommunene, og at det kan være tungt å få enighet i felles samhandlingssekretariatet for hvilke saker som skal fremlegges for strategisk samarbeidsutvalg.

Jeg opplever at sakene drøftes og siles i samhandlingssekretariatet. Informant 1

Interkommunal samhandlingskoordinator spiller en forvalterrolle i å opprettholde integriteten i samarbeidet og sørge for åpenhet og inkludering. Analysen viser at forvalterrollen sees særlig sterkt i samarbeidet for og mot kommunene.

5.2.2 Megler / Mediator

Meglerrollen er den som forhandler og pleier relasjonene mellom aktørene i samarbeidet ved å lage arenaer for ulike meninger, gjenoppretter samarbeidet og bygger tillit mellom aktørene (Ansell&Gash, 2012, s. 11).

På spørsmål om egen rolle på vegne av samarbeidskommunene og i helsefellesskapet, svarer de interkommunale samhandlingskoordinator at deres rolle også er å fasilitere arenaer for ulike meninger og legger til rette for dialog og samarbeidsprosesser i helsefellesskapet. Informantene er videre forespurt om hvilke rolle de har i konflikthåndtering i helsefellesskapet. En informant gir eksempler på hvordan felles samhandlingssekretariatet tar tak i områder der det er utfordrende samarbeid og etablerer ad hoc møtearenaer eller arbeidsgrupper, og har gode erfaringer av å fasilitere slike arenaer i for å bygge tillit i fredstid ved at alle bidrar til å finne gode løsninger sammen.

Sånn synes jeg det er hele tiden. Må jo få fakta på bordet. Er det et nytt problem, er det et lokalt problem eller er det en episode? (informant)

Informantene ble spurt om sin rolle i forhold til uenigheter i helsefellesskapet, og av svarene og gjennom andre svar i intervjuet fremkommer det at interkommunal sekretariatsfunksjon tar en meglersrolle.

Det er der hele veien, interessemotsetninger, uenighet og mange saker er vanskelig pga uenighet. Og jeg har absolutt en rolle for å legge frem og presentere og forsøke å finne løsning. (informant)

Min rolle er å sørge for balanserte saker og få frem ulike syn. Og å kjenne til tjenestene, slik at riktige folk kommer sammen og kan uttale seg om problemstillingen. (informant)

Hanssen m fl finner at kommuner må forhandle egne rammebetingelser i samhandlingen, og det bekreftes av interkommunal samhandlingskoordinator ved den kontinuerlige forhandlingen som foregår i felles samhandlingssekretariat (Hanssen, et al., 2014, s. 129). Meglerrollen innebærer å være den som kontinuerlig opprettholder samarbeidsvilje blant aktørene, selv om det er tidkrevende og utfordrende. Meglerrollen er sterkt til stede i arbeidet interkommunal samhandlingskoordinator gjør for å megle og forebygge konflikt, og opprettholde samarbeidsvilje hos aktørene.

Da blir det min rolle da, å være en som drar opp meninger, som prøver å dra sammen så det blir fattes beslutninger. (informant)

En annen informant beskriver prosessen med å jobbe frem en sak, hvordan det forankres i baklandet og beskriver påvirkningsmulighet.

Har jo ganske teft da etter hvert, hvor langt handlingsrommet er. Hva som er mulig og hva som ikke er mulig. Så det blir jo litt sånne tilpassede beslutningsprosesser. (informant)

Slik bidrar interkommunal samhandlingskoordinator til å forhandle frem løsninger til konsensusbeslutninger, både i tråd med intensjonen i helsefellesskap og i tråd med Ansell og Gash meglersrolle. I samstyring tas beslutninger ved at aktører involveres og diskuterer seg frem til løsninger alle kan slutte seg til. I det arbeidet er koordineringsprosessene mellom aktørene avgjørende (Røiseland & Vabo, 2016, s. 23).

Et viktig kjennetegn ved meglersrollen er å bygge tillit mellom de samarbeidende, blant annet ved å fremme positive interaksjoner ved samarbeid og dempe de negative (Ansell&Gash, 2012, s.11). Analysen viser at interkommunal samhandlingskoordinator som operativ leder i samarbeidet jobber aktivt for å skape tillit. I nasjonal helse- og sykehusplan fremholdes kultur for samarbeid som en forutsetning for å lykkes, og kulturen bør kjennetegnes av respekt, tillit og likeverd.

I et godt partnerskap må man respektere og verdsette ulikheter og anerkjenne hverandres utfyllende kompetanse. Tillit krever langsiktig relasjonsbygging, vilje til samarbeid og evne til å snakke hverandre opp og frem (Meld. St 7 (2019-2020) s.38).

Informantene forteller at tilliten mellom de som jobber sammen i helsefellesskapene stort sett er god. Informantene er faste representanter på samhandlingsarenaene og det kan synes som de spiller en rolle å bidra i relasjonsbygging, særlig mot baklandet.

Kommunen sier det er natt og dag i forhold til hvordan det har vært tidligere. I forhold til hvordan sakspapirene ser ut, agenda og deres egen forberedelse. Og at det øker graden av tillit i samarbeidet. (informant)

En informant påpeker at hen i rollen som samhandlingskoordinator, er avhengig av tillit fra kommunene, og særskilt de kommunene vedkommende ikke har sitt arbeidsforhold i.

De må stole på at jeg ikke løper egne ærend. Jeg er super tydelig på at jeg er lojal, at jeg taler vel om de. Men det er skjørt i og med at jeg ikke har den posisjonen jeg burde ha hatt, for å kunne ha slagkraft i de foraene jeg er. (informant)

Flere av informantene formulerer at tillit er vel så viktig som myndighet for å få gjort jobben og særlig at de kommunale lederne har tillit til at interkommunal samhandlingskoordinator ivaretar deres interesser.

Interkommunal samhandlingskoordinator tar en meklerrolle i å fasilitere arenaer for ulike meninger, ved å opprettholde aktørenes vilje for samarbeid og ved å bygge tillitt mellom aktørene. Analysen viser at meklerrollen sees særlig fremtredene i rollen interkommunal samhandlingskoordinator spiller mot baklandet.

5.2.3 Katalysator / Catalyst

Katalysatorrollen håndterer konflikter, omformulerer problemer, stabiliserer betingelser mellom aktørene og identifiserer områder av merverdi, samt mobiliserer krefter for å nå det (Ansell&Gash, 2012, s. 15).

Informantene beskriver at de spiller en katalysatorrolle både på spørsmål om hvilken rolle de har på vegne av samarbeidskommunene og i helsefelleskapet og for å foreslå nye muligheter og løsninger for samarbeid i helsefelleskapene. Det kommer og frem gjennom svar på andre spørsmål i intervjuene. Informantene beskriver at de omformulerer problemer for å bringe samarbeidsprosessene fremover. Det sees særlig i arbeidet med etableringen av de faglige samarbeidsutvalgene, men også innenfor områder der det er utfordringer. Ansell og Gash beskriver at selve nøkkelen ved katalysatorrollen handler om å se nye muligheter for samarbeid «*some has to imagine the process of coming together for something new*» (Ansell&Gash, 2012, s. 15). For at det kan skje må lederne ta del i systemtenkning, se muligheter, begrensinger, og identifisere nye produktive løsninger, i tråd med forventingen til helsefelleskapene. I utvikling av samarbeidet og ved forslag om nye arbeidsmetoder kommer det eksempler på at interkommunal samhandlingskoordinator jobber for å skape merverdi. Det at interkommunal samhandlingskoordinator innehar kunnskap om hva som er viktig for kommunene er med på å bringe samarbeidsprosessene fremover.

Min rolle er å foreslå endringer der vi ser at ting kunne vært gjort på en annen måte eller som ikke fungerer så bra. (informant)

Superaktuelle saker, for eksempel psykisk helse... Poenget er at det ikke fungerer og da må vi se på samarbeidet og hvordan vi kan løse det. (informant)

Jeg jobber for at vi skal bruke brukerundersøkelser. Få fastlegene inn. Vi må bli flere aktører og stemmer inn til å si noe om hvordan dette faktisk fungerer. (informant)

Informantene er spurt om hvordan saker kommer på agendaen i helsefelleskapets møter. De forteller at det er faste saker på agendaen, som avtalerevisjon, årsrapport, samhandlingsmidler, informasjon om utviklingsplaner. Utover det kan saker som settes på agendaen i helsefelleskapene ofte handle om utfordringer eller muligheter. Informantene beskriver hvordan de identifiserer områder av merverdi og mobiliseres aktørenes krefter. At interkommunal samhandlingskoordinator har kontekstuell kunnskap har betydning for å vite når ting er modent for beslutning, og hva som er rammebetingelser og beslutningslinjer.

Hvis jeg er lur, så mørner jeg. Doserer på med informasjon, gjerne til den med litt slagkraft. Så fremmer de det som en sak. (informant)

Som tidligere nevnt foregår det beslutningstaking i felles samhandlingssekretariatet i forhold til hvilke saker som fremmes. Også her tar interkommunal samhandlingskoordinator en katalysatorrolle og har fokus på å bringe samarbeidsprosesser fremover. Informantene beskriver at de tar en aktiv rolle for å få frem den kommunale stemmen og fremme saker på agendaen. Alle informantene svarer at helseforetaket er den aktøren som bringer flest saker inn til agenda. Samtidig er informantene bevisst ulikhetene og jobber aktivt med å identifisere områder av merverdi.

Det har vært en liten snuoperasjon i kommunene. Vi har gjort ganske mye for å komme i forkant, tenke ut og forberede saker. Det er helt tydelig at det foregår et maktspill og der ser jeg en endring nå. (informant)

Interkommunal samhandlingskoordinator tar en katalysatorrolle i å håndtere konflikter og identifisere områder av merverdi. Informantene beskriver hvordan de samordner baklandet og saksforberedere for å få saker opp i strategisk samarbeidsutvalg. Prosessen er ressurskrevende for interkommunal samhandlingskoordinator og kommunene, og som en informant sier:

Det blir jo den prosessen å dra opp sakene, selv om de er superaktuelle og sentrale saker.... Poenget er at det ikke virker og da må vi jobbe med å forbedre det. (informant)

Da blir jeg veldig sentral i å finne løsninger. (informant)

Dokumentanalysen avdekker at i mandat til en interkommunal samhandlingskoordinator står det at vedkommende skal ha en initierende funksjon knyttet til samhandlingssaker. Initiativ fremkommer fra alle informantene.

Når det gjelder barn, var det veldig krevende og fragmenterte tjenester. Så har jeg tatt initiativ til og nå har vi nedsatt en arbeidsgruppe. (informant)

Vi hadde en sak der det ikke var noen god løsning. så da ble det å skrive seg den bak øret. Sånn er det med mange saker. Jeg sitter og holder i det, så kommer det en anledning til å ta det frem, denne tråden og løse den et sted. (informant)

Interkommunal samhandlingskoordinator spiller katalysatorrollen ved å håndtere uenigheter, identifisere områder for å utvikle samarbeidet og mobiliserer for at tas tak i av helsefellesskapene. Analysen viser at egenskaper og strategier ved katalysatorrollen, beskrives i hovedsak i lederrollen interkommunal samhandlingskoordinator spiller i samarbeidet i helsefellesskapet.

5.2.4 Delkonklusjon, hvilke lederroller spiller interkommunal samhandlingskoordinator i samarbeidet?

Kapitlet analyserer hvilke lederroller interkommunale samhandlingskoordinator spiller i samarbeidet på bakgrunn av fylldige beskrivelser fra informantene. Det empiriske materialet er analysert utfra ulike strategier og egenskaper ved lederrollene i Ansell og Gash sitt rammeverk. Analysen viser at interkommunal samhandlingskoordinator påtar seg ansvar og oppgaver med å få samarbeidet til å fungere og spiller rollen som operative samarbeidsledere. Interkommunal samhandlingskoordinator spiller alle de fasiliterende lederrollene i samarbeidet, slik Ansell og Gash beskriver at operative samarbeidsleder gjør (Ansell&Gash, 2012, s.18).

Interkommunal samhandlingskoordinator innehar som en dobbeltrolle. Analysen viser at de som fasiliterende samarbeidsledere i hovedsak tar en forvalter- og meglerrolle i samarbeidet mot kommunene. I samarbeidet i helsefelleskapene tar de i hovedsak en katalysatorrolle.

Hanssen og Holmen finner også at lederstrategier og egenskaper ved forvalter-, megler- og katalysatorrollen er viktig i alle samarbeid, men trekker frem den fjerde rolle, brobyggeren (Holmen & Hanssen, 2013, s. 58). Denne rollen innehar en høy grad av *know how*, med lokalkunnskap om hva som må forankres og hva som ikke trengs forankres og beskrives som en som *smører* og *limer* samarbeidets aktiviteter og aktører. Forankringen beskrives som en kontinuerlig prosess og for å få til det må brobyggerne inneha kunnskap og erfaring om kommunen. Selv om jeg ikke har sett på brobyggerrollen i denne oppgaven, viser analysen at interkommunal samhandlingskoordinator ved å spille ulike roller mot kommunene i samarbeidet og helsefelleskapet, innehar egenskaper og strategier ved rollen. De viser høy grad av *know how* i manøvrering av dobbeltrollen, der de spiller rollen som forvalter og megler mot kommunen og katalysator i helsefelleskapet. Informanten gir gjennom sine svar beskrivelser på god kjennskap og erfaring fra kommunen, og viser til systemer for kontinuerlig forankring. I samarbeidet i helsefelleskapene spiller de i større grad rollen med å identifisere områder av merverdi.

5.3 Hvilke lederroller bidrar til tettere samarbeid?

I de to foregående delkapitlene har jeg analysert hvor tett interaksjonen i samarbeidet i de nye helsefelleskapene er, og hvilke lederroller den interkommunale samhandlingskoordinator spiller i samarbeidet. På bakgrunn av det, vil jeg nå analysere hvilke lederroller som bidrar til tettere samarbeid.

McNamara sitt rammeverk for samarbeid er presentert og nivået *collaboration* beskriver interaksjonen i samarbeidet som samsvarer med målsetningen for samarbeid i helsefelleskap. Dimensjonene der det er innslag av *collaboration*, er oppsummert i tabell 4, i tillegg er litt avgjørende for nivået *collaboration*, og under analyseres hvilke lederroller interkommunal samhandlingskoordinator spiller under disse dimensjonene.

5.3.1 Lederroller som beveger samarbeidet i helsefellesskapene mot collaboration

Analysen viser at i samarbeidet i helsefellesskapene spiller interkommunale samhandlingskoordinator i hovedsak en katalysatorrolle. Innenfor de dimensjonene det sees innslag av collaboration, gir interkommunal samhandlingskoordinator fylldige beskrivelser av hvordan de spiller katalysatorrollen ved informasjonsdeling der de fasiliterer arenaer for dialog, og jobber for åpen og hyppig informasjonsdeling og kommunikasjon.

Katalysatorrollen sees også innenfor løsning av fagspesifikke områder, ved at aktørene jobber sammen om å finne nye samarbeidsmåter for felles problemløsning. Her beskriver interkommunal samhandlingskoordinator en rolle i å bevege samarbeidet mot å jobbe sammen om problemløsning med fokus på de fire prioriterte pasientområdene, ved å tenke nytt og gjøre større grep for nytt samarbeid. Samtidig er det naturlig å lete etter og foreslå noe nytt under løsning av fagspesifikke områder, og derav å se innslag av collaboration. Forventinger til helsefellesskapene er store. Helsefellesskapene skal bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjenesten og ved felles ansvar mellom deltagerne unngå uheldig partsteking og statisk syn på utvikling av tjenestene. Ansell og Gash beskriver katalysatorrollen som særlig viktig der det er kreativ problemløsning som er det primære målet (Ansell & Gash, 2012, s.15). Informantene beskriver at de avdekker områder hvor samarbeidet ikke fungerer og leter etter muligheter for *å jobbe for felles beste*. Interkommunal samhandlingskoordinator beskriver den kreative problemløsningen som en krevende øvelse for helsefellesskapene.

Vi må jobbe sammen på nye måter... Det er utfordrende, men vi må øve og finne nye løsninger. (informant)

Videre tar de en katalysatorrolle for å sørge for at fremdriften i samarbeidet opprettholdes.

Samhandlingen kan ikke stoppe. (informant)

Katalysatorrollen sees ved at interkommunal samhandlingskoordinator *oversette for sine*, de forsøker å omformulere problemer og de ser etter muligheter for nye måter og jobbe sammen og skaper en lik mellom samarbeid og innovasjon. Det kan tyde på at de som samarbeidsledere har forståelse av mulighetene de ulike rollene har for å fremme samarbeid som beveger seg mot collaboration og mulig innovasjon (Ansell&Gash, 2012, 16). Det sees og innslag av collaboration under dimensjonen systemtenkning ved at helsefellesskapene er i gang med planer og strategier for felles mål. Det er særlig i arbeidet i de faglige

samarbeidsutvalgene om de prioriterte pasientgruppene, og interkommunal samhandlingskoordinator spiller en katalysatorrolle ved å forstå at oppdrag og bestilling handler om å finne nye måter å jobbe sammen på, og fasiliterer for dette i helsefellesskapene.

I McNamara sitt rammeverk er tillit nødvendig for samarbeid på nivået collaboration. Jeg har analysert at helsefellesskapene ikke har tillit som nødvendig for nivået collaboration. Analysen viser at interkommunal samhandlingskoordinator som operativ leder i samarbeidet jobber aktivt for å skape tillit i meglerrollen.

I samarbeidet mot kommunene spiller interkommunale samhandlingskoordinator en forvalter- og meglerrolle innenfor de områdene det sees innslag av collaboration. Informasjonsdeling og kommunikasjon overfor kommunene, beskriver åpen og hyppig, men handler i stor grad om å beskytte samarbeidet og ivareta kommunenes interesser, samsvarende med forvalterrollen. Innenfor dimensjonen beslutningstaking, sees collaboration ved at beslutninger tas i fellesskap av deltagerne. For at konsensusbeslutninger kan tas, må interkommunal samhandlingskoordinator ha samordnet kommunene. Slik samordning forutsetter kontekstuell kunnskap om hvilke saker som skal fremlegges for beslutninger, og interkommunal samhandlingskoordinator spiller her en meglerrolle mot kommunene.

5.3.2 Delkonklusjon, hvilke roller spiller interkommunal samhandlingskoordinator for å gjøre samarbeidet tettere?

Innenfor de dimensjonene der det er innslag av collaboration, viser analysen viser at interkommunal samhandlingskoordinator spiller alle de fasiliterende lederrollene. Interkommunal samhandlingskoordinator har en dobbeltrolle, og analysen viser at de spiller ulike lederroller i samarbeidet med kommunene og inn i helsefellesskapet. Interkommunal samhandlingskoordinator spiller også under kategorien collaboration i hovedsak en katalysatorrollen i samarbeidet i helsefellesskap og i samarbeidet med å samordne kommuner, tar interkommunal samhandlingskoordinator i større grad en forvalter- og meglerrolle.

Innslag av collaboration sees ved de dimensjoner som i stor grad handler om dialog og utvikling. Interkommunal samhandlingskoordinator har ikke en formell lederrolle og manglende formalisering av rollen kan være med på å påvirke at katalysatorrollene er den rollen interkommunal samhandlingskoordinator kan spille i helsefellesskapet, ved å være en som identifiserer og utforsker muligheter i samarbeidet.

Under dimensjonen der det sees collaboration, sees i hovedsak forvalter- og meglerrolle overfor kommunene, og handler om i større grad å ivareta samarbeidets verdi. Holmen m fl beskriver forvalterrollen som den trygge, forutsigbare og bevarende (Holmen & Hanssen, 2013, s. 55). Interkommunal samhandlingskoordinator spiller også en meglerrolle mot kommunen under collaboration ved å sjonglere ulike interesser, søke felles forståelse og fremme tillit. Ledere av samarbeid kan ha ansvar for å styre samarbeidet mot å oppnå effektiv tjenesteleveranse, konsensus og problemløsning innenfor de begrensingene som ligger i slikt frivillig samarbeid (Ansell&Gash, 2012, s. 5).

Analysen viser også betydning av rammebetingelser til interkommunale samhandlingskoordinator for å samordne kommuner og for å gjøre samarbeidet tettere i helsefellesskap. Handlingsrom påvirkes av rammebetingelsene som ressurser de har til rådighet, tilliten de har og at de gis en posisjon der de kan lede.

6. Konklusjon

De foregående delkapitlene oppsummerer og konkluderer hvert av forskningsspørsmålene. Her gis en oppsummerende konklusjon, samt antydes nye områder for videre forskning.

Bærekraft i helse- og omsorgstjenesten var bakgrunnen for at regjering og KS valgte å inngå avtale om helsefellesskap og gi føringer om tett samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Samarbeid slik det legges opp til i helsefellesskapene er samstyring med integrert tjenesteproduksjon mellom styringsnivåer og offentlig organisasjoner og øker behovet for horisontal koordinering. Forventingene til samarbeidet i helsefellesskap samsvarer med interaksjon mellom helseforetak og kommuner på nivået collaboration i McNamara sitt rammeverk. Ledelse er avgjørende suksessfaktor for samarbeid og Ansell og Gash beskriver ulike fasiliterende lederroller i samarbeid.

Opgaven undersøker hvor tett samarbeidet mellom helseforetak og kommuner i de nye helsefellesskapene er, og hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere? Ved å belyse forskningsspørsmålene gir oppgaven kunnskap om hvilket interaksjonsnivå det er i helsefellesskapene innenfor ulike dimensjoner, samt hvilke fasiliterende lederroller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere. Oppgaven tar i bruk McNamara`s rammeverk slik hun selv beskriver det kan benyttes for å gi økt kunnskap og forståelse for hvordan dimensjonene kan påvirkes for å oppnå ønsket interaksjonsnivå (McNamara, 2012, s. 399).

Det er hovedvekt av cooperation og coordination i samarbeidet i helsefellesskapene, fortsatt partstenking og diskusjon om oppgaver og ansvar. Collaboration er den minst fremtredende kategorien for samarbeidet i helsefellesskapene deltagende i denne studien. Det er under de dimensjoner som krever størst felles forpliktelse, ved avgivelse av myndighet og deling av ressurser, at helsefellesskapene har svakest interaksjon. Det sees innslag av collaboration under dimensjonene som omhandler dialog, felles problemløsning og felles systemtenkning. Det er særlig i arbeidet med de prioriterte pasientgruppene og faglige samarbeidsnivå det sees innslag av collaboration. Dimensjonene «koster» organisasjonene mindre ved at de i liten grad avgir myndighet eller ressurser til samarbeidet, og samarbeidet handler i hovedsak om kreativ

problemløsning. Funnen er nye og gir viktig bidrag til litteraturen om hvilke dimensjoner som kan påvirkes for å oppnå ønsket interaksjonsnivå i helsefellesskapene. Det gir både helsefellesskapene selv og myndighetene kunnskap om og et mulighetsrom til å benytte ulike virkemidler for å påvirke dimensjoner der det ønskes økt interaksjon.

Interkommunal samhandlingskoordinator tar rollen som operativ samarbeidsleder, og spiller både forvalter-, megler- og katalysatorrolle i samarbeidet. Alle de fasiliterende lederrollene er viktig i samarbeid og samarbeidsledere må i ulik grad fylle rollene utfra omstendighetene for og målet med samarbeidet. Interkommunal samhandlingskoordinator har en dobbeltrolle for å samordne og koordinere «baklandet» og i samarbeidet i helsefellesskapene. Analysen viser at interkommunal samhandlingskoordinator spiller de fasiliterende lederrollene ulikt mot kommunene og i helsefellesskapet. Katalysatorrollen sees særlig i samarbeidet inn i helsefellesskapene. I samarbeidet med å samordne kommuner, tar interkommunal samhandlingskoordinator i større grad en forvalterrolle ved å forankre samarbeidet og en meglerrolle ved å kontinuerlig opprettholde viljen til samarbeid og bygge tillit. At operative ledere av samarbeid benytter alle de fasiliterende lederrollene støttes av Hanssen m fl, som også trekker frem brobyggerrollen som den som balanserer de ulike rollen alt etter samarbeidets behov (Hanssen et al., 2014, s. 129). Funn i denne oppgaven, som viser at interkommunal samhandlingskoordinator som operativ leder i samarbeid benytter rollene ulikt i samarbeidet mot kommuner og i helsefellesskap er nye og et viktig bidrag til litteraturen om hvordan en operativ leder utøver ulike roller i forhold til «baklandet» og i helsefellesskapet. Kommuner kan benytte kunnskapen for å vurdere kompetanse, rammebetingelser og struktur operative ledere av samarbeid skal operere under.

Når det gjelder hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å fremme collaboration i helsefellesskapene, sees de samme forskjellene. Katalysatorrollen er mest fremtredende i samarbeidet i helsefellesskapet, der interkommunal samhandlingskoordinator identifiserer og utforsker muligheter, håndterer uenighet og sørger for fremdrift i samarbeidet. Mot kommunene spiller de i større grad en forvalter- og meglerrollen ved å trygge og bevare, søke felles forståelse og fremme tillit, i samarbeidet. Det kan tyde på at interkommunal samhandlingskoordinator har forståelse av hva som må til for operativ ledelse av frivillig

samarbeid. Rollene de spiller kan også være påvirket og begrenset av de rammebetingelsene de virker innenfor.

Å kombinere rammeverkene til McNamara, og Ansell og Gash, har gitt anledning til å analysere i hvor tett samarbeidet i helsefellesskapene er, og vurdere hvilke roller interkommunal samhandlingskoordinator spiller for å gjøre samarbeidet tettere. Analysen gir nyttig kunnskap om ulike interaksjoner i samarbeid og hvilke fasiliterende lederroller leder av samarbeid kan ta og hvilke roller som kan ha betydning for interaksjonen i samarbeid. Funnene gir nyttig bidrag og forståelse til hvor dimensjonene kan påvirkes for å oppnå ønsket interaksjonsnivå, og har betydning og overførbarhet til andre samarbeid mellom stat og kommuner, og der flere kommuner skal samordnes inn i samarbeid. Betydningen av fasiliterende ledelse i samarbeid gir kommuner nyttig kunnskap som de kan benytte for å øke sine forutsetninger for å lykkes i samstyring. Ved å kombinere de to rammeverkene, og innhente empiri fra dokumentanalyse og dybdeintervjuer har jeg fått et rikholdig materialet og å analysere alt innenfor oppgavens rammer har vært krevende.

6.1 Avsluttende kommentarer og videre implikasjoner

Funn viser at det er lite samarbeid som samsvarer med nivået collaboration i helsefellesskapene, og det er ved de dimensjonen som «koster» organisasjonene minst det sees innslag av collaboration. Samtidig sees det endringer etter oppstart av samarbeid i helsefellesskapene, som kan tyde på at helsefellesskapene er i ferd med å utvikle tettere samarbeid og bevege seg mot tettere interaksjon og collaboration. Det er i tråd med forventningene til helsefellesskapene. I helsefellesskapsstrukturene skal det opprettes samarbeidet på tre nivåer. Styringsgrepet kan synes å ha særlig effekt for tettere samarbeidet ved de faglige samarbeidsutvalgene, og fremstår som et virkningsfullt styringsgrep fra myndighetene. Styring av samstyring må, som sagt, støtte seg på incentiver, myke virkemiddel og ledelse. Helsefellesskapene kan i fellesskap ta styringsgrep for å øke interaksjonen under dimensjonene for å bevege samarbeidet mot collaboration. Helsefellesskapene har virket kort tid, og utvikling av tettere samarbeid på faglig nivå kan med tiden medføre tettere samarbeid på strategisk nivå i helsefellesskapene og muligens økt vilje til tettere interaksjon på dimensjoner som koster organisasjonen mer og derav er mer krevende?

På den annen side kan svak oppnåelse av interaksjon i helsefellesskapene samsvarende med collaboration, skyldes at det er for høyt ambisjonsnivå for interaksjon ved flere av dimensjonene? Det kan også skyldes at målet med og gevinst av samarbeid i helsefellesskap ikke er så klar for kommuner og helseforetak, som beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan. Funn i oppgaven viser manglende systemtenkning og utarbeidelse av felles mål på strategisk nivå. Gjensidighet avhengighet er avgjørende for å søke inni i en samstyringsprosess, og det er grunn til å reflektere over om opplevelse av gjensidigheten avhengigheten faktisk er tilstrekkelig til stede mellom helseforetak og kommuner og om det påvirker forpliktelsen i samarbeidet? Informantene peker blant annet på fravær av finansieringssystemer som støtter samarbeid, og som en sier «*det er noe med hele systemet*». Myndighetene kan benytte ulike styringsgrep for å påvirke dimensjonene. I Sintef rapport fra 2020, påpeker de muligheten for systematisk å vurdere hvilke samarbeidsprosjekter mellom sykehus og kommuner som virker og endre rammebetingelser og strukturen i samarbeidet, slik at det styres mot varig samarbeid på de områdene (Rohde, et. al., 2020, s 10). Manglende collaboration kan ha flere årsaksforklaringer og for videre forskning er det interessant å undersøke hvilke styringsvirkemidler som i sterkere grad kan understøtter tettere samarbeid som collaboration i helsefellesskapene?

Hverken i avtalen om helsefellesskap eller av helsefellesskapene selv er det gjort vurderinger av økt behov for ledelse eller koordinering. Ved innføring av nye styringssystemer kreves mer vekt på ledelse og økt behov for koordinering ved slik samstyring (Røiseland & Vabo, 2016). Som tidligere nevnt må de samarbeidende våge noe for å få gevinst av samarbeidet «*there is a angst in one county to losing their identity*» (Ansell&Gash, 2012, s. 11), og helsefellesskapene må kanskje våge å gi operative samarbeidsledere mandat og handlingsrom? Muligens kan kommuner styrke sin posisjon ved å formalisere den operativ ledelsen, og tydelig plassere ledelse og mandat? Det støttes av Skrove m fl som finner at aktiv deltagelse i sekretariatsfunksjon i hele helsefellesskapsstrukturen er avgjørende for bedre samhandling (Skrove, et. al., 2020, s.72). Selv om kommuner og helseforetak har lange samarbeidstradisjoner, er samarbeid i helsefellesskapene nytt og forskning mangelfull. Kommuner står overfor store utfordringer innenfor helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer. Ytterligere kunnskap om hvordan kommuner kan gi mandat og myndighet til operative samarbeidsleder, slik at de gis handlingsrom til å samordne kommuner og deres

interesser for å nå mål i samarbeid med en statlig aktør, vil være betydningsfullt og et område for videre forskning.

Litteraturliste

- Ahlgren, P. C., Lind, J., Nyland, K. (2019). *Styring av samarbeid i offentlig sektor*. (Utg. 1) Fagbokforlaget
- Ansell, C. & Gash, A. (2008). *Collaborative Governance in Theory and Practice*. Journal of Public Administration Research and Theory. s. 543-571.
- Ansell, C. & Gash, A. (2012). *Stewards, mediators, and catalyst: Towards a model of collaborative leadership*. The innovation Journal: The Public Innovative Journal. s.1-20.
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P., & Rørvik, K. (2020). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Universitetsforlaget.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen*. Divisjon for samfunn og helse. Norges forskningsråd.
- Hanssen, G. S., Helgesen, M. K., & Holmen, A. T., (2014). *Den forhandlende kommunen i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper*. Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift. s.108-132.
- Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 7 (2019-2020) *Nasjonal helse og sykehusplan*, kortversjon. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Helsedirektoratet. (2020, 24.juni). *Tilskudd sekretariatsfunksjon for kommunene*. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/sekretariatsfunksjon-for-kommunene-i-helsefellesskap>
- Helsedirektoratet. (2020, 11.november). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-rapportering-pa-status-og-fremgang-for-nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023>

Helsedirektoratet. (2021, 28.juni). *Nettverk for helsefellesskap*.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap/nettverk-for-helsefellesskap>

Holmen, A. T., (2016, februar). *Endrede styringsregimer = endring i lederroller*. Magma, Econas tidsskrift for økonomi og ledelse. s. 34-39.

Holmen, A. T., & Hanssen, G. S. (2013). *Styring av og ledelse i kommunale nettverk / partnerskap. Hva kjennetegner balansert styring og ledelse utenfor linje?* Iris. s. 3-85.

Huxam, C., & Vangen, S., (2005). *Collaborative advantage: What? Why? How? And Why not? Managing to collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.

Jacobsen, D. I., (2014). *Interkommunalt samarbeid Norge*. Fagbokforlaget.

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. (2020). *Forskingmetoder for økonomiske-administrative fag*. Abstrakt forlag.

Johannessen, A., Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.

Johnsen, Å. (2014). *En strategisk offentlig sektor*. Fagbokforlaget.

KS. (2019, 23. oktober) *Avtale om helsefellesskap*.

<https://www.ks.no/pressemeldinger/avtale-mellom-regjeringen-og-ks-etablerer-19-helsefellesskap/>

Ladegård, S., & Vabo, S. I. (2010). *Ledelse og styring*. Fagbokforlaget.

Lovdata. (2021, 01.juli). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenesteloven*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

McNamara, M. (2012). *Starting to Untangle the Web of Cooperation, Coordination and Collaboration: A Framework for Public Managers*. International Journal of Public Administration. s. 389-401.

- Mehmetogul, M., (2004). *Kvalitativ metode for merkantile fag*. Fagbokforlaget.
- Røiseland, A., & Vabo, S.I. (2016). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Fagbokforlaget.
- Skrove, G. K., Hugnes, T., Bergem, B. G., & Rødal, J. H. (2020). *Kartlegging av behov for kommunal samhandlingsressurs i Møre og Romsdal*. Møreforskning.
<https://www.ks.no/contentassets/b571323bc0e74927a6917eb98a75b424/rapport-ks-fou-prosjekt-204034-samhandlingsressurs.pdf>
- Rohde, T., Grut, L., Lippestad, J., Anthun, K. S. (2020, 13.mai). *Samhandling mellom kommuner og sykehus*. KS/FOU rapport. Sintef.
<https://www.ks.no/contentassets/37b511d26ff94bc9bb200538ecba4430/Samhandling-mellom-kommuner-og-sykehus.pdf>
- St. Meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Tjora, A., (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4 utg.). Gyldendal Norske Forlag AS
- Tjora, A., & Melby, L. (2013). *Samhandling for helse – kunnskap kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*. (1 utg.). Gyldendal Norske Forlag AS
- Vik, E. (2018, februar). *Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie*. Tidsskrift for velferdsforskning. s. 119-147.
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications. Design and Methods*. USA: Sage publications, Inc.

Vedlegg. 1

Tabell 3. Oversikt over datautvalg og innhentningsmetoder.

Datautvalg	
Dybdeintervju	
Datakilde	Informant
Helsefelleskap 1	Regional samhandlingskoordinator
Helsefelleskap 2	Regional samhandlingssjef
Helsefelleskap 3	Regional samhandlingskoordinator
Helsefelleskap 4	Regional samhandlingskoordinator
Helsefelleskap 5	Regional samhandlingskoordinator
Dokumentstudier	
Datakilde	Dokument
Regjeringen	St meld 47, Samhandlingsreformen
Forskningsrådet	Evaluering av samhandlingsformen
Regjeringen	Nasjonal helse- og sykehusplan
Regjeringen	Avtale om helsefellesskap
Helsedirektoratet	Temaside helsefellesskap, presentasjon fra helsefellesskapene, informasjon om sekretariatsfunksjon
Helseforetak 1, 2, 3, 4 og 5	Hjemmeside / samhandling / overordnet samarbeidsavtale
Informant 1	Avtale om arbeidsutvalg i Helsefellesskapet, avtale om tverrkommunalt samarbeid
Informant 2	Avtale om sekretariatsfunksjon
Informant 3	Strategidokument for helsefellesskapet, presentasjon av helsefellesskapet, presentasjon av kommunehelsesamarbeidet
Informant 4	Mandat, presentasjon av helsefellesskapet
Informant 5	Aktuell nettside med beskrivelse av samarbeidsstruktur og mandat felles sekretariatsfunksjon

Vedlegg 2. Intervjuguide

Intervjuguide

I hvilken grad er forutsetningene til stede for økt samhandling i Helsefelleskap, og hvilken rolle bør sekretariatet utøve for å bidra til samordning?

Rammer:

Før opptak:

- Velkommen, presentasjon, master i offentlig styring og ledelse ved OsloMet
- Informasjon om anonymitet og taushetsplikt, samt at det er mulig å trekke seg når som helst
- Kort om tema for samtalen (bakgrunn / formål)
- Bakgrunn for valg av informant, dine erfaringer og refleksjoner, så si det som faller deg inn
- Gjennomgå samtykkeskjema, samt gi informasjon om mulighet til å lese transkribert intervju
- Tidsrammen for intervjuet er ca 60 minutter
- Avklar om noe er uklart eller om informant har spørsmål før jeg begynner

Kommunenes organisering av sekretariats funksjon

1. Kan du kort informere om din stilling, hvor den er organisert og hvordan den er finansiert?
2. Hva er ditt mandat?
3. Hva er din formelle myndighet?
4. Er det flere kommuner som samarbeider om sekretariatsfunksjon?
5. Hvordan er samarbeidet organisert?

Start opptak

Hoveddel:

Samarbeidets struktur i Helsefelleskapet

6. Er det opprettet formelle og eller uformelle avtaler mellom sykehus og kommuner i Helsefelleskap? Beskriv.
7. Har organisasjonenes avgitt myndighet på vegne av hverandre eller opprettholder hver organisasjon autonomi?

8. Hvilke nøkkelpersonell deltar i helsefelleskap, og er det deling av personell?
9. Hvordan deles informasjon?
10. Hvordan foregår beslutningstaking?
11. Hva er din rolle i beslutningstaking?
12. Har noen større innflytelse over beslutningene enn andre?
13. Hvordan samarbeider dere om og løser fagspesifikke områder?
14. Foregår det ressurs allokering og i så fall hvordan?
15. Systemstekning – nei /ja for å nå egne mål og /eller for å nå felles mål?
16. Hvordan vil du beskrive graden av tillit i Helsefelleskapet mellom partnerne?

Lederroller

17. Hva er din rolle på vegne av samarbeidskommunene i Helsefelleskapet?
18. Hvem samarbeider du med i Helsefelleskapet?
19. Er det tilsvarende funksjon som din fra sykehuset?
20. Er det forskjell på mandat / myndighet dere innehar og hvis ja, har det betydning og i tilfelle hvilken?
21. Opplever du å ha den myndigheten du mener er nødvendig for å få fylt din rolle i sekretariat?
22. Opplever du å ha det handlingsrommet du mener er nødvendig for å få fylt din rolle i sekretariat?
23. Hvordan forankrer du ditt mandat og din myndighet i enkelt saker?
24. I hvilken grad har du en rolle i å etablere grunnleggende regler for samarbeidet?
25. I hvilken grad har du en rolle i å etablere verdier og mål for Helsefelleskapet?
26. I hvilken grad har du en rolle i fht konflikthåndtering i Helsefelleskapet?
27. I hvilken grad har du en rolle i fht å foreslå nye muligheter og løsninger for samarbeid i Helsefelleskapet?
28. Hvordan besluttes hvilke saker som skal på agendaen i Helsefelleskapets møter?
29. Er det noen som er spesielt aktive med tanke på å få saker opp på dagsorden?
30. Opplever du at det er en likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i helsefellesskapet idag?
31. Hva mener du er de viktigste faktorene for at kommuner og sykehus skal møtes som likeverdige partnere i Helsefelleskap?

Oppsummering:

- Oppsummering fra meg på hovedpunkter jeg har notert ned
- Har jeg fått med meg det du ønsket å formidle / har jeg forstått deg rett?
- Er det temaer vi ikke har vært innen på, som du mener er relevante?
- Er det ytterlig informasjon du vil tillegge?
- Er det andre forhold, jeg ikke har spurt om, som du mener er av betydning?
- Hva er din opplevelse av intervjuet og spørsmålene?

Avslutning:

- Er det noe du føler du ikke har fått sagt?
- Kan jeg kontakte deg på nytt dersom jeg trenger ytterligere informasjon?

Du må gjerne ta kontakt dersom du kommer på noe du vil supplere med.

Tusen takk for at du stilte opp.

Vedlegg 3. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet:

I hvilken grad er forutsetningene til stede for økt samhandling i Helsefelleskap, og hvilken rolle bør sekretariatet utøve for å bidra til samordning?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse i hvilken grad forutsetningene er til stede for økt samhandling i Helsefelleskap, og hvilken rolle sekretariatet bør utøve for å bidra til samordning?

I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave i studiet offentlig styring og ledelse ved Oslo Met. Formålet med prosjektet er å studere om forutsetningen for økt samhandling og samordning er til stede i Helsefelleskap. Dette belyses ved å analysere graden av samarbeid og integrasjon mellom aktørene i samarbeidet på ulike forhold og hvilke roller sekretariat bør fylle for å oppnå målene en har satt.

Etablering av helsefelleskap er en del av strategi i Nasjonal helse- og sykehusplan, 2020-2023, for å nå målsetningen om pasientens helsetjeneste. Kommuner og helseforetak jobber i disse dager med å etablere seg i helsefelleskap. Noen kommuner har gått sammen om å etablere sekretariatsfunksjon, mens andre er i startgroppen. Det er opprettet tilskuddsordning for sekretariatsfunksjon, med mål å styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus og samordningen i helsefelleskapet ved at kommuner har felles sekretariatsfunksjon.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Jeg, Therese Nitter, er ansvarlig for studie. Oslo Met er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har gjort en strategisk utvelgelse av informanter og du er valgt ut til å delta da jeg har en antagelse om at du kan ha både nyttig kunnskap og erfaringer som er relevante for problemstillingen.

Forespørselen om deltagelse vil gå til kommunal sekretariats representant i inntil 5 Helsefelleskap. Jeg deltar i nasjonalt nettverk for Helsefelleskap, i regi av Helsedirektoratet, og har din kontakt informasjon derfra.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta vil det bli gjennomført et kvalitativt intervju som vil ta ca. 1 time. Intervjuet vil foregå digitalt, via Zoom. Intervjuet vil bli tatt opp på diktafon-appen og opptakene blir sendt til Nettskjema. Jeg gjør oppmerksom på at intervjuet vil bli transkribert og at du har anledning til å få det tilsendt. Jeg vil ta notater når vi snakker sammen. All dokumentasjon og lydfiler vil oppbevares i henhold til Oslo Met sine retningslinjer for lydopptak, og slettes ved prosjektets slutt. Spørsmålene vil handle om samhandling i Helsefelleskap, samordning av kommuner og sekretariats rollen. I intervjuet vil du også bli spurt om dine erfaringer og refleksjoner knyttet til temaet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene fra deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Opplysningen fra deg vil bli sammenfattet og bearbeidet sammen med de øvrige informantene, og dermed ikke mulig å spore tilbake. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. I tillegg til u.t vil veileder ved Oslo Met ha tilgang til opplysningene. Behandling av opplysningen vil foregå på Nettskjema, i henhold til Oslo Met sine retningslinjer for behandling av personopplysninger. Ved publisering vil personer som har deltatt bli anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes og sensur for masteroppgaven har falt, etter planen innen september 2022. Opplysningen blir da slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Oslo Met har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Therese Nitter, therese.nitter@gmail.com, tlf 416 70 670
- Sissel Hovik, sissel.hovik@oslomet.no, tlf 67 23 82 36
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, ingrid.jacobsen@oslomet.no, tlf 67 23 55 34/ 993 02 316

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Sissel Hovik
(Forsker/veileder)

Therese Nitter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, *I hvilken grad er forutsetningene til stede for økt samhandling i Helsefelleskap, og hvilken rolle bør sekretariatet utøve for å bidra til samordning,*

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysningene fra intervjuet publiseres i masteroppgaven
- at mine opplysninger behandles og lagres frem til prosjektet er avsluttet, 30.09.2022

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4. Godkjennelsesbrev fra NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Vurdering

Referansenummer

142554

Prosjektittel

Partnere i Helsefelleskap og sekretariat som virkemiddel: I hvilken grad er forutsetningene til stede for samhandling i Helsefelleskapene, og hvilken rolle må / bør sekretariatet utøve for å bidra til samordning?

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Handelshøyskolen

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sissel Hovik

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Therese Nitter

Prosjektperiode

03.01.2022 - 30.09.2022

Vurdering (1)

06.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.01.2022.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til ca. 30.09.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema-diktafon (UiO) er databehandler i prosjektet. Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn

en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-utmeldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!