

Kunnskapsdeling «på tvers»

*En studie av kunnskapsdeling mellom
Sørlandet sykehus HF og kommunene i
Agder*

Sandra Fredriksen



Masteroppgave ved institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2016

Kunnskapsdeling «på tvers»

En studie av kunnskapsdeling mellom Sørlandet sykehus HF
og kommunene i Agder

Sandra Fredriksen

Oslo, oktober 2016

© Forfatter Sandra Fredriksen

2016

Kunnskapsdeling «på tvers». En studie av kunnskapsdelende prosesser mellom Sørlandet
Sykehus og kommunene i Agder

Forfatter Sandra Fredriksen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: CopyCat, Nydalen

Sammen drag

Samhandlingsreformen medfører økte krav til samarbeid om kompetanseutvikling mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner. Informasjons- og kunnskapsutveksling reguleres nå i en egen avtale, som helseforetak og kommuner er pliktige til å inngå som en del av samhandlingsreformen. Målet med studien er å beskrive og forklare hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kunnskapsdeling, og undersøke hva som hindrer og fremmer deltagelse i kunnskapsdelende tiltak.

Litteratur om kunnskapsdelende prosesser i offentlig sektor danner studiens teoretiske utgangspunkt. De teoretiske kategoriene taus og eksplisitt kunnskap utnyttes til å beskrive og tolke kunnskapsdelingen. Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner involverer mange organisasjoner, avdelinger og individer fra ulike forvaltningsnivåer med ulike ressurser, som kan ha ulike interesser og maktposisjoner. En rimelig forventning utfra den akademiske litteraturen, er at kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner er krevende å gjennomføre. Forklaringsfaktorene som undersøkes i studien er erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap, ledelse, ressurser og maktforhold.

For å undersøke kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner har en case-strategi blitt benyttet. Sørlandet sykehus HF og kommunene i Agder ble identifisert som en avvikende case. Datagrunnlaget består i hovedsak av semi-strukturerte intervjuer med sentrale aktører fra helseforetaket og kommunene. En del dokumenter har også blitt studert.

Funnene viser at den kunnskapsdelende strategien er sammensatt, og at det prioriteres deling av både eksplisitt og taus kunnskap. Et kjennetegn ved den kunnskapsdelende strategien, er at det i særlig grad er helseforetakets eksplisitte kunnskap, og kommunenes tause kunnskap som prioriteres. I helseforetaksområdet har det vært stor vilje til å bruke tid og ressurser på å samarbeide om kunnskapsdeling. Fagutvalget for kompetansedeling bidrar til å koordinere kunnskapsdelingen gjennom felles planleggingsprosesser, og informasjonsdeling gjennom forskjellige kanaler. Håndtering av maktforhold mellom partene har ført til en god samarbeidsrelasjon, og dermed interesse og villighet til å dele kunnskap. Et sentralt hinder for deltagelse er at mange ikke kjenner til dette kompetansetilbudet. Funnene indikerer at det er et behov for å øke bevisstheten om verdien av kunnskapsdeling i tjenestene.

Forord

Jeg vil rette en stor takk til veileder, Signy Irene Vabo, for oppmuntrende ord, konstruktive tilbakemeldinger og grundig veiledning gjennom hele prosessen. Jeg må også få takke dere informanter for at dere viste interesse for prosjektet mitt, og velvillige stilte opp på intervjuer – ingen oppgave uten dere. Til dere som tok dere tid til å lese korrektur på slutten: Tusen takk! Og til alle mine nærmeste, familie og venner, som aldri er mer enn en dør, busstur eller telefonsamtale unna. Håper dere vet hvilke herlige mennesker dere er, og at jeg setter umåtelig stor pris på dere!

Jeg tar selvfølgelig selv ansvar for alle mulige feil og mangler ved oppgaven.

Oslo, 30 oktober 2016

Sandra Fredriksen

Antall ord: 31 843

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Tema	1
1.2	Studiens relevans.....	2
1.3	Problemstilling og avgrensning	3
1.4	Oppgavens struktur	4
2	BAKGRUNN	6
2.1	Samhandlingsreformen	7
2.1.1	<i>Samarbeidsavtaler og samarbeidsorganer</i>	9
2.2	Kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren.....	11
2.2.1	<i>Kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner</i>	12
2.3	Kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner	14
2.3.1	<i>Gjensidig kunnskapsdeling</i>	15
2.3.2	<i>Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt</i>	15
2.3.3	<i>Kunnskapsdelende tiltak</i>	16
2.4	Oppsummering	17
3	TEORI	19
3.1	Knowledge management og kunnskapsdeling.....	19
3.1.1	<i>Kunnskapsdeling i helsesektoren</i>	20
3.1.2	<i>Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner: Teoretisk definisjon og operasjonalisering</i>	22
3.2	Eksplisitt og taus kunnskap.....	23
3.3	Hva kan forklare kunnskapsdelingen?.....	26
3.3.1	<i>Erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap</i>	27
3.3.2	<i>Ledelse</i>	29
3.3.3	<i>Ressurser</i>	31
3.3.4	<i>Maktforhold</i>	32
3.3.5	<i>Oppsummering</i>	35
4	METODE	36
4.1	En case-studie av interorganisatorisk kunnskapsdeling i helsevesenet.....	36
4.2	Valg av case.....	37

4.3	Datainnsamling	39
4.3.1	<i>Intervjuer</i>	40
4.3.2	<i>Supplerende data: Dokumenter</i>	42
4.4	Validitet og reliabilitet	43
5	EMPIRI	45
5.1	Bakgrunn	45
5.1.1	<i>Organisering av samarbeidet</i>	46
5.2	Kunnskapsdelende tiltak	48
5.2.1	<i>Hospitering</i>	48
5.2.2	<i>Kurs, undervisning og e-læring</i>	49
5.2.3	<i>Oppsummering</i>	50
5.3	Hva kan forklare kunnskapsdelingen?	51
5.3.1	<i>Erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap</i>	51
5.3.2	<i>Ledelse</i>	54
5.3.3	<i>Ressurser</i>	59
5.3.4	<i>Maktforhold</i>	62
6	ANALYSE	67
6.1	Samhandlingsreformen og kunnskapsdeling	67
6.1.1	<i>Et større behov for samarbeid og koordinering av kunnskapsdelingen</i>	67
6.1.2	<i>Hva innebærer det � samhandle om kunnskapsdeling?</i>	68
6.1.3	<i>Oppsummering</i>	71
6.2	Ledelse og ressurser	71
6.2.1	<i>En mer koordinert ledelse</i>	72
6.2.2	<i>Ledelse i kommunene</i>	75
6.2.3	<i>Oppsummering</i>	77
6.3	Maktforhold	78
6.3.1	<i>En mer likeverdig relasjon</i>	78
6.3.2	<i>Kunnskapshierarki</i>	80
6.3.3	<i>Oppsummering</i>	82
7	AVSLUTNING	83
7.1	<i>Oppsummering og konklusjon</i>	83

7.2	<i>Styrker og svakheter ved studien</i>	84
7.3	<i>Videre forskning</i>	86
	Litteraturliste	88
	Vedlegg	96
	TABELL 1	26
	VEDLEGG 1: OVERSIKT OVER DOKUMENTER	
	VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE	
	VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV	

1 Innledning

1.1 Tema

Helse- og omsorgssektoren er en stor og viktig sektor, både i økonomisk forstand og gjennom den verdimessige betydningen sektoren har for befolkningen (Røttingen et al., 2014). Kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene har stor betydning for brukere, pasienter og pårørende. Hva som kjennetegner kvalitativt gode tjenester, kan selvsagt diskuteres. Flere styringsdokumenter beskriver kvalitativt gode tjenester som virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet, ressurseffektive og preget av kontinuitet og brukerorientering (St.meld. nr. 16 (2010-2011), 2011; St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Det kan derfor hevdes at det stilles høye krav til kvalitet i helsesektoren, samt at forventningene til helsevesenet i befolkningen generelt har økt (Rommetvedt et al., 2014, s. 12; Abelsen et al., 2014, s. 20).

Kompetanseutvikling kan føre til bedre kvalitet på tjenestene som helsesektoren leverer. Kunnskapssenteret for helsetjenester beskriver kvalitetsutvikling som en kontinuerlig prosess hvor man arbeider med å identifisere kvalitetssvikt, og tiltak som kan forbedre helse- og omsorgstjenestene (Kunnskapssenteret, 2016). Kompetanseutvikling handler blant annet om at helsetjenestene skal utvikles til «effektive og lærende tjenester», som benytter «strategisk og kunnskapsstyrt styring» (Røttingen et al., 2014, s. 9). Kompetanseutvikling i helsesektoren berører en rekke ulike områder, som f.eks. utdanning, forskning, kommunale helse- og omsorgstjenester og samspillet mellom disse.

En av mange strategier for kompetanseutvikling i helsesektoren, er initiativer som har til hensikt å fremme informasjons- og kunnskapsdeling mellom ansatte. En del av disse kunnskapsdelende prosessene er interorganisatoriske, hvor målsetningen er at helse- og omsorgsorganisasjoner deler kunnskap på tvers av organisatoriske grenser. Yang og Maxwell (2011) hevder at informasjon- og kunnskapsdeling mellom organisasjoner et populært «mantra» i offentlig sektor (s. 164). Kunnskapsdeling mellom offentlige organisasjoner kan gi kvalitetsforbedring og bedre samarbeid på tvers av organisasjoner (Gorry, 2008, s. 105). Eksempler på kunnskapsdelende tiltak kan være kliniske nettverk, møteforum og IT-systemer for å dele pasientinformasjon, faglige retningslinjer, behandlingsprosedyrer o.l. (Nicolini et al., 2008; Hartley & Bennington, 2006; Gautun & Syse, 2013; Elstad, Steen & Larsen, 2013).

Temaet i denne masteroppgaven er kunnskapsoverføring mellom forvaltningsnivåene i helsesektoren. Kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner er eksempler på kompetansetiltak i helse- og omsorgstjenestene. En av grunnene til at fenomenet er interessant å studere, er at kunnskapsdeling mellom nivåene kan plasseres innenfor en større kontekst som er kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Kommuner og helseforetak har som en følge av samhandlingsreformen inngått lovpålagte samarbeidsavtaler, hvor kunnskap- og informasjonsutveksling er et av flere avtalefestede områder (HOD, 2013a). En konsekvens av samhandlingsreformen er altså at det stilles større krav til samarbeid på dette området, men partene kan selv bestemme hvordan dette samarbeidet skal organiseres, hvilke tiltak som skal brukes, og hvor omfattende samarbeidet skal være. Eksempler på tiltak som helseforetak og kommuner kan samarbeide om, er hospiteringsordninger, ambulerende team, praksiskonsulentordningen, kurs, møter og e-læring (HOD, 2013a, s. 21). Formålet med denne studien er å undersøke hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om å dele kunnskap, betingelsene for et slikt samarbeid, og hva som kan forklare deltagelse i kunnskapsdelende tiltak.

1.2 Studiens relevans

Innføringen av samhandlingsreformen har aktualisert behovet for å studere dette samhandlingsfeltet nærmere. En konsekvens av samhandlingsreformen, er at det stilles større krav til samarbeid om kompetansetiltak. Kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner kan dessuten settes i sammenheng med andre og mer generelle reformmålsetninger, som oppgaveoverføring til kommunen og intensjonen om større grad av likeverdighet mellom helseforetak og kommuner (St.meld. nr. 47. (2008-2009), 2009). Et siktemål med studien er å studere kunnskapsdeling innenfor samhandlingsreformens kontekst.

Willem og Buelens (2007) hevder at kunnskapsoverføring mellom og internt i offentlige organisasjoner er et understudert fenomen. Kunnskapsoverføring mellom organisasjoner kan være en mer komplisert prosess enn kunnskapsoverføring internt i organisasjoner. Interorganisatorisk kunnskapsoverføring i offentlig sektor er blanding av lokale og felles interesser, krav og begrensninger som må forstås og håndteres (Gorry, 2008, s. 107). Flere studier argumenterer for at kunnskapsdelende prosesser i helsevesenet som foregår på tvers av profesjoner og organisatoriske grenser kan være utfordrende (Currie & Marti, 2007; Kimble et al., 2010; Gabbay, 2003). Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner involverer mange organisasjoner, avdelinger og individer fra ulike forvaltningsnivåer med ulike ressurser,

som kan ha ulike interesser og maktposisjoner som kan påvirke kunnskapsoverføringen. En forventning som er rimelig, med utgangspunkt i den akademiske litteraturen, er at kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner er krevende å gjennomføre.

Flertallet av studiene innenfor kunnskapsdeling i offentlig sektor studerer et kunnskapsdelende tiltak i dybden, som f.eks. et nettverk (Addicott, McGivern & Ferlie 2007; Currie, Finn & Martin 2007) eller hvordan individer innenfor en spesifikk kontekst deler kunnskap med hverandre i hverdagen (Kothari et al., 2012; Kimble, Grenier & Goglio-Primard, 2010; Elstad, 2013). Litteratursøk viser at det foreligger en del studier av samhandling og kunnskapsdeling mellom spesialisthelsetjenestene og kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner, men ingen av dem tar for seg kunnskapsoverføring på et mer overordnet nivå, slike denne studien vil gjøre (se f.eks. Danbolt, Lien & Kjøsberg, 2010; Elstad, Steen & Larsen, 2013; Giltvedt, Sætrang & Tveiten, 2012). Færre studier har altså undersøkt hva som kan forklare at slike tiltak tas i bruk.

Hensikten med studien er altså ikke å studere læring og kunnskapsdeling i et spesifikt kunnskapsdelende tiltak, men å undersøke hva som kan forklare hvordan helseforetaket og kommunene samarbeider om felles kunnskapsdeling, og hva som hindrer og fremmer deltagelse i kunnskapsdelende tiltak. Et første steg i kompetanseoverføring og læring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner, er at det eksisterer et kompetansedelende tilbud, samt at helsepersonell faktisk deltar i disse tilbudene. Et utgangspunkt for denne studien er at det er et behov for å studere nærmere hva som skjer i forkant av lærings- og samarbeidsprosessene innenfor kunnskapsdelende aktiviteter og tiltak.

1.3 Problemstilling og avgrensning

Helseforetakene (sykehusene), med sine respektive kommuner, er forpliktet til å inngå avtaler om gjensidig informasjons- og kunnskapsutveksling. Kunnskapsdelende prosesser mellom helseforetak og kommuner kan på den måten avgrenses med utgangspunkt i helseforetaksområder. I masteroppgaven undersøkes kunnskapsdeling mellom Sørlandet sykehus (SSHF) og kommunene i Agder, fordi denne casen kan beskrives som en type avvikende case (se metode). Teoretiske perspektiver i litteraturen om kunnskapsdeling vektlegger i stor grad barrierene i slike samarbeid. I dette helseforetaksområdet virker det som

det er et omfattende samarbeid om kunnskapsdeling, og derfor er det interessant å undersøke denne casen nærmere.

For det første skal det undersøkes hvordan helseforetaket og kommunene samarbeider om kunnskapsdeling. Hvilke målsetninger samarbeidspartene (helseforetak og kommuner) har med kunnskapsdelingen, hvordan partene prioriterer og de konkrete kunnskapsdelende tiltakene, skal undersøkes nærmere i denne studien. Tiltak for kunnskapsoverføring varierer blant annet med hensyn til hvor ressurskrevende de er, og hvilken kompetanseform som kan overføres. Ettersom casen har blitt valgt fordi det tilsynelatende er et omfattende samarbeid, skal studien undersøke betingelsene for et slikt samarbeid. I studien skal det også undersøkes hva som kan forklare deltagelse i kunnskapsdelende tiltak. En avgrensning som har blitt foretatt, er at det i denne studien især er kommunenes rolle og deltagelse i kunnskapsoverføringen som skal undersøkes, og dette begrunnes nærmere i bakgrunnskapittelet.

I denne studien skal følgende problemstillinger besvares:

- 1) Hvordan samarbeider Sørlandet sykehus (SSHF) og kommunene i Agder om kunnskapsdeling?
- 2) Hva kan forklare det tilsynelatende omfattende samarbeidet om kunnskapsdeling?
- 3) Hva hindrer og fremmer deltagelse i kunnskapsdelende tiltak?

1.4 Oppgavens struktur

Innføringen av samhandlingsreformen har som nevnt aktualisert behovet for å studere kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner. Bakgrunnskapittelet omhandler derfor samhandlingsreformen, kompetanseutvikling og kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner. Teorikapittelet plasserer kunnskapsdeling innenfor litteratur om intra- og interorganisatorisk kunnskapsdeling i offentlig sektor. Det teoretiske rammeverket kan beskrives som todelt. For det første er funksjonen til rammeverket å beskrive og kategorisere kunnskapsdeling gjennom de teoretiske kategoriene taus og eksplisitt kunnskap. Den andre delen strukturerer forklaringsfaktorene som skal undersøkes som er erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap, ledelse, ressurser og maktforhold.

Etter dette følger metodekapittelet som begrunner hvorfor casen som studeres kan ses på som en avvikende case, hvordan data har blitt samlet inn og hvilke implikasjoner de metodiske

valgene har for studiens reliabilitet og validitet. Empirikapittelet er delt i tre seksjoner. Først beskrives det hvordan samarbeidet er organisert, og hvilke tiltak det samarbeides om. Deretter presenteres relevante funn innenfor hver av forklaringsfaktorene. Analysen er strukturert i tre hoveddeler. Disse delene er samhandlingsreformen og kunnskapsdeling, ledelse og ressurser og maktforhold. Avslutningsvis oppsummeres studiens viktigste funn, og forslag til videre forskning presenteres.

2 Bakgrunn

Helse- og omsorgssektoren er en stor og viktig sektor, både i økonomisk forstand og gjennom den verdimessige betydningen sektoren har for befolkningen (Røttingen et al., 2014). Helsevesenet i moderne samfunn kjennetegnes av høy grad av spesialisering og inndeling i ulike helseinstitusjoner, medisinsk-faglige spesialiteter og hjemmetjenester. Denne spesialiseringen er nødvendig for at helsevesenet skal kunne tilby kvalitativt gode tjenester, men fører samtidig til et sterkt behov for samordning og samarbeid mellom en rekke ulike institusjoner og tjenesteytere, både på medisinsk-faglige plan og på det politiske og administrative plan. Forskjellige folkevalgte og administrative organer på lokalt, regionalt og statlig nivå har ulike oppgaver og myndighetsområder (Rommetvedt et al., 2014, s. 11-12). Kommunehelsetjenesten er organisert gjennom 428 autonome kommuner. Spesialisthelsetjenesten er organisert gjennom 4 regionale og 20 lokale sykehusforetak, hvor de lokale helseforetakene er det utførende tjenesteledet (Ibid: s. 35). Spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenestene er regulert etter ulike lovverk, og har ulike styring- og finansieringsmuligheter. Dette skillet bidrar til å tydeliggjøre ansvarsfordelingen, men skaper på samme tid utfordringer med tanke på kontinuitet og helhet i behandlingen (Grimsmo, Kirchhoff, & Aarseth 2015, s. 6; Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Tjenestene er delvis fragmenterte, og ikke tilstrekkelig sammenhengende og helhetlige (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 16).

Gjennom sykehusreformen i 2002 ble sykehusene overført fra fylkeskommunene til staten, og staten overtok da eierskapet og styringen av de offentlige sykehusene. Det ble opprettet forholdsvis autonome regionale og lokale helseforetak, og de regionale helseforetakene ble gitt ansvaret for å tilby befolkningen i sin region nødvendige spesialisthelsetjenester (Rommetvedt et al., 2014, s. 12). Innføringen av sykehusreformen førte til at det etter hvert ble utviklet en rekke lokale tiltak som hadde som hensikt å forbedre samordningen mellom helseforetakenes spesialisthelsetjenester og kommunenes helse- og omsorgstjenester. I 2012 ble lokalt utviklede samordningstiltak fulgt opp med en sentralt utviklet samhandlingsreform som skulle bidra til å forbedre samordningen mellom de ulike leddene i helsevesenet (Rommetvedt et al., 2014, s. 12- 13).

2.1 Samhandlingsreformen

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) argumenteres det for at hovedutfordringene i det norske helsevesenet er fragmenterte tjenester, for lite forebygging og den demografiske utviklingen. Samhandlingsreformen har som målsetning å skape bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenestene, satse mer på forebygging og tidlig intervensjon og overføre flere oppgaver til kommunene. Hensikten med reformen er å fremme koordinerte og helhetlige helsetjenester, samt begrense kostnadsveksten i helsetjenestene ved å føre over ansvar og oppgaver til kommunene. En av målsetningene med reformen er at den framtidige kostnadsveksten primært skal foregå i kommunene, og at spesialisthelsetjenesten i enda større grad skal konsentrere seg om å yte spesialisert behandling (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 33). Samhandlingsreformen legger langsiktige helsepolitiske målsetninger og strategier, og beskrives som en retnings- og koordineringsreform i det norske helsevesenet (Ramsdal, 2013, s. 332). Flere politikere og fagfolk på ulike nivåer var positivt innstilt til reformen, og reformen har blitt beskrevet som en velkommen reform (Abelsen, Gaski, Nøddland & Stephansen, 2014, s. 17). Samhandlingsreformen har siden 2012 blitt gradvis fasett inn i det norske helsevesenet, og kan fortsatt sies å være inne i en implementeringsfase.

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen forstås velfungerende samhandling som en forutsetning for velfungerende tjenester. I meldingen defineres samhandling slik:

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld. nr 47 (2008-2009), 2009, s. 13).

Romøren (2011) hevder at den vanlige oppfatningen av begrepet samhandling i helsetjenestene er «samarbeid mellom helsepersonell for å sikre et best mulig samlet resultat for den enkelte pasient» (s. 84). Foldestad et al. (2014) argumenterer for at begrepet samhandling tolkes nokså teknisk i samhandlingsreformen; det dreier seg om «systemenes» evne til å identifisere oppgaver, fordele ansvar, og sikre måloppnåelse.

I samhandlingsreformen er det særlig den vertikale integreringen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som vektlegges (Grimsmo et al., 2015, s. 7), og dette behovet for koordinering og samhandling ses i sammenheng med den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet. Utviklingen er kjennetegnet av at det blir flere eldre, kronisk syke og personer med sammensatte lidelser. Fordi disse brukergruppene ofte benytter mange

forskjellige tilbud både fra den kommunale og den spesialiserte helsetjenesten, innebærer det at flere får behov for sammenhengende tjenester og helhetlige behandlings- og rehabiliteringstilbud (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Tjenesteytere må i større grad kunne yte tjenester sammen med andre for å skape helhetlige pasientforløp, og konsekvensen er et økende behov for samhandling og koordinering mellom tjenesteytere. Tendensen mot mer spesialisering i helsevesenet er også, som nevnt, med på å skape et større behov for koordinering og samarbeid på tvers av ulike skillelinjer (Rommetvedt et al., 2014, s. 12, 17). I primærhelsemeldingen beskrives siloorganiserte tjenester som «ikke ses i sammenheng med hverandre som en nødvendig helhet» som en stor utfordring (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 10).

Tjora og Melby (2013) understreker at samhandling og samarbeid som fenomen ikke er noe nytt i helsevesenet, men at samhandling gradvis har fått økt helsepolitisk fokus i Norge (Tjora & Melby, 2013). Rommetvedt et al. (2014) hevder at en del funn tyder på at samhandlingen i det norske helsevesenet stod bedre til før innføringen av reformen enn det man kunne få inntrykk av i mediene, og at samordningen fungerte til en viss grad (s. 58, 63, 81). Et annet moment i denne sammenhengen, er at samhandlingsreformen har flere likhetstrekk med helsepolitiske strategier og reformer i andre vestlige land som vektlegger strategier og virkemidler for samhandling og koordinering. Helsesektoren i flere land har hentet ideer som teamwork, tverrfaglighet og nettverk fra andre sektorer. Fellestrekket til mange av organisasjonsformene som har blitt populære i helsevesenet er nettopp vektleggingen av samarbeid (Braithwaite, 2015, s. 1-2; D'Amour, Goulet, Labadie, Martin-Rodriguez & Pineault, 2008, s. 2).

Som nevnt, er overføring av oppgaver og tjenester til kommunene et sentralt aspekt ved reformen, og samhandlingsreformen kan på mange måter beskrives som en kommunereform (Zeiner & Tjerbo, 2015, s. 6). Ifølge Abelsen et al. (2014) tilfører reformen kommunene flere helse- og omsorgsfunksjoner som kommunene selv ønsker å ivareta, og som kommunene allerede før reformen hadde begynt å utvikle (s. 17). Kommunene skal oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging, tjenester som er nærmere der brukeren bor, og målsetningen om at kommunene leverer en større andel av helsetjenestene (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 9). For å oppnå dette, har man innført økonomiske virkemidler som kommunalt medfinansieringsansvar (som ble avvirket 1. januar 2015), kommunalt ansvar for utskriftsklare pasienter og tilskudd til

kommunale akuttplaner¹. Tall fra helsedirektoratet viser at kostnader og aktivitet har økt sterkere i kommunesektoren siden 2012 sammenlignet med sykehussektoren (Helsedirektoratet, 2014, s. 6).

Et viktig spørsmål er hvorvidt dagens kommunestruktur med mange små kommuner har forutsetningene til å oppfylle intensjonene med reformen (Zeiner & Tjerbo, 2015, s. 9; Blåka, Klausen, Myrvold, Renå, Winsvold & Zeiner, 2013, s. 7). Flere har beskrevet samhandlingsreformen som en av de viktigste drivkreftene for en kommunereform. I primærhelsemeldingen beskrives dette slik:

En ny kommunestruktur, der kommunene blir større og mer kompetente, vil gjøre kommunene i bedre stand til å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, i tråd med dagens og fremtidens behov (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 9).

2.1.1 Samarbeidsavtaler og samarbeidsorganer

I forbindelse med samhandlingsreformen ble det innført lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og samarbeidende kommuner som et viktig juridisk virkemiddel. Helseforetak og kommuner har inngått en overordnet samarbeidsavtale og flere delavtaler (tjenesteavtaler) som berører ulike samhandlingsområder. Lovpålagte samarbeidsavtaler er en videreføring av tidligere frivillige samarbeidsavtaler mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28). Formålet med samarbeidsavtalene er at de skal være et instrument til å spesifisere ansvar- og oppgavefordelingsstrukturen på sentrale samhandlingsområder mellom helseforetak og samarbeidende kommuner, som f.eks. innleggelse og utskrivning, beredskap og akuttmedisinske tjenester (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 33). Et forpliktende avtalesystem skal på den måten legge til rette for økt samarbeid og koordinering mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Zeiner & Tjerbo, 2015, s. 8). I stortingsmeldingen hevdes det at problemene i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner

¹ Kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter: Kommuner må betale en bot på 4505 kroner pr. liggedøgn for en utskrivningsklar pasient som blir liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud (Helsedirektoratet, 2016a).

Kommunale akutte døgnenheter/øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunen: Hensikten er å «unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering» (Helsedirektoratet, 2016b). Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen for somatiske pasienter ble et lovpålagt tilbud i 2016. Fra 2017 skal pasienter som har psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer få dette tilbudet (Helsedirektoratet, 2016b).

er for lite felles, langsiktig planlegging, og at det skaper utfordringer med tanke på å utvikle en helhetlige helse- og omsorgsstrategi (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28). Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner kom på plass innen gitte tidsfrister, men det er likevel mye som gjenstår før avtalene er iverksatt helt ned på laveste nivå (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 33).

For å kunne planlegge, gjennomføre og følge opp samarbeidsavtalene møtes representanter fra helseforetaket og kommunene i samarbeidsutvalg. I spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven er det ikke lovfestet at kommuner og helseforetak må opprette samarbeidsutvalg, men denne ordningen har likevel blitt en etablert praksis. Eksempler på strukturer som benyttes for dette formålet er overordnet samarbeidsutvalg, administrativt samarbeidsutvalg, samarbeidsforum og kliniske samarbeidsutvalg (Rommetvedt et al., 2014, s. 115-116; HOD, 2013a). Rommetvedt (2014) skriver at organiseringen av samarbeidsutvalg mellom helseforetak og kommuner i dag i stor grad ser ut til å være en videreføring av ordninger som ble etablert før samhandlingsreformen trådte i kraft (s. 116).

Intensjonen med samarbeidsavtaler- og organer er å fremme planlegging og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene, men intensjonen er også å tilrettelegge for likeverdige samhandlingsprosesser. Tanken er at samarbeidsavtaler skal være et virkemiddel for å fremme større grad av respekt og gjensidighet i samhandlingen gjennom gode planprosesser og avtalestrukturer som bygger på likeverdighet. En del av samhandlingsproblemene hevdes og skyldes maktforholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og manglende gjensidig kulturforståelse (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28, 77; Grimsmo et al., 2015, s. 9). Samarbeidsavtaler og samarbeidsfora kan dermed beskrives som tiltak hvor siktemålet er å fremme «en felles erfaringsdannelse» samt «utvikling av tillit og normer for samarbeid» (Rommetvedt et al., 2014, s. 23). I stortingsmeldingen argumenteres det for at styrkingen av kommunehelsetjenesten kan være med på å skape mer likeverdige beslutningstakere (Rommetvedt et al., 2014, s. 95). Romøren (2011) er derimot kritisk, og deler ikke oppfatningen om at reformen nødvendigvis vil føre til mer likeverdighet. En potensiell utilsiktet effekt av at spesialisthelsetjenesten i større grad skal fokusere på å yte spesialisert behandling er at primær- og spesialisthelsetjenesten «driver enda lengre fra hverandre» som kan føre til at «maktbalansen mellom dem blir ytterligere skjev, noe som kan svekke muligheten for god samhandling» (s. 87-88).

Erfaringer så langt kan tyde på at manglende likeverdighet fortsatte er et problem i flere samarbeidsrelasjoner (HOD, 2014), men samtidig kan det hevdes at problemene ikke er så store som man kan få inntrykk av (Rommetvedt et al., 2014)². En statusrapport viser at flere kommunale aktører opplever at sykehusene påtar seg «storebror-rollen». Tendensen er også at sykehusene vurderer samhandling dem imellom som mer positiv enn kommunene. I rapporten argumenteres det for at man i større grad bør legge til rette for tiltak som kan bidra til at man utvikler kunnskap om hverandre, gjensidig respekt og tiltak som hindrer at planprosessene i kommuner og helseforetak går uavhengige av hverandre (HOD, 2014, s. 12). Hvorvidt samhandlingen har blitt bedre eller verre etter at samhandlingsreformen ble innført gir ikke forskningslitteraturen et entydig svar på³.

2.2 Kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren

Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner er eksempler på kompetansetiltak i helse- og omsorgstjenestene. En av grunnen til at dette fenomenet er interessant å studere, er at kunnskapsdeling mellom nivåene kan plasseres innenfor en større kontekst som er kompetanseutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Kompetanseutvikling er relatert til en rekke områder som utdanning, forskning, kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenester og samspillet mellom disse. Et argument fra Helse- og omsorgsdepartementet er at samarbeid mellom kommunene, helseforetakene og utdanningsinstitusjonene er et område som bør videreutvikles for å sikre «rett kompetanse på rett plass til rett tid» (HOD, 2014, s. 1). Formåler med kompetanseutvikling er å sikre «kvalitativt gode tjenester», som i offentlige styringsdokumenter beskrives som virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet, ressurseffektive og preget av kontinuitet og brukerorientering (St.meld. nr. 16 (2010-2011), 2011; St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Kvalitetskravene som stilles er med andre ord høye, og det kan også hevdes at forventningene til helsevesenet i befolkningen har økt (Rommetvedt et al., 2014, s. 12; Abelsen et al., 2014, s. 20).

² Se tabeller i Rommetvedt et al. (2014) side: 109, 124, 126, 127. Merknad: Datagrunnlaget er fra regionen Helse Vest, og ble undersøkelsen ble gjort før iverksettelsen av samhandlingsreformen (62).

³ Se f.eks. Gautun og Syse (2013: 43) og Abelsen mfl. (2014: 69).

2.2.1 Kompetanseutvikling i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner

For at implementeringen av reformen skal lykkes, kreves det målrettet arbeid med kompetanseutvikling. Samhandlingsreformen fører med seg nye krav til medarbeiderne i helsevesenet (Røttingen et al., 2014, s. 54, 112). Ettersom det kan hevdes at det er i kommunene at kompetansesituasjonen oppleves som å være størst i sammenheng med samhandlingsreformen, er fokuset i denne studien mest på iverksetting av kunnskapsdeling i kommunene. En konsekvens av samhandlingsreformen er at kommunene får flere oppgaver, samt andre typer oppgaver, sammenlignet med før reformen. Kommunenes sentrale rolle i gjennomføring av reformen øker dermed behovet for kompetansebygging i kommunale helse- og omsorgstjenester (Ludvigsen & Ravneberg, 2012, s. 3; Dale et al., 2014, s. 16).

Samhandlingsreformen har hatt stor innvirkning på tjenestenes utvikling siden den trådte i kraft i 2012. Kommunene har fått nye oppgaver og medisinsk sett mer krevende pasienter. Dette stiller store krav til utbygging av tjenestene, men også til oppbygging, innhold og rekruttering av kompetanse (Dale et al., 2015, s. V).

Samhandlingsreformen prioriterer fagområder som folkehelse, forebygging og tidlig intervensjon (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009), og kommunen har derfor behov for mer kompetanse på disse områdene (Ludvigsen & Ravneberg, 2012, s. 4). Endringer i retning av mer behandling i kommunene øker dessuten behovet for medisinsk behandlingskompetanse. Kommunene skal i større grad inn på sykehusets ansvarsområde, noe som øker behovet for spesialkompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester (Abelsen et al., 2014, s. 66). Kravet om at alle kommuner skal tilby kommunale akutte døgnplasser (KAD) krever økt akuttmedisinsk kompetanse, og dessuten gode systemer for samarbeid mellom legetjenesten, sykehjem og hjemmetjenesten (Dale et al., 2014, s. 16). Ifølge Rommetvedt et al. (2014) øker behovet for breddekompetanse i kommunene, både når det gjelder medisinske forhold og organisering og ledelse (s. 15).

Endrede krav til kompetanse som en konsekvens av samhandlingsreformen har ført til omstillinger i kommunene. Eksempler på hva som gjøres er: omgjøring av hjelpepleierhelsefaglig stillinger til sykepleierstillinger, endringer i disponering av kompetanse, mer tilstedeværelse av leger, kompetanseoverføring fra sykehus til kommunene og mellom kommuneansatte (Abelsen et al., 2014, s. 64). Ledere i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner gir i en studie en rekke eksempler på hvilke tiltak som har blitt igangsatt

for å heve kompetansen (Dale et al., 2015, s. 31) En konsekvens av samhandlingsreformen i kommunene, er at det har ført til mer interkommunalt helsesamarbeid og opprettelse av diverse læringsnettverk (Dale et al., 2015, s. 31; Zeiner & Tjerbo, 2015, s. 32).

Enkelte studier gir et bilde av hvordan kompetansesituasjonen oppleves i kommunene etter at samhandlingsreformen trådte i kraft, som f.eks. Abelsen et al. (2014) som undersøker hvordan samhandlingsreformen endrer kommunenes pleie- og omsorgstilbud. ⁴ Funnene viser at kommunene er nødt til å håndtere mer kompetansekrevende pleieoppgaver enn før. Flere av informantene sa at det hadde blitt viktigere med spesialkompetanse innen fagområder som palliasjon, kreft og diabetes (s. 67). Funnene viser dessuten at behovet for fagkompetanse har økt blant annet som følge av raskere utskrivning fra sykehus. En konsekvens av raskere utskrivning fra sykehuset er at kommunene må ta imot sykere pasienter sammenlignet med før reformen ble innført (ibid: s. 49).

Gautun og Syse (2013) har gjennomført en spørreundersøkelse for å undersøke hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester håndterer det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehus⁵. Et funn i denne studien er at nesten alle informantene (91%) gir uttrykk for at kompleksiteten i de sykepleierfaglige oppgavene har økt. Informantene oppgir at de bruker mer tid på medisinske prosedyrer, og mindre tid på den enkelte pasient (s. 38). Et stort flertall av sykepleierne (74%) gir uttrykk for at de har fått mer varierte og spennende oppgaver (ibid: s. 33), og dette funnet støttes opp av studien til Abelsen et al. (2014, s. 67).

Dale et al. (2015) har undersøkt utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene i perioden 2003 – 2015⁶. Flere ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester opplever at samhandlingsreformen krav om samhandling på tvers av etater, kommuner og tjenestenivåer stiller høyere krav til organisasjons- og ledelseskompetanse (s. 49). Nesten alle lederne som ble intervjuet oppgir at kommunene hadde kartlagt kompetanse- og rekrutteringsbehov for pleie- og omsorgstjenesten, og dessuten utarbeidet en plan for det videre kompetansearbeidet. Litteraturgjennomgangen viser derimot at dette funnet skiller seg noe fra tidligere studier som har dokumentert at konkrete planer for kompetanseutvikling ofte mangler i kommunene.

⁴ Informantene i den kvalitative delen av denne studien var 130 kommuneansatte og brukeransatte fra 12 forskjellige casekommuner.

⁵ I denne spørreundersøkelsen deltok 2372 sykepleiere som jobber i sykehjem og hjemmesykepleien spredt utover hele landet.

⁶ I denne rapporten har man gjennomført en litteraturgjennomgang og intervjuet 44 ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Forklaringen på manglende samsvar kan være tilfeldigheter knyttet til utvalg, at lederne ønsker å fremstille seg selv i et godt lys eller at kompetanseplaner finnes, men i liten grad er kjent blant ansatte på «gulvet» (ibid: s. 47).

Et interessant spørsmål er om kommunene har riktig og god nok kompetanse til å løse helse- og omsorgsoppgavene som følger av reformen. I de kommunale pleie- og omsorgstjenestene observeres det endringer i retning av en mer spesialisert pleie- og omsorgstjeneste, hvor pleie- og omsorgstjenestene «i likhet med sykehusene blir diagnoseorienterte, fremfor pasientorienterte» (Abelsen et al., 2014, s. 68). Etter samhandlingsreformen trådte i kraft kan det virke som det har foregått et retningsskifte i kommunehelsetjenestens, i den forstand at det har blitt mer fokus på pleie og behandling av kort varighet og mer spesialisert karakter (ibid: s. 70). Flere av informantene i studien til Abelsen et al. (2014) stiller spørsmål ved om helsepersonellet i kommunene er tilstrekkelig «rustet» for oppgavene, men det er hovedsakelig sykehjemslegene som har dette som en bekymring (s. 64). Flertallet av lederne av kommunale helse- og omsorgstjenester som ble intervjuet i studien til Dale et al. (2015) vurderer kompetansen blant ansatte som tilstrekkelig eller god, men de fleste ser fortsatt et behov for å rekruttere ansatte med helsefaglig utdanning (s. 48). Flertallet av sykepleiere (73%) i studien til Gautun og Syse (2014) oppgir at de har behov for opplæring og veiledning for å kunne utføre nye oppgaver (s. 33). I studien til Dale et al., (2015) konkluderes det med at det fortsatt er store utfordringer i kommunene når det gjelder å sikre god nok kompetanse for å kunne møte dagens og morgendagens omsorgsutfordringer (s. 49).

I denne konteksten kan kunnskapsdelende aktiviteter mellom helseforetak og kommuner være et virkemiddel til å bedre kompetanse i kommunene. Kunnskapsoverføring kan påvirke kommunens kapasitet til å oppfylle reformmålsetninger, og gjøre kommunen bedre «rustet» til å håndtere utfordringer i dag og i fremtiden. Etersom samhandlingsreformen har ført til at kommunene i større grad skal inn på spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, kan det hevdes at dette er en viktig form for kompetanseutvikling.

2.3 Kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner

Kunnskapsoverføring mellom spesialisthelsetjenestene- og kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt aktualisert på grunn av samhandlingsreformen. Forhold rundt

informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring reguleres nå i en egen tjenesteavtale (avtale 7) som helseforetak og kommuner er pliktige til å inngå som en del av samhandlingsreformen. I denne delen beskrives det hvilke føringer som legges for samarbeidet om kunnskapsoverføring, hvor retningslinjer for gjensidig informasjon- og kunnskapsdeling, og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er relevant. Til slutt omtales kunnskapsdelende tiltak.

2.3.1 Gjensidig kunnskapsdeling

En generell målsetning med avtaleverket som helhet er at det skal bidra til at partene i fellesskap kan fokusere på faktorer som påvirker kvaliteten på helse- og omsorgstjenester (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2013a, s. 21) er kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling og dialog viktig for å sikre gode tjenester og pasientforløp, og er dermed sentrale samhandlingselementer. Tettere og bedre samhandling mellom tjenestenivåene legges frem som en forutsetning for vellykket kompetansebygging (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Lokale samarbeidsavtaler er et virkemiddel og planleggingsdokument som skal legge føringer for samarbeidet om utviklingsoppgaver, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom helsetjenestenivåene (St.meld. nr. 29 (2012-2013), 2013, s. 96).

Tjenesteavtale nummer 7 skal omhandle «retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering». Helseforetak og samarbeidende kommuner har relativt stor frihet til å bestemme hvordan arbeidet med kunnskapsdeling skal organiseres og gjennomføres. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at avtalen inneholder 1) informasjonsutveksling i sammenheng med innleggelse, utskrivning, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, 2) gjensidig kompetanseøkning og kunnskapsoverføring f.eks. gjennom fagnettverk, hospitering, felles møteplasser, ambulerende team og praksiskonsulentordningen, 3) kvalitet- og avvikssystemer og 4) informasjonsutveksling og dialog i forbindelse med endringer i driftsforhold og framtidige planer for virksomheten (HOD, 2013a, s. 21). I denne studien er det altså punkt nummer 2, gjensidig kompetanseøkning og kunnskapsoverføring, som er interessant.

2.3.2 Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

I sammenheng med kunnskapsdelende prosesser mellom nivåene i helse- og omsorgstjenestene er det relevant å beskrive og diskutere spesialisthelsetjenestenes veiledningsplikt. Helse- og

omsorgsdepartementet understreker at intensjonen med kompetansedelingen er at den skal være gjensidig og at begge parter skal bidra (HOD, 2013a, s. 21), og prinsippene om likeverdighet og respekt er dermed sentrale også innenfor dette samhandlingsområdet. Kravet om gjensidig kunnskapsoverføring har likevel ikke pr. i dag ført til en endring i spesialisthelstjens plikt til å sikre veiledning og kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene. Helsepersonell som er ansatt i spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og dette innebærer råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §6-3). Helsepersonell i kommunene har ingen slik veiledningsplikt ovenfor spesialisthelsetjenestene.

Spesialisthelsetjenestenes veiledningsplikt dreier seg først og fremst om veiledning i forhold til enkeltpasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester, men innebærer også mer systematisk veiledning ovenfor kommunale helse- og omsorgstjenester (HOD, 2013b, s. 2), dvs. kompetanseoverføring. En av målsetningene er at samarbeidsavtalene utformes på en slik måte at «spesialisthelsetjenesten forplikter seg til å bistå kommunen med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring» (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28), og spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt settes i sammenheng med kravet om gjensidig kunnskapsoverføring (HOD, 2013a). I primærhelsemeldingen skrives det at «veiledning vil i mange tilfeller være sammenfallende med kompetanseoverføring, men kompetansedeling er et videre begrep enn veiledning» (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 64-65).

Etter innføringen av samhandlingsreformen har det kommet styringssignaler om at det skal utredes en endring i helse- og omsorgstjenesteloven, slik at kommunene får en tilsvarende veiledningsplikt ovenfor spesialisthelsetjenesten. I lovverket skal de to nivåene likestilles, noe som på den måten synliggjør at «kompetansen i kommunene verdsettes like høyt som kompetansen i spesialisthelsetjenestene» (St.meld. nr. 26 (2014-2015), 2015, s. 65). I primærhelsemeldingen argumenteres det for at breddekompetanse stadig blir viktigere som en følge av at det blir flere brukere og pasienter med behov for sammensatte tjenester, og at kommuneansattes kunnskap er viktig i denne sammenhengen (ibid).

2.3.3 Kunnskapsdelende tiltak

Hartley og Bennington (2006, s. 101-102) diskuterer i en artikkel hvordan myndighetene bruker interorganisatoriske nettverk for å stimulere kunnskapsoverføring og innovasjon mellom

offentlige organisasjoner (s. 101-102). Her nevnes faglige nettverk, opplæring, felles kurs o.l. som eksempler på systemer som brukes for å spre ideer og praksiser på tvers av offentlige organisasjoner. Faglige nettverk, hospiteringsordninger, felles møteplasser, ambulerende team og praksiskonsulentordningen er de konkrete tiltakene som den nasjonale veilederen foreslår at helseforetak og kommunene kan benytte (HOD, 2013a, s. 21). Tiltakene som nevnes er ulike blant annet ved at noen bygger på kunnskapsoverføring gjennom at man arbeider sammen (hospitering, ambulerende team, praksiskonsulentordningen), mens andre bygger på kunnskapsoverføring gjennom virtuelle og ikke-virtuelle kurs og møteplattformer. I denne studien beskrives og klassifiseres disse kunnskapsdelende ordningene med utgangspunkt i teoretiske perspektiver hentet fra knowledge management-litteraturen, noe som diskuteres senere i teorikapittelet.

En del studier kan fortelle noe om hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kunnskapsoverføring. Informantene i alle kommunene som deltok i Abelsen et al. (2014) sin studie har eksempler på hvordan kompetanse overføres fra sykehus til kommune. Eksemplene som informantene nevner er: hospitering på sykehusene, ambulerende team, opplæring gjennom bruk av videokonferanse, kommuneansatte ringer sykehuset for spesifikke råd eller kontakter de i forbindelse med at man skal ha gjennomgang av egne prosedyrer (ibid, s. 65). Gautun og Syse (2013) har spurt sykepleiere om tjenestene de jobber i har fått tilbud om kompetanseheving, opplæring og veiledning i forbindelse med samhandlingsreformen⁷. Resultatene viser at halvparten (52%) av de spurte har fått tilgang til minst ett av de fem kompetansehevende tiltakene som det ble spurt om, mens tre av ti (29%) har ikke fått tilgang til noen av disse tiltakene.

2.4 Oppsummering

Målet med studien er å undersøke kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner innenfor samhandlingsreformens kontekst. Funnene fra disse overnevnte studiene viser at det forekommer en del kompetanseutveksling mellom nivåene, men studiene sier lite om hva som kan forklare hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kunnskapsdeling, og hva som hindrer og fremmer deltagelse i kunnskapsdelende tiltak. Jeg har identifisert et «kunnskapshull»

⁷ Informantene ble spurt om de hadde fått tilgang til noen av det følgende; kursing fra sykehuspersonell, hospitering i sykehus, ambulerende team fra sykehus, kontakttelefon/enheter i sykehus for rådgivning og tilbud om etter-og/eller videreutdanning (Gautun og Syse 2013. 37-38).

i den forstand at vi har lite kunnskap om hvordan kommuner og helseforetak samarbeider om kunnskapsdeling.

3 Teori

3.1 Knowledge management og kunnskapsdeling

Kunnskap er en ressurs både for private og offentlige organisasjoner som bør forvaltes på en god måte. Begrepet knowledge management (kunnskapsstyring) er relevant i denne sammenhengen. Knowledge management handler om hvordan organisasjoner tar i bruk, overfører, skaper og utnytter intellektuelle verdier (Yao & Chan, 2007, s. 51). Knowledge management handler om å velge organisatoriske strukturer og mekanismer som kan påvirke kunnskapsprosessene i en ønsket retning (Foss, Husted & Michailova, 2010, s. 456). Studier har blant annet forsøkt å identifisere sentrale suksessfaktorer og barrierer i implementering av knowledge management strategier i private firmaer (Bate & Robert, 2002, s. 647)

Beviste knowledge management strategier og praksiser er vanlige i store deler av den private sektoren. Knowledge management prosesser i private virksomheter er et veletablert forskningsfelt, men det samme kan ikke sies om offentlige organisasjoner (Beveren, 2003, s. 90). Willem og Bulens (2007) hevder at kunnskapsoverføring mellom og internt i offentlige organisasjoner er et understudert fenomen. Litteraturen omkring slike prosesser og strukturer i offentlig sektor er mindre omfangsrik, og forklaringsmodellene mindre utviklet, sammenlignet med privat sektor (Yao & Chan, 2007, s. 52). Yang og Maxwell (2011, s. 173) argumenterer for at det er behov for mer systematisert kunnskap om hva som påvirker kunnskapsoverføring i offentlig sektor, slik at politikere, administratorer og praktikere kan legge til rette for kunnskapsoverføring på en god måte (s. 173). En litteraturgjennomgang av knowledge management litteraturen som omhandler offentlig sektor, finner at prosesser hvor organisasjoner fra ulike forvaltningsnivåer samarbeider, er et fenomen som i liten grad har blitt studert (Massaro, Dumay & Garlatti, 2015, s. 544). Eksempler på interessante spørsmål er hvilke kunnskapsdelende strategier som brukes, variasjoner mellom sektorer, og hvilke faktorer som påvirker hvordan organisasjoner håndterer kunnskapsressurser i og mellom organisasjoner.

Hartley og Allison (2002, s. 102) skriver at politikere, akademikere og praktikere i økende grad har blitt bevisst betydningen av læring mellom offentlige organisasjoner som et virkemiddel til kvalitetsforbedring i offentlig sektor. Sharifuddin og Rowland (2004) hevder at det er en økende interesse for kunnskapsoverføring i offentlig sektor (s. 95). Kunnskapsdeling mellom offentlige organisasjoner ses på som gunstig strategi fordi det kan føre til kvalitetsforbedring, og bedre

samarbeid på tvers av organisasjoner (Gorry, 2008, s. 105). Interorganisatorisk kunnskapsdeling i offentlig sektor kan beskrives med utgangspunkt i hvilke virksomheter som er involvert, hvem som deltar og hvorvidt prosessene involverer aktører fra samme styringsnivå, eller om kunnskapsdelingen foregår på tvers av styringsnivåer (Dawes, Cresswell & Pardo, 2009, s. 392).

Kunnskapsdeling i og mellom offentlige organisasjoner skiller seg fra kunnskapsdeling i private firmaer ved at den politiske konteksten er mer fremtredende. Forskjeller i drivkrefter kan forenklet beskrives som henholdsvis profitt versus det å svare på behov og krav fra brukere, samfunnet og myndighetene (Hartley & Bennington, 2006, s. 103). Teorier og modeller som har utgangspunkt i studier fra private bedrifter er dominerende i den akademiske litteraturen. Fra et praktisk ståsted kan organisasjoner i den offentlige sektoren lære av erfaringer til private virksomheter (Bate & Robert 2002, s. 660; Gorry, 2008, s. 105). Likevel er det forskjeller i kontekst, målsetninger, prosesser og aktører mellom privat og offentlig sektor som kan innebære at teorier ikke nødvendigvis er egnet til å forklare kunnskapsoverføring mellom offentlige organisasjoner (Williams, 2012, s. 551). Forhold ved den politiske konteksten som kan hindre og fremme kunnskapsdeling, er ifølge Yang og Maxwell (2011) lovgivning, finansiering, regulering som forbyr sensitiv informasjonsutveksling, mål- og resultatstyring, og maktforhold (s. 171). Fra et organisatorisk læringsperspektiv argumenterer Rashman, Withers og Hartley (2009) for at det er et behov for mer empirisk forskning om hvorvidt det er betydelige forskjeller mellom private og offentlige organisasjoner (s. 485). Fordi det er lite kunnskap om hvordan forskjellige kontekster former kunnskapsdeling, bygger denne masteroppgaven i hovedsak på tidligere forskning om kunnskapsdeling i offentlige organisasjoner, især studier fra helsesektoren.

3.1.1 Kunnskapsdeling i helsesektoren

Helsesektoren er en svært kunnskapsintensiv sektor, og derfor er det viktig å forstå hvordan kunnskap brukes og overføres innenfor nettopp denne sektoren (Harvey, Jas & Walshe, 2015, s. 53; Raza, 2007, s. 67). Flere studier har vist at det er et sprik mellom hvilken medisinsk og helsefaglig kunnskap som eksisterer, og hvilke prosedyrer og praksiser som faktisk benyttes i helse- og omsorgstjenester. Helsepersonell og helse- og omsorgsorganisasjoner benytter ikke tilgjengelig kunnskap i stor nok grad, noe som kan forklares med forskjellige barrierer for kunnskapsutnyttelse. Flere argumenterer derfor for at helsesektoren har forbedringspotensial

når det kommer til kunnskapsforvaltning (Braithwaite, 2010, s. 2; Elwyn, Taubert & Kowalczyk, 2007, s. 1; Raza, 2007, s. 67). Kunnskapsforvaltning og kunnskapsoverføring i helsetjenestene har «så vidt begynt å utvikle et solid fotfeste» (Elwyn et al., 2007, s. 1). Funnene fra en norsk studie viser tilsvarende at man i helsesektoren ikke alltid tar i bruk tilgjengelige systemer for kunnskapsdeling og samhandling, selv om mulighetene er der (Giltvedt et al., 2012, s. 25).

Helsesektoren har hentet ideer som teamwork, tverrfaglighet og nettverk fra andre sektorer i den hensikt å forbedre tjenestene (Braithwaite, 2015, s. 1-2). Et kjennetegn ved mange av modellene og metodene i helsevesenet, er ideen om læring i fellesskap hvor leger, sykepleiere og hjelpepleiere samarbeider og deler kunnskap med hverandre (Adler, Kwon & Heckscher, 2008, s. 368-369). Et annet kjennetegn ved helsesektoren, er at det gjennom flere år har vært en økende tendens til at kliniske retningslinjer og protokoller brukes som en rettesnor for levering av kvalitativt gode helsetjenester. I helsesektoren er idealet at behandlingen som pasienter får skal være basert på «beste praksis» og dette omtales som evidensbasert medisin eller praksis. Evidensbaserte praksis skal bygge på dokumentert forskning (Gabbay et al., 2003, s. 284). Kliniske retningslinjer kan gjøres tilgjengelig gjennom IKT-systemer, og dermed spres mellom organisasjoner (Bose, 2003, s. 60; Gabbay et al., 2003).

Bate og Robert (2002) har kritisert kvalitetsreformer i helsevesenet i England og Wales for å bygge på naive forestillinger om kunnskapsforvaltning. Forfatterne argumenterer for at programmer for kunnskapsoverføring må vurdere og håndtere faktorer som kan påvirke kunnskapsdelende prosesser (s. 656). En relevant studie i denne sammenhengen er en litteraturgjennomgang av studier som undersøker «between- group behaviour» i helsesektoren (Braithwaite, 2010). Litteraturgjennomgangen viser at studier gjennomført i en rekke forskjellige land beskriver helsetjenestene som silo-organisert og fragmenterte, og at det kan være en barriere for kunnskapsoverføring (ibid). Tradisjonelle organisatoriske strukturer kan hemme læring i helsevesenet, og innføring av mer horisontale strukturer, som til eksempel prosjektbaserte grupper, kan føre til mer effektiv kunnskapsoverføring (Currie & Martin, 2007, s. 415; Adler et al., 2008, s. 370). Tendensen til «profesjonsklaner» er også et forhold som kan være en barriere for kunnskapsoverføring (Braithwaite, 2010; Bate & Robert, 2000). Beveren (2003) hevder at autonomikulturen og tendensen til «siloer med kunnskap» må erstattes med en kultur som vektlegger samarbeid, læring og teambygging. Eksisterende strukturer og samarbeidsrelasjoner kan med andre ord være til hindre for effektiv kunnskapsoverføring (s.

91), og kunnskapsoverføring i helsevesenet kan være utfordrende både i planleggingsfasen og iverksettingsfasen (Currie & Marti, 2007; Kimble et al., 2010; Gabbay, 2003).

Et mulig positivt utfall av samarbeid om kunnskapsoverføring er at det kan gi bedre samarbeidsrelasjoner i og mellom organisasjoner og profesjoner, og dermed redusere avstanden mellom dem (Braithwaite, 2010; Bose, 2003, s. 62). Interorganisatorisk kunnskapsoverføring i helsevesenet kan dermed ses i sammenheng med målsetningen om helhetlige og integrerte helsetjenester, og helsemyndigheter i flere land understreker viktigheten av «samarbeid» og «partnerskap» for å utvikle integrerte tjenester (Glendinning, 2002, s. 139). Hva angår norske forhold, så er samhandlingsreformen et klart uttrykk for dette. Det har blitt hevdet at gjennomføringen av reformen forutsetter en bred mobilisering av aktører som arbeider innenfor ulike institusjonelle rammer, som må samarbeide på flere områder for å finne nye kunnskaper, teknologier og organisatoriske løsninger (Ramsdal, 2013, s. 332).

3.1.2 Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner: Teoretisk definisjon og operasjonalisering

Formålet med denne masteroppgaven er å studere knowledge management prosesser mellom forvaltningsnivåene i helsesektoren. Kunnskapsoverføring kan tolkes som en prosess som også involverer fasene med å skape, strukturere, spre og iverksette kunnskap (Bose, 2003). Willem og Buelens (2007) definerer kunnskapsdeling som “prosessen der en enhet blir påvirket av erfaringen til andre enheter” (s. 582). En implikasjon av denne definisjonen er at kunnskapsdeling er mer enn summen av tiltak som benyttes. Kunnskapsdelende tiltak som ikke fører til refleksjon eller endringer i organisasjonen er dermed ikke kunnskapsoverføring, utfra denne definisjonen. Kunnskapsdeling innebærer at individer i organisasjoner prosesserer kunnskapen som gjøres tilgjengelig, og deretter benytter kunnskapen i egen virksomhet (s. 590). En alternativ forståelse er at tiltak som f.eks. nettverk, hospitering er uttrykk for kunnskapsdeling, som potensielt kan føre til læring og organisatorisk endring. Yang og Maxwell (2011) argumenterer for at prosessen med å implementere kunnskapen i organisasjonen bør skilles ut fra selve kunnskapsdelingbegrepet, og at disse prosessene starter etter at kunnskapen har blitt overført på en vellykket måte (s. 171). I en forlengelse av dette resonnementet kan konkrete tiltak forstås som kunnskapsdeling, uavhengig av om organisasjonsmedlemmer lærer og endrer praksis eller rutiner. I denne masteroppgaven undersøkes det ikke hvorvidt individer og organisasjoner lærer eller implementerer ny

kunnskap, men hvilke kompetansetiltak som tas i bruk. Kunnskapsoverføring defineres som: *Felles kompetansetiltak mellom helseforetak og kommuner hvor intensjonen er å dele kompetanse mellom ansatte fra forskjellige tjenestenivåer.* Tiltakene som i utgangspunktet er interessante er hospiteringsordninger, kurs og undervisning, nettverk, ambulerende team og praksiskonsulentordningen, fordi det er disse som foreslås i den nasjonale veilederen for inngåelse av lovpålagte samarbeidsavtaler (HOD, 2013a).

Kunnskapsoverføring i helsevesenet som ikke er et samarbeid på tvers av organisasjoner fra ulike forvaltningsnivåer i helsesektoren, utelukkes fra denne definisjonen. Kunnskapsutveksling som spesifikt foregår i forhold til enkeltpasienter (for eksempel i forbindelse med inn- og utskrivning) og ikke har et klart kompetansebyggende formål, utelukkes også. Kunnskapsoverføring kan involvere aktører som praktikere, forskere og beslutningstakere (Bornbaum et al., 2015, s. 3). I kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner er det primært helsepersonell (praktikere) fra helseforetak og kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner som deltar, og det er dermed kunnskapsdeling hvor helsepersonell deltar som er interessant.

3.2 Eksplisitt og taus kunnskap

Første del av problemstillingen forutsetter en kartlegging av de tiltakene for kunnskapsoverføring som vi finner. Kunnskap kan kategoriseres på flere måter, og en distinksjon som ofte benyttes i knowledge management litteraturen er skillet mellom eksplisitt og taus kunnskap (Haynes, 2005, s. 132). Fordelen med disse kategoriene er at de kan brukes til å si noe om hvilken kunnskap som helseforetaket og kommunene prioriterer å overføre. Formålet er å beskrive og fortolke kunnskapsdelingen som denne studien finner med teoretiske «briller». Eksplisitt kunnskap er kunnskap som kan kodifiseres og uttrykkes gjennom skriftlige prosedyrer, standarder og databaser. Eksplisitt kunnskap kan derfor overføres gjennom språk, bilder og informasjonssystemer. IKT-verktøy er et virkemiddel til å dele eksplisitt kunnskap mellom organisasjoner. Taus kunnskap er utfordrende å artikulere presist, og er derfor ikke mulig å overføre gjennom informasjonssystemer. Denne formen for kunnskap består av modeller, intuisjoner og «know-how», og overføres gjennom sosialiseringprosesser. Taus kunnskap utvikles gjennom tidligere kunnskap, erfaringer og profesjonell ekspertise. Interaksjon og utvikling av felles forståelser er viktig for utviklingen av taus kunnskap. Taus kunnskap er «sticky» og derfor ofte vanskelig å overføre mellom organisasjoner. Eksplisitt

kunnskap kan omgjøres til taus kunnskap gjennom internaliseringsprosesser. Taus kunnskap kan kodifiseres og gjøres om til eksplisitt kunnskap gjennom en eksternaliseringsprosess (Hartley & Bennington, 2006, s. 103; Dawes et al., 2009, s. 394; Hartley & Allsion, 2002, s. 112-113; Kothari, 2012, s. 1, 3; Raza, 2007, s. 77).

Kunnskapsprosesser involverer både taus og eksplisitt kunnskap, og overføring av begge typer kunnskap er viktig for kvalitetsforbedring i helsevesenet. Helsepersonells tause kunnskap består blant annet av kliniske erfaringer og problem-løsningsferdigheter (Raza, 2007, s. 77). Beveren (2003, s. 93) skriver at utdanningssystemet er med på å utvikle den eksplisitte kunnskapen til helsepersonell, mens taus kunnskap gjerne overføres i praksisperioder som studentene gjennomgår. I følge Kothari (2012) har ofte kunnskapsoverføring-litteraturen forstått begrepet kunnskap i en snever forstand, og vært opptatt av hvordan formell, eksplisitt vitenskapelig kunnskap overføres og brukes i praksiser og i beslutningsprosesser (s. 2). Han argumenterer altså for at studier av kunnskapsoverføring bør undersøke både eksplisitt og taus kunnskap. Hvilken mekanisme eller ordning som er egnet til å overføre kunnskap, avhenger blant annet av type kunnskap som skal overføres (Dawes et al., 2009, s. 394-395). Kunnskapsprosesser innebærer i praksis som oftest en kombinasjon av taus og eksplisitt kunnskap, men ulike strategier og tiltak vektlegger kunnskapsformene ulikt. Kunnskapsoverføring i helsevesenet handler både om spredning av standarder og prosedyrer ved hjelp av IKT-verktøy (eksplisitt kunnskap) og læring i team og nettverk (taus kunnskap) (Bate & Robert, 2002, s. 657; Raza, 2007, s. 77).

Flere studier har brukt kategoriene i den hensikt å undersøke hvordan egenskaper ved kunnskapen som kan skal deles kan påvirke selve prosessene med å dele kunnskap, men i denne studien har kategoriene en annen funksjon. Kategoriene eksplisitt og taus kunnskap er utgangspunktet for å diskutere hvilken type kunnskap samarbeidspartene vurderer og prioriterer som viktig å dele. En begrunnelse for å bruke disse kategoriene, er at det kan være fruktbart å se kunnskapskategoriene i sammenheng med knowledge management strategier som finnes i helsesektoren. Skillet mellom kunnskapstyper kan ses i sammenheng med evidensbevegelsen i medisin (eksplisitt kunnskap) og nettverksstankegangen (taus kunnskap). I denne studien forstås skillet som strategier som vektlegger ulike kunnskapstyper og overføringsmekanismer (se tabell 1). En slik kobling mellom kunnskapstyper og strategier i helsevesenet kan kritiseres for å forenkle bildet i for stor grad, blant annet fordi nettverksstrukturer kan brukes til å spre kliniske retningslinjer (eksplisitt kunnskap). Likevel er disse teoretiske koblingene mellom taus

og eksplisitt kunnskap, strategier og tiltak fruktbare som teoretiske «briller» som kan brukes til å beskrive og forklare kunnskapsoverføringen i casen som undersøkes.

Hartley og Bennington (2006) argumenterer for at det har vært for lite fokus på overføring av taus kunnskap i offentlig sektor. Et synspunkt er at offentlig sektor bør lære av næringslivet, som lenge har forstått verdien av taus kunnskap (Bate & Robert, 2002, s. 648). Haynes (2005, s. 132) hevder at det er utfordrende at mye av kunnskapen i offentlig sektor er taus kunnskap, ettersom overføring av taus kunnskap krever fleksibilitet og kreativitet. Hospiteringsordninger, praksiskonuslentsordningen og ambulerende team er tiltak for å dele taus kunnskap mellom helsepersonell fra helseforetak og kommuner. Ettersom disse ordningene vektlegger læring i fellesskap, samarbeid og kunnskapsoverføring «i det daglige» er det nærliggende å beskrive disse som ordninger for overføring av taus kunnskap. Taus kunnskap er nært relatert til praksis (Kothari, 2012, s. 2-3). E-læring, kurs og deling av standarder og prosedyrer kan beskrives som typiske tiltak for deling av eksplisitt kunnskap. Hva helsepersonells faktisk lærer av hverandre gjennom deltagelse i forskjellige kunnskapsdelende tiltak må undersøkes empirisk. Her benyttes taus og eksplisitt kunnskap som et teoretisk skille til å beskrive strategier og kunnskapsdelende tiltak. Tabell 1 viser hvordan taus og eksplisitt kunnskap er koblet til de to kunnskapsdelende strategiene og kunnskapsdelende tiltak.

Taus kunnskap	Eksplisitt kunnskap
<i>Kunnskap</i>	<i>Kunnskap</i>
Erfaringskunnskap Ferdigheter Samarbeidskompetanse Kontekstspesifikk kunnskap	Informasjon Forskningsbasert kunnskap Evidens Dekontekstuell kunnskap
<i>Kunnskapsdelende strategi</i>	<i>Kunnskapsdelende strategi</i>
Intensjon: Dele kunnskap og utvikle kunnskap i fellesskap. Kunnskapen både eksisterer og blir til i prosesser for kunnskapsdeling. Behøver ikke å systematiseres i svært stor grad før den skal deles. Kan være mer uklart akkurat hvilken kunnskap som skal deles.	Intensjon: Overføre kunnskap og veilede individer og organisasjoner som har behov kunnskap. Kunnskapen må skapes, struktureres og lagres før den skal deles/overføres. Det er klart hvilken kunnskap som skal deles.
<i>Typiske tiltak</i>	<i>Typiske tiltak</i>
Formelle og uformelle ikke-virtuelle møter. Nettverk Kunnskapsoverføring i hverdagen/praksisnære tiltak <i>Tiltak mellom helseforetak og kommuner</i> Hospitering, ambulerende team, praksiskonseptordningen	IKT Konferanser/møter Faglige retningslinjer Konferanser, e-læring, veiledning, felles nettsider. <i>Tiltak mellom helseforetak og kommuner</i> E-læring, kurs og undervisning, virtuelle nettverk,

Tabell 1: Typer kunnskap og strategier for kunnskapsdeling.

3.3 Hva kan forklare kunnskapsdelingen?

Formålet med denne studien er å undersøke hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om felles kompetansetiltak, som altså kan beskrives med utgangspunkt i de teoretiske «brillene» taus og eksplisitt kunnskap. Yang og Maxwell (2011) oppsummerer hvilke forklaringsvariabler som fremkommer i litteraturen om informasjonsdeling i og mellom offentlige virksomheter. Fordi informasjonsdeling ikke «bare handler om å dele eksplisitt, kodifiserbar kunnskap», diskuteres det i artikkelen hvilke faktorer som kan påvirke både informasjon og kunnskapsdeling (s. 164). En implikasjon av dette resonnementet, er at artikkelen kan sies å diskutere deling av både eksplisitt og taus kunnskap, og er dermed relevant for denne studien.

Hensikten med artikkelen er, ifølge forfatterne, å klargjøre hva som er nøkkelfaktorer, identifisere interessante forsknings spørsmål, samt utforme et rammeverk som kan brukes av praktikere som skal vurdere og implementere informasjon- og kunnskapsdelende prosjekter.

Yang og Maxwell (2011) viser at den akademiske litteraturen fokuserer på det inter-personlige, intraorganisatoriske og interorganisatoriske nivået, og diskuterer forklaringsfaktorer på hvert av disse nivåene. For denne studiens formål, er det interorganisatorisk kunnskapsoverføring som er relevant. Forfatterne argumenterer, i likhet med andre, for at forklaringsfaktorene er mer mangfoldige og kompleks i interorganisatorisk enn intraorganisatorisk kunnskapsoverføring (s. 171). Forfatterne strukturerer forklaringsfaktorene i interorganisatorisk kunnskapsoverføring i teknologiperspektivet, det organisatoriske perspektivet og politikk- og policyperspektivet. Forklaringene som skal undersøkes nærmere i denne studien kan plasseres inn under det organisatoriske perspektivet og politikk- og policy perspektivet. Disse er erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap, ledelse og ressurser (det organisatoriske perspektivet) og maktforhold (politikk- og policy-perspektivet), og dette begrunnes når hver av disse forklaringsfaktorene presenteres. I den akademiske litteraturen er det som nevnt færre studier av interorganisatorisk kunnskapsoverføring sammenlignet med intraorganisatorisk kunnskapsoverføring. Ifølge forfatterne kan flere funn som har fremkommet innenfor en intraorganisatorisk kontekst sannsynligvis bidra til å øke forståelsen for kunnskapsdelende prosesser som foregår på tvers av organisasjoner (Yang & Maxwell, s. 2011). Forventningene som skal undersøkes i denne studien har derfor også blitt utledet på bakgrunn av studier av intraorganisatorisk kunnskapsoverføring, men disse plasseres altså inn under de teoretiske perspektivene som Yang og Maxwell (2011) identifiserer i den akademiske litteraturen om interorganisatorisk kunnskapsoverføring.

3.3.1 Erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap

I Yang og Maxwells (2011) oversikt nevnes «manglende erfaringer» som et forhold som kan forklare informasjon- og kunnskapsdeling mellom organisasjoner. Erfaringskonteksten kan handle om forskjellige forklaringsfaktorer som f.eks. tillit, nettverksbånd og gjensidighetskunnskap. En norsk studie om samhandling i helsevesenet bruker begrepet gjensidighetskunnskap om kunnskapen man har om samhandlingsparters kompetanse, systemer, muligheter og begrensninger, samt det at man kjenner til hverandre fordi man faktisk møtes, eller f.eks. snakker sammen i telefonen (Danbolt et al., 2010, s. 244). I denne studien

argumenteres det for at kvaliteten ved å kjenne til hverandre er vesentlig fordi det bidrar til å skape bedre flyt i samhandlingen og gode holdninger, samt reduserer mulighetene for misforståelser, urealistiske forventninger eller ansvarsfraskrivelse (ibid). En vurdering som har blitt foretatt, er at begrepet gjensidighetskunnskap er sammensatt og kan skilles ut i to deler. For det første handler gjensidighetskunnskap om å kjenne individene som man samhandler med. For det andre handler begrepet om å ha kunnskap og forståelse for hverandres systemer og kompetanse.

En del studier argumenterer for at kjennskap til samarbeidspartnere er positivt i kunnskapsdelende prosesser fordi det skaper bedre samarbeidsrelasjoner, samt et nettverk til å spre informasjon. Informantene i en studie av samhandling mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid forteller at det å møtes ansikt til ansikt er sentralt for å utvikle et godt samarbeid (Elstad et al., 2013, s. 302). Gorry (2008) argumenterer for at individer kan være motiverte for kunnskapsdeling, men mangle et nettverk som strekker seg utover egen organisasjon (s. 108). En studie av kunnskapsdeling i forskjellige prosjekter i helsevesenet i Storbritannia finner at nettverk og relasjoner er positivt for kunnskapsoverføring blant annet fordi det gir deltagerne støtte, informasjon og et nettverk til å spre informasjon om prosjektene (Currie, Finn & Martin, 2007, s. 413). Kommunikasjon, nærhet og støtte i kunnskapsdelende prosesser kan være påvirket av hvilke erfaringer deltagerne har med slikt samarbeid (Elwyn et al., 2007, s. 6). For eksempel finner en studie av kliniske nettverk i Storbritannia at det nettverket som fungerte godt, hadde klart å bygge videre på tidligere relasjoner (Addicott et al., 2007, s. 103). Forskere har observert en sammenheng mellom manglende nettverk/erfaring og mindre kunnskapsoverføring (Currie et al., 2007, s. 413).

Flere studier viser hvordan kunnskap og forståelse for hverandres systemer og kompetanse har en sammenheng med kunnskapsoverføring. I kunnskapsdelende prosesser skyldes ikke mistenksomhet ovenfor samarbeidspartnerne nødvendigvis manglende tillit, men manglende forståelse og kunnskap om hvilke rammer andre ansatte arbeider innenfor (Friesl et al., 2011, s. 72, 80). Currie et al. (2007) argumenterer for at det er positivt at deltagerne har innsikt i og forståelse for hvordan henholdsvis spesialist- og primærhelsetjenesten fungerer når de skal samarbeide om kunnskapsoverføring (s. 413). Informantene i studien til Elstad et al. (2013) vektlegger nettopp viktigheten av å kjennskap til hverandres hjelpetilbud. Faste møteforumer kan være arenaer hvor man blir kjent med hverandre, og utvikler forståelse for hverandres faglige tilnærminger (s. 302).

For å oppsummere, så finner flere studier at det å kjenne individene som man samhandler med, og det å ha kunnskap og forståelse for hverandres systemer og kompetanse, fremmer kunnskapsoverføring. Et spørsmål som skal undersøkes i studien, er dermed hvorvidt gjensidighetskunnskap innvirker på prosessene med å dele kunnskap mellom nivåene i casen som skal undersøkes. Flere studier finner at helsesektoren er fragmentert, og at sektoren kjennetegnes av siloer med kunnskap (Braithwaite, 2010; Beveren, 2003). Fordi spesialisthelsetjenesten og kommuner i for liten grad har innsikt i det motsatte forvaltningsnivået, har det blitt innført samarbeidsavtaler og samhandlingsfora, hvor siktemålet er å fremme en felles erfaringsdannelse (Rommetvedt et al., 2014, s. 10). Forventningene i denne studien er at gjensidighetskunnskap innvirker positivt på prosessene med å dele kunnskap. Erfaringskontekst antas å være nært relatert til gjensidighetskunnskap. Felles planleggingsprosesser om kunnskapsdeling forventes å føre til mer gjensidighetskunnskap, som igjen fører til mer kunnskapsdeling. For å undersøke gjensidighetskunnskap skal det samles inn data om: hvordan samarbeidet om kompetansedeling har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen, om partene har kunnskap og forståelse for hverandres kompetanse og systemer, og om de kjenner sine samarbeidspartnere.

3.3.2 Ledelse

Ledere kan legge til rette for koordinering på tvers av organisasjoner, og ledelse er derfor interessant å undersøke i studier av kunnskapsdeling (Yang og Maxwell, 2011, s. 169). Ledelse har blitt studert i en del studier av intraorganisatorisk kunnskapsdeling, men det virker som det i mindre grad har blitt undersøkt i studier av interorganisatorisk kunnskapsdeling. Li og Lin (2009) studerer interorganisatorisk informasjonsdeling i «supply chain management». Toppledelsen sitt ansvar er å skape en visjon, veiledning og støtte, og skape en kultur for informasjonsdeling, og funnene viser en positiv sammenheng mellom støtte fra toppledelsen og informasjonsdeling (s. 1650). Informantene i en studie av intraorganisatorisk kunnskapsdeling i handelsdepartementet i Hongkong, uttrykker at støtte fra toppledelsen er essensielt for at programmene skal lykkes (Yao et al., 2007, s. 62). Lignende finner Seba et al. (2012), som undersøker kunnskapsdeling internt i politiet i Dubai, at ledere på ulike nivåer har en viktig rolle i å oppmuntre til kunnskapsdeling. Lederegenskaper som fremheves er blant annet ferdigheter til å utvikle tillit mellom parter, fremme motivasjon og utvikle langsiktige strategier for organisasjonen. Ledere har ansvar for å skape en kultur for kunnskapsdeling, og spre den til

øvrigt deler av organisasjonen (ibid, s. 120). Ledere må oppmuntre og tilrettelegge for at ansatte kan delta i kunnskapsdelende aktiviteter (Yao et al., 2007, s. 62). Flere hevder at det er nødvendig å øke bevisstheten om verdien av knowledge management både blant ledelsen og bakkebyråkrater i offentlig sektor (Chiem 2001; Cong & Pandya, 2003, s. 25).

Ledelse kan være komplisert i interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser fordi det være krevende å bli enige om målsetninger, avklare ledelsesansvaret, og spre informasjon i organisasjonene. Li og Lin (2009) sin studie av interorganisatorisk informasjonsdeling finner at i hvilken grad partene deler en felles visjon med samarbeidet forklarer hvor omfattende informasjonsdelingen er. Forskerne definerer felles visjon som i hvilken grad partene har felles oppfatninger om hvilke målsetninger, handlinger og policier som er viktige og passende (s. 1647). Lignende funn er det dessuten i studien til Gil-Garcia et al. (2007), hvor det ble innhentet data fra til sammen seks forskjellige interorganisatoriske informasjonsdelene prosjekter. Flere negative konsekvenser ble observert i prosjektene hvor partene ikke var enige om målsetningene/prioriteringene (s.128).

Ledelse i interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser kan dessuten være komplisert fordi det skaper uklarheter om ledelsesansvar, manglende eierskap, og organisatoriske hindre som er krevende å overkomme. Currie og Martin (2006) studerte kunnskapsoverføring innenfor ulike helseprosjekter, hvor et av prosjektene involverte et komplekst nettverk av aktører fra ulike sektorer, organisasjoner og profesjoner. En konsekvens av denne kompleksiteten, var uklarheter om hvem som skulle lede prosjektet kombinert med manglende eierskap til prosjektet blant deltagerne (s. 414). Tilsvarende viser studien til Sandkjær, Hanssen og Helgesen (2013), som undersøker hva som kreves av kommunene som forhandlere med helseforetaket, at samarbeid om felles utviklingsprosjekter mellom flere kommuner og helseforetaket kan være utfordrende. Et slikt utviklingsprosjekt må forankres, behandles og vedtas i hvert enkelt kommunestyre før det kan iverksettes (s. 120).

En intensjon med innføringen av samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg er å tilrettelegge for koordinering mellom helseforetaket og kommunene. I stortingsmeldingen hevdes det at problemene i samarbeidet skyldes for lite, langsiktig planlegging (St.meld. nr.47 (2008-2009), 2009). Endringer som følger av samarbeid impliserer at ledere i helseforetaket og kommunene i større grad må samarbeide om kunnskapsdeling, men det kan utfra litteraturen forventes at

felles ledelse er krevende. I denne studien skal det undersøkes om ledelsen i helseforetaksområdet har overkommet disse hindrene, og hvordan det eventuelt har skjedd. Ledelse kan undersøkes ved å undersøke hvordan helseforetak og kommuner motiverer, informerer og tilrettelegger for kunnskapsdeling i fellesskap.

3.3.3 Ressurser

Yang og Maxwells (2011) identifiserer mangel på ressurser som en forklaringsvariabel i interorganisatorisk kunnskapsoverføring, og flere studier viser at så er tilfellet i offentlig sektor (Yao et al., 2007, s. 65; Yang & Maxwell, 2011, s. 170; Dawes et al., 2009, s. 398). Litteraturen viser at det er krevende å sette av ressurser til aktiviteter som ikke er relatert til den daglige driften (Sandhu et al., 2011; Seba et al., 2012, s. 120), og flere studier fra helsesektoren viser at kunnskapsdelende aktiviteter kan være krevende å gjennomføre på grunn av mangel på ressurser (Addicott et al., 2007, s. 100; Kajamaa, 2011; Danbolt et al., 2010; Gorry, 2008, s. 108; Giltvedt et al., 2012, s. 24).

Kostnadene forbundet med å dele kunnskap varierer utfra hvilken type kunnskap det er som skal deles (Foss et al., 2010, s. 468). Kunnskapsdelende prosesser hvor intensjonen er overføring av taus kunnskap er gjerne tidkrevende, og derfor er det ofte ressurskrevende å overføre taus kunnskap (Hartley & Bennington, 2006, s. 103; Bate & Robert, 2002, s. 649; Hartley & Allison, 2002, s. 105). Tiltak som vektlegger overføring av taus kunnskap vil i mange tilfeller være forbundet med høyere kostander sammenlignet med tiltak som vektlegger overføring av eksplisitt kunnskap, og ressurser kan på den måten påvirke hvilke tiltak som gjennomføres.

Hvor ressurskrevende det er for kommuner og helseforetak å samarbeide om kunnskapsdeling, er dessuten relatert til avstanden mellom helseforetak og samarbeidende kommune. Yang og Maxwell (2011) identifiserer da også avstand mellom organisasjoner som en forklaringsvariabel i interorganisatorisk kunnskapsoverføring. Det argumenteres for at ansikt-til-ansikt kontakt er essensielt i mange former for kunnskapsoverføring, men i noen tilfeller ikke praktisk gjennomførbart på grunn av kostander forbundet med reising (Dawes et al., 2009, s. 396). Hvis det er lang avstand mellom organisasjoner kan det mer gjennomførbart å benytte IKT-løsninger, dvs. kunnskapsdelende tiltak som kan overføre eksplisitt kunnskap.

For å oppsummere så er altså forventningen at ressurser hindrer kunnskapsdeling, og øker sjansen for at tiltak for eksplisitt kunnskap tas i bruk. I denne studien skal betydningen til ressurser studeres gjennom å undersøke hvilken betydning informantene tillegger denne faktoren.

3.3.4 Maktforhold

Ulike roller, interesser og profesjoner er faktorer som spiller inn i kunnskapsoverføring (Hartley & Bennington, 2006, s. 105). Kunnskapsdelende prosesser foregår innenfor spesifikke kontekster hvor det gjerne er noen dominerende aktører som definerer hva kunnskap er. Flere hevder derfor at modeller for kunnskapsoverføring i offentlig sektor bør ta hensyn til hvordan maktforhold påvirker kunnskapsdeling (Hartley & Bennington, 2006, s. 102-105; Rashman & Hartley, 2002, s. 529). Fordi informasjon og kunnskap er en kilde til makt, samt oppfattes som et symbol på autoritet, kan individer og organisasjoner være motvillige til å dele kunnskap med hverandre (Yang & Maxwell, 2011, s. 170). Frykt for å miste status og posisjon kan redusere hvor motiverte og villige individer er til å dele kunnskap, og derfor er status og konkurranse faktorer som kan komplisere prosessene med å skape en kultur for kunnskapsdeling (Yao, Kam & Chan, 2007, s. 65; Dawes et al., 2009, s. 397; Haynes, 2005, s. 133).

I helsesektoren kan kunnskap- og informasjonsutveksling ses i sammenheng med status- og maktforskjeller mellom profesjoner og organisasjoner. Beveren (2003), som studerer kunnskapsoverføring innenfor en australsk helseorganisasjon, hevder at fordi deler av kunnskapen «har blitt eiendom som tilhører ulike profesjoner, er det vanskelig å gi avkall på den, eller dele kunnskapen, på grunn av makten og statusen som er forbundet med den kunnskapen i organisasjonen og samfunnet» (Beveren, 2003, s. 93). Ekspertene i helsevesenet kan «hamstre» kunnskap dersom kunnskap forstås som private goder fremfor fellesressurser som tilhører offentlige virksomheter (Currie & Suhomlinova, 2006, s. 25), og på den måten hindre at det skapes en kunnskapsdelende kultur.

En annen antagelse som fremkommer i studier av kunnskapsdelende prosesser i helsevesenet, er at maktforhold kan føre til kunnskapshierarki hvor enkelte individers eller organisasjoners kompetanse tillegges mer vekt og gyldighet enn andres. Et eksempel er Currie og Suhomlinova (2006) sin studie av kunnskapsdeling i det britiske helsevesenet. Forfatterne diskuterer i denne studien blant annet skillet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og hvordan maktforskjeller kan påvirke kunnskapsdelende prosesser mellom helsetjenestenivåene. Et

argument som fremmes er at «politiske ambisjoner om utvikling mot lærende organisasjoner bør ta i betraktning eksisterende maktforhold» (Currie & Suhomlinova 2006: 25), og at kunnskapsdelende prosesser kan reflektere eller forsterke eksisterende maktforskjeller, og f.eks. styrke sykehus-legers interesser. Kunnskapsdelende strukturer i helsevesenet som i prinsippet er flate i struktur kan ha «skjulte hierarkier» som hindrer kunnskapsoverføringen (ibid: 25). Flere studier av kunnskapsdeling i helsevesenet finner støtte for dette argumentet, f.eks. Kimble et al. (2010) sin studie av et helsenettverk i Frankrike. Et sentralt funn i denne studien var at «nettverket var kjennetegnet av et uformelt, men svært institusjonalisert, hierarki» (Kimble et al., 2010, s. 441), som innebar at nevrologenes kunnskap og vurderinger ble avgjørende i bestemmelsen av diagnoser. En studie av kunnskapsdelende prosesser i et praksisfelleskap mellom helse- og sosialtjenestene i Storbritannia fant at flere av legene i allmennlegetjenesten og på sykehuset ikke klarte å tilpasse seg samarbeidsformene og beslutningsprosessene, som var fundert på samarbeid og likeverdighet (Gabbay et al., 2003, s. 149). En antagelse i litteraturen er altså at det i interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser i helsevesenet kan være et kunnskapshierarki.

Enkelte norske studier indikerer at det er et kunnskapshierarki mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner. En studie av samhandling i den psykiske helsetjenesten finner at kommuneansatte mener at kommunene har mye kunnskap, men at spesialisthelsetjenesten i liten grad etterspør denne kunnskapen (Danbolt et al., 2010, s. 241). Informantene i en studie av samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet forteller at det er mangelfull kompetanse på sykehusene om hvordan kommunehelsetjenesten fungerer, og hva kommunehelsetjenesten er i stand til å gjøre (Abelsen et al., 2014, s. 65). Et annet eksempel er en studie som undersøker samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Informantene i denne studien vurderer likeverdighet som viktig, og mener at det blant annet handler om at kunnskapstyper ikke rangeres (Giltvedt et al., 2012, s. 23-24). Forskerne hevder at det fremkom en tvetydighet i datamaterialet med tanke på likeverdighet i kunnskapstyper, og skriver at:

På den ene siden ble det slått fast at fagkunnskapen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er likeverdig. På den annen side opplevde informantene at kunnskapen fra spesialisthelsetjenesten ble tillagt mer gyldighet enn kunnskapen fra

kommunehelsetjenesten og dermed ble avgjørende når beslutninger om spesialisert medisinsk behandling skulle tas (Giltvedt et al., 2012, s. 23).

Hartley og Bennington (2006, s. 106) sin studie av kunnskapsdeling mellom sentrale og lokale myndigheter i England, viste at de sentrale myndighetene i liten grad var opptatt av hva de kunne lære fra lokale myndigheter. Funnene viste altså at kunnskapsdelingen var nokså enveis. Forfatterne argumenterer for at sentrale myndigheter bør forsøke å endre sin rolle fra å være en formidler av «beste praksis» til en aktiv deltager i læringsprosessen. En antagelse er altså at hvis en av partene er kunnskapsformidlere, mens den andre parten er mottager av kunnskap, kan det være et forhold som innvirker negativt på samarbeidsforholdet og motivasjonen og viljen til å dele kunnskap. En årsak er at hvis en av partene i et kunnskapsdelende samarbeid opplever at deres kunnskap ikke vurderes som verdifull, kan det redusere motivasjon til å dele kunnskap. En annen forklaring er at hvis en av partene ikke opplever at de har noe å tjene på kunnskapsdelingen (fordi de ikke mottar kunnskap), kan motivasjonen til å dele kunnskap være lav (Dawes et al., 2009, s. 397). Forventninger om tilgang til nyttig informasjon og kunnskap kan øke motivasjonen og viljen til å dele kunnskap (Jarvenpaa, 2008, s. 264). En relevant norsk studie er studien til Elstad et al. (2013) av samhandlingspraksiser mellom et distriktpsykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid, hvor informantene var enige om at man bør tilstrebe at informasjon og kunnskap går begge veier (Elstad et al., 2013, s. 303). Hvorvidt kunnskapsoverføringen som forekommer innenfor en spesifikk kontekst er gjensidig, er et spørsmål som må undersøkes empirisk (Rashaman, 2009, s. 478).

Et dokumentert funn i knowledge management litteraturen om helsesektoren er altså at maktforhold kan komplisere samhandling- og kunnskapsprosesser i helsevesenet, og derfor er det interessant å studer maktforhold i denne case-studien. En sentral intensjon med samhandlingsreformen var dessuten å legge til rette for større grad av likeverdighet i samhandlingen mellom helseforetakene og kommunene (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Et krav som stilles, er at helseforetak og kommuner skal etterstrebe gjensidighet i de kunnskapsdelende prosesser. Lover og reguleringer kan fasilitere relasjon- og tillitsbygging i interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser, hvis disse reguleringene er med på å «gi retning» til slike samarbeidsprosjekter (Yang og Maxwell, 2011, s. 171). Likevel er det ikke sikkert at kunnskapsdelingen ikke er preget av maktforhold, selv om det stilles krav om likeverdighet i disse samarbeidsprosessen. Forholdet mellom helseforetak og kommuner er asymmetrisk med tanke på faglig kompetanse (Hanssen et al., 2013, s. 116-117), det er kun

spesialisthelsetjenesten (enn så lenge) som har veiledningsplikt, og kommunene har på sin side et stort behov for kompetansetilførsel. For å kunne diskutere om maktforhold er et hinder i kunnskapsdelingen mellom helseforetak og kommunene skal jeg undersøke: i hvilken grad relasjonen oppleves som likeverdig, hvor motiverte og villige partene er til å dele kunnskap med hverandre, hvem sin kunnskap som vurderes som viktig å dele mellom nivåene, og informasjon som kan fortelle noe om hvor gjensidig kunnskapsdelingen er. Funnene på hver av disse områdene vil til sammen kunne fortelle noe om maktforholdet mellom helseforetaket og kommunene.

3.3.5 Oppsummering

For å oppsummere, så skal kunnskapsdeling mellom helseforetaket og kommunene undersøkes med utgangspunkt i de teoretiske kategoriene taus og eksplisitt kunnskap. Studien skal undersøke om erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap, ledelse, ressurser og maktforhold kan forklare kunnskapsdelingen. Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner involverer mange organisasjoner, avdelinger og individer fra ulike forvaltningsnivåer med ulike ressurser, som kan ha ulike interesser og maktposisjoner som kan påvirke kunnskapsoverføringen. En forventning som er rimelig, med utgangspunkt i den akademiske litteraturen, er at kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner er krevende å gjennomføre

4 Metode

Forskningsdesign kan beskrives som strategien forskeren bruker for å hente frem empiri som bevis for hypotesene som undersøkes (Gerring, 2008, s. 216). Tema, problemstilling og forskningsspørsmål bør være styrende for valg av forskningsdesign, men praktiske begrensninger vil også ofte spille inn. I dette kapittelet beskrives og diskuteres forskningsdesignet. Hvilket forskningsdesign som benyttes får implikasjoner for hvilke slutninger som kan trekkes, og med hvilken grad av sikkerhet, og derfor er det viktig å beskrive og vurdere implikasjonene av det valgte forskningsdesignet og metoden (Bryman, 2004, s. 89; Lund, 2002, s. 89). I forskningsopplegg som kan beskrives som case-studier innebærer det å definere hva fenomenet som undersøkes er en case av, velge en egnet utvalgsstrategi og metode for innsamling og analyse av data, og vurdere reliabilitet og validitet.

4.1 En case-studie av interorganisatorisk kunnskapsdeling i helsevesenet

Selv om case-studie er en populær forskningsstrategi, eksisterer det ikke en felles forståelse for hva som kjennetegner case-studie tilnærmingen (Andersen, 1997, s. 9). I litteraturen brukes begrepene case og case-studier i forskjellige betydninger. Likevel er det vanlig å tenke på case-studier som et forsøk på å forstå og fortolke hendelser som er avgrenset i tid og rom (Levy, 2008, s. 2). Gerring (2008, s. 20) definerer case-studier som en intensiv undersøkelse av en case hvor målet er, i alle fall delvis, å generalisere til flere caser. I denne studien er casen som undersøkes geografisk avgrenset til Sørlandet sykehus og samarbeidende kommuner innenfor dette foretaksområdet (avgrensning i rom) og det skal undersøkes kunnskapsdeling etter innføringen av samhandlingsreformen (avgrensning i tid).

Caser som undersøkes bør ses på som uttrykk eller eksempler innenfor et større empirisk og teoretisk univers (Andersen, 1997, s. 61; Levy, 2008, s. 2). Gjennom å spesifisere hva casen (eller casene) som undersøkes er et tilfelle av, blir det tydelig hvilket empirisk og teoretisk univers casen plasseres innenfor. Dette er helt nødvendig for å kunne trekke mer generelle konklusjoner. Denne studien er en case av *interorganisatorisk kunnskapsoverføring mellom forvaltningsnivåene i helsevesenet i Norge, hvor målet er å undersøke hva som kan forklare at slike tiltak forekommer*. Teoretisk plasseres casen innenfor litteratur som omhandler interorganisatorisk kunnskapsoverføring i offentlig sektor, med et hovedfokus på helse- og

omsorgstjenester. Ettersom det er mange forskjellige forhold som kan spille inn i interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser, har case-strategien blitt vurdert som egnet, fordi case-strategien er fruktbar til å studere flere potensielle forklaringer på det fenomenet som studeres, og hvordan disse henger sammen.

Foss et al. (2010) hevder at kunnskapsoverføring som et forskningsfelt fortsatt er i en fase preget av identifisering, observasjon og definering av sentrale konsepter, og at det er mye uklareheter knyttet til relasjoner mellom faktorer (s. 459). Et argument for å velge en case-strategi er derfor at det åpner opp for å studere nærmere spesifikke forklaringer som litteraturen trekker frem, samtidig som det er mulig å være åpen for andre potensielle forklaringer og relasjoner på grunn av at «dybde» prioriteres fremfor «bredde». Jeg mener at det er viktig i denne studien, fordi det er begrenset med systematisert kunnskap om den fasen i kunnskapsoverføring som jeg undersøker. Et annet argument, er at det er gjennomgående funn i forskningslitteraturen at det er mange, og gjerne kontekstuelle forhold, som påvirker kunnskapsoverføring. Ifølge (Yin, 2004, s. 54) kan case-studie også være en god strategi når forskeren ønsker å studere kontekstuelle betingelser mer i dybden. Et siktemål med studien er som nevnt å undersøke kunnskapsdeling innenfor samhandlingsreformens kontekst.

4.2 Valg av case

Curtis et al. (2000) skriver at casestudier tydelig bør få frem hva som er det underliggende prinsippet for utvalgsstrategien som benyttes (s. 1002). Gerring (2008) argumenterer for at casevalg-strategier, i hvert fall implisitt, er basert på at forskeren har foretatt en analyse av potensielle caser innenfor populasjonen. Grunnen til valg av case har med hvordan casen er situert innenfor populasjonen, og får implikasjoner for hvilke slutninger som kan trekkes. Gerring hevder derfor at det er nødvendig å utvikle noen antagelser om populasjonen av caser, som for eksempel kan gjøres gjennom en «cross-case» analyse på forhånd. Hvilken form for «cross-case» analyse som det er mulig å gjennomføre avhenger blant annet av hvor stor populasjonen er, og hvor mye informasjon som er tilgjengelig om casene (s. 89-90).

For å få et overblikk og forståelse for kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner, leste jeg alle eksisterende delavtaler om kunnskapsoverføring mellom HF og kommunene, en del informasjon på helseforetakenes nettsider, en regional kompetanseplan og diverse andre kilder. Ettersom disse kildene ikke kunne gi tilstrekkelig informasjon om erfaringskontekst og

gjensidighetskunnskap, ledelse, ressurser og maktforhold, var det en utfordring å velge case på en tilfredsstillende måte.

Etter gjennomgangen, var det imidlertid et helseforetaksområde som pekte seg ut som interessant. Jeg studerte som sagt alle delavtalene om gjensidig kunnskap- og informasjonsutveksling, og fant da at delavtalen mellom Sørlandet sykehus (SSHF) og kommunene i Agder fremstod som rimelig forpliktende sammenlignet med mange andre delavtaler. Likeverdighet understrekes, og i delavtalen står det blant annet at samarbeidet skal være kjennetegnet av «likeverdighet uavhengig av geografi og kommunestørrelse» (SSHF, 2014a, s. 3). Jeg studerte nettsidene til helseforetaket, og fant at de hadde en felles side for kompetansedeling, hvor det lå tilgjengelig informasjon om hospitering og kurs, undervisning og e-læring. Et annet moment ved denne casen, er at partene i 2013 gjennomførte et prosjekt om kompetansedeling. I denne rapporten hevdes det at det er få andre helseforetaksområder som arbeider med å utvikle felles struktur på områder hvor spesialist- og primærhelsetjenesten kan samarbeide om gjensidig kompetanseutveksling (SSHF, 2013, s. 12). I forbindelse med dette prosjektet ble det gjennomført et litteratursøk for å finne ut om noen andre nordiske institusjoner hadde utarbeidet noe lignende, men søket ga ingen resultater. Et av funnene fra kartleggingene var at det er «mye god samhandling mellom SSHF og kommunene på Agder», og det nevnes konkrete eksempler (ibid, s. 12).

En form for case-studier er studier av en eller flere avvikende (deviant) caser. Gerring (2008) definerer en avvikende case slik:

The deviant-case method select the case(s) that, by reference to some general understanding of a topic (either a specific theory or common sense), demonstrates a surprising value (s. 105).

En avvikende case er en case som med utgangspunkt i «some general cross-case relationship», demonstrer en overraskende verdi (Gerring, 2008, s. 106). En multivariat modell som forklarer fenomenet fremstår – med utgangspunkt i den casen – ikke som i stand til å forklare det som observeres i den casen. En slik case-logikk har som utgangspunkt et ønske om å *undersøke og forklare hvorfor denne casen avviker fra de teoretiske forventningene*. Forskningsstrategien kan dermed beskrives som eksplorerende (s. 106). I følge Levy (2008) er case-studier hensiktsmessige for å forklare caser som ikke passer sammen med eksisterende teori (s. 5).

Teoretiske perspektiver på interorganisatorisk kunnskapsoverføring i helsevesenet vektlegger i stor grad barrierer i slike samarbeid. Forventningene i denne studien er at det er krevende for helseforetak og kommuner å samarbeide om kunnskapsdeling. Flere «hindre» står i veien for at kunnskapsdelende tiltak iverksettes. Sørlandet sykehus og samarbeidende kommuner er – i henhold til det teoretiske utgangspunktet i denne studien – en avvikende case fordi det faktisk foregår en del samarbeid om kunnskapsdeling mellom partene. Helseforetaksområdet er dermed interessant fordi det kan synes som at barrierene i kunnskapsdeling ikke har vært tilstede i samme grad, og/eller at partene har klart å overkomme disse barrierene. Case-studier er rettet mot forståelser av empiriske forutsetninger eller årsaker bak et gitt utfall, og spørsmålet er om det har vært noen spesielt gunstige betingelser i dette helseforetaksområdet. Fordi det i liten grad har blitt forsket på hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kunnskapsdeling, vurderes denne casevalg-strategien dessuten som et interessant startpunkt.

4.3 Datainnsamling

Begrepet case-studier referer ikke til en metode for datainnsamling, men til en forskningsstrategi. Jeg ønsket da jeg startet dette prosjektet å kombinere kvalitative dybdeintervjuer med kvantitative data om deltagelse i felles kompetansedelende tiltak i kommunene. Formålet med å studere disse datakildene sammen var å forklare variasjoner i deltagelse i kompetansedelende tiltak gjennom et hypotese-testende design. Jeg forespurte derfor 30 kommuner i Agder om informasjon om hvor mange ansatte som hadde deltatt i diverse kompetansedelende tiltak i 2015. Ettersom denne informasjon er spredt i forskjellige kommuner, enheter og avdelinger, var det krevende å få denne oversikten. En del svarte, men denne informasjonen har blitt vurdert som for tilfeldig og mangelfull til at den kan utnyttes i masteroppgaven på en systematisk måte. Flere svarte at de hadde lyst til å være behjelpelige, men at det ville være tidkrevende for dem å samle denne informasjonen. Som en konsekvens av disse dataproblemene, endret prosjektet seg en del.

I denne delen beskrives prosessene med å velge ut informanter og gjennomføre intervjuer. En del dokumenter har fungert som en supplerende datakilde.

4.3.1 Intervjuer

Kvalitative forskningsintervjuer kan være en hensiktsmessig metode når forskeren vil ha innsikt i informantens perspektiv, ønsker rike og detaljerte, svar og fleksibilitet i intervjusituasjonen (Bryman, 2004). Intervju som metode er egnet til å forstå mer uformelle interaksjoner og prosesser som offentlig tilgjengelige dokumenter ikke forteller så mye om, som f.eks. hvordan ledere tilrettelegger for kunnskapsdeling (Beyers et al., 2014, s. 176). Kvalitative forskningsstrategier er egnet til å belyse konsepter som er utfordrende å «tappe» gjennom standardiserte spørreskjemaer (Mosley, 2013, s. 5), som for eksempel maktforholdet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Etersom jeg skal studere hva som kan forklare kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommune, vurderte jeg det som nødvendig å snakke med individer som er delaktige i slike prosesser.

Utvelging av informanter

Kvalitative forskningsstrategier bruker ofte strategisk utvelging som utvalgsstrategi, og velger personer som er relevante for å belyse forskningsspørsmålet (Bryman, s. 2002). Informanter må være individer som kan svare på spørsmålene, noe som i mange tilfeller betyr at informantene ikke kan velges ut tilfeldig (Lynch, 2013, s. 39). Identifisering av potensielle informanter handler om å identifisere institusjoner eller individer som forårsaker en spesiell handling (Martin, 2013, s. 113). En nøkkelinformant er en person som «antas å ha særlig god oversikt over og innsikt i et spørsmål som forskeren ønsker å få belyst» (Andersen, 2006, s. 279).

De personer som jeg finner sentrale for å belyse mine spørsmål, er individer i helseforetaket og i kommunene som er delaktige i planlegging, tilrettelegging og gjennomføring av kunnskapsdeling. For å identifisere sentrale aktører leste jeg delavtalen om informasjon- og kunnskapsutveksling, og informasjon på helseforetakets nettside om samhandling og kompetansedeling. Det ble klart at følgende personer kunne sees på som sentrale i prosessene med kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner, såkalte nøkkelinformanter: Representanter i fagutvalget for kompetansedeling, deltagere i kompetanseprosjektet, ledere i samhandlingsavdelingen i helseforetaket, samt ledere i utviklingssentrene for hjemmetjenester- og sykehjem kunne ses på som nøkkelinformanter.

Etersom aktører som deltar i prosesser som forårsaker en spesiell handling kan ha ulike oppfatninger om hendelsene (Martin, 2013, s. 113), er det viktig at sammensettingen av

informantene kan reflektere forskjellige aktørers perspektiver, som i denne studien innebærer å rekruttere informanter fra helseforetaket og fra kommunene. Likevel var det ønskelig med flere informanter fra kommunene, fordi kommunens rolle og deltagelse i kunnskapsdeling især er interessant i denne studien.

Totalt ble det gjennomført 13 intervjuer. Flertallet av informantene i denne studien er fra fagutvalget for kompetansedeling, hvor det sitter representanter fra kommuneregionene og fra helseforetaket.⁸ Fire av informantene er fra helseforetaket (fra fagutvalget, fra samhandlingsavdelingen, fra kompetanseprosjektet og leder fra en avdeling). Ni av informantene var altså fra kommunene (fra fagutvalget for kompetansedeling, fra utviklingssentrene, og ledere i tjenestene). I en del tilfeller var informantenes «tilhørighet» overlappende, f.eks. var det informanter fra utviklingssentrene som også var representanter i fagutvalget for kompetansedeling.

Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner foregår i ulike organisasjoner og avdelinger. Derfor hadde det vært verdifullt å intervju flere kommunale helse- og omsorgssjefer, enhetsledere og avdelingsledere, men dette hadde blitt for tidkrevende. Etter at det hadde blitt gjennomført flere intervjuer med personer som er sentrale i dette arbeidet, ble det vurdert dithen at det var ønskelig å undersøke om informasjonen og perspektivene som fremkom i disse intervjuene, kunne støttes opp av disse informanter som er mindre direkte involvert i disse prosessene. 3 av informantene i denne studien var slike informanter.

Gjennomføring av intervjuer⁹

Intervjuer varierer med hensyn til grad av struktur og hvor forskningsstyrte intervjuene er. I metodelitteraturen skilles det mellom ustrukturerte intervjuer og semi-strukturerte intervjuer, selv om det i praksis ikke er et kategorisk skille. Jeg gjennomførte intervjuer som kan karakteriseres som semi-strukturerte. Formålet i denne masteroppgaven er å undersøke noen forventninger utledet fra teori, noe som fordrer en viss struktur. Dessuten ble struktur vurdert som viktig for å ha mulighet til å sammenligne på tvers av informanter, og generelt for å sikre valide og reliable data. Likevel, på grunn av at dette er et forholdvis lite studert fenomen, ble

⁸ Kommunene i foretaksområdet er inndelt i fem kommuneregioner (Østre Agder, Setedalsregionen, Knutepunkt Sørlandet, Lindesnesregionen, Listerregionen), som representerer sine kommuner i samhandlingen med SHHF, og i fagutvalget er det representanter fra hver av disse kommuneregionene.

⁹ Det har i dette prosjektet blitt søkt om godkjenning fra NSD om tillatelse til å innhente data.

fleksibilitet også vurdert som viktig i denne studien. Det var viktig å være åpen for nye perspektiver, samt legge til rette for muligheten til å følge opp interessante tråder underveis (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006, s. 314, 316).

Jeg utformet en intervjuguide organisert etter temaer, konkrete spørsmål og oppfølgingsspørsmål (se vedlegg side 2). Intervjuguiden ble designet slik at den både inkluderte spørsmål for å undersøke forklaringer som fremkommer i teorien, og muligheter for informanten til å trekke frem momenter som hun selv så på som viktige (Martin, 2013, s. 117). Intervjuguiden ble noe modifisert utfra om det var kommunalt ansatte eller sykehusansatte som ble intervjuet, og utfra hvilken kjennskap til temaet det kunne forventes at de hadde.

I den første fasen ble det gjennomført to bakgrunnsintervjuer over telefon¹⁰. Hensikten med bakgrunnsintervjuene var å få en bedre forståelse for feltet, samt teste ut intervjuguiden slik at den eventuelt kunne forbedres. Enkelte hevder at det er en fordel at man vet lite om fenomenet som studeres for å unngå at utspørringen er styrt av forskerens forutinntatthet, men ulempene forbundet med en slik strategi er at mulighetene for feilkilder gjerne øker. Forskeren kan misforstå informanten og gjøre feilaktige vurderinger på grunn av manglende kunnskap og forforståelse, og derfor kan det være hensiktsmessig å gjennomføre noen utprøvende intervjuer. I disse intervjuene forsøkte jeg å være åpen, slik at jeg kunne utfordre mine foreløpige antagelser (Andersen, 2006, s. 287). I etterkant av disse intervjuene ble intervjuguiden noe justert, blant annet ved at spørsmål som omhandlet veiledningsplikten ble mer presist formulert.

Alle informantene i denne studien ble intervjuet over telefon. Ulempen med telefonintervjuer er at man går glipp av en del kontekstuell informasjon som kan være viktig for å tolke dataen. På den andre siden kan telefonintervjuer være med på å redusere intervju effekter, dvs. personlige karakteristikk ved forskeren som påvirker hvilken data som skapes i intervjusituasjonen (Mosley, 2013, s. 7-8). Intervjuene varte i 20-50 minutter. Intervjuene ble i ettertid transkribert.

4.3.2 Supplerende data: Dokumenter

En del dokumenter har hatt en supplerende funksjon. I denne studien ble dokumenter som omhandlet kompetanseutvikling, samhandling, kunnskapsoverføring, utvikling o.l. vurdert som

¹⁰ Informant 1 representerte et helseforetak. Informant 2 representerte et kommunesamarbeid innenfor helse- og omsorgsfeltet. Informantene var fra ulike helseforetaksområder, ingen var fra SSHFs foretaksområde.

relevante. Disse dokumentene var: kompetanseplaner fra SSHF, utviklingsstrategi SSHF, møtereferater fra fagutvalget for kompetansedeling (se vedlegg).

4.4 Validitet og reliabilitet

Yin (1994) er utgangspunktet for å diskutere forskjellige former for validitet (begrepsvaliditet, intern validitet og ekstern validitet) og reliabilitet i denne studien. En studie har god begrepsvaliditet dersom studien måler de begrepene som den er ment til å måle (Yin, 1994, s. 34). Intervjuguiden er utformet slik at den fanger inn forskjellige aspekter ved erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap, ledelse, ressurser og maktforhold, for å styrke begrepsvaliditeten. Ettersom denne studien undersøker kunnskapsdeling i en annen fase enn det som flertallet av studiene gjør, var det viktig å være åpen for at disse forskjellige forklaringsfaktorene kan ha en annen betydning i den fasen av kunnskapsoverføring som jeg undersøker. Flere av spørsmålene som ble det stilt var derfor åpne spørsmål. Disse ble fulgt opp med mer spesifikke spørsmål, for å sikre at intervjuene fanger opp relevant informasjon innenfor hver av disse forklaringsfaktorene.

Intern validitet handler om å etablere en kausal relasjon, hvor noen betingelser viser seg å lede til andre betingelser (Yin, 1994, s. 34). Jeg var godt forberedt før intervjuene, og forsøkte å finne ut hvilke spørsmål som burde endres/tilføyes/slettes med utgangspunkt i hvem det var jeg snakket med. Jeg var dessuten bevisst på rekkefølge og formulering (Leech, 2002, s. 666). For eksempel spurte jeg om hvem sin kompetanse som ble ansett som viktig å vurdere, før jeg spurte om maktforhold. Under intervjuene ble det stilt oppfølgingsspørsmål underveis, for å sikre at det ble samlet inn utfyllende informasjon, og for å minimere risikoen for feiltolkning. På slutten av hvert intervju ble informantene spurt om de ville tilføye noe. Informantene hadde enkelte ganger noe å tilføye, men uttrykte gjerne at de opplevde at vi hadde snakket om det meste av relevans. Dette tyder på at intervjuene har resultert i detaljert informasjon og perspektiver, og det styrker den interne reliabiliteten.

En studies reliabilitet handler om nøyaktighet og pålitelighet, og reliabilitet vurderes utfra i hvilken grad en gjentakelse av forskningsprosedyrene hadde produsert de samme resultatene (King, Kehona & Verba, 1994, s. 25). Et viktig krav til forskning er etterprøvbarehet, og for at en studie skal være etterprøvbar, må forskningsprosessen fremstod som klar og gjennomiktig for leseren. Flere sentrale aktører har blitt intervjuet, og disse deler i stor grad oppfatninger om

de kunnskapsdelende prosessene, noe som styrker studiens pålitelighet. En del av det som fremkommer i intervjuene kan understøttes i dokumenter, og det styrker reliabiliteten. Lydopptaker ble benyttet, og intervjuene ble transkribert i ettertid, som sikrer nøyaktighet og pålitelighet i dataen som blir referert. Empiri-kapittelet er rikt på sitater, som gir leseren større mulighet til å selv vurdere hvilke slutninger jeg trekker fra datagrunnlaget.

Ekstern validitet handler om i hvilken grad resultatene kan gjelde for andre tilfeller enn det som har blitt undersøkt. En svakhet ved case-studier er muligheten til å generalisere. Hvorvidt resultatene i en studie kan generaliseres er derimot ikke et enten eller spørsmål, men dreier seg gjerne om å klargjøre begreper og sammenhenger som er gyldige for bestemte klasser av fenomener under bestemte betingelser (Andersen, 1997). En avvikende case er dessuten pr. definisjon ikke representativ, og studien har dermed ikke som mål å trekke slutninger til kunnskapsdelende prosesser i andre helseforetaksområder. Formålet er heller å så si noe om kunnskapsdelende prosesser innenfor dette spesifikke helseforetaksområdet. Funnene i studien kan kanskje være relevant for lignende helseforetaksområder, hvor andre identifiserer et omfattende samarbeid.

5 Empiri

Empiriseksjonen er delt inn i tre deler. Først beskrives bakgrunnen for samarbeidet om kompetansedeling, og hvordan samarbeidet er organisert. Deretter redegjøres det for tiltakene for kunnskapsdeling. Til slutt presenteres funnene innenfor hver av forklaringsfaktorene.

5.1 Bakgrunn

Sørlandet sykehus (SSHF) og kommunene i Agder gjennomførte i 2013 «prosjekt gjensidig kompetanseutveksling mellom SSHF og kommunehelsetjenesten i Agder». Prosjektet beskrives som et resultat av at samhandlingsreformen tråde i kraft 01.01.2012 (SSHF, 2013, s. 7). Oppdragsgiver til prosjektet var overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS), og mandatet var å etablere et forutsigbart, strukturert system som kunne ivareta gjensidig kompetanseutveksling mellom SSHF og kommunene på Agder, med utgangspunkt i delavtale 6 og 7 (SSHF, 2013, s. 7) ¹¹. Fordi samhandlingsreformen innebærer en desentralisering av oppgaver, vurderte man det som nødvendig å fokusere mer på kompetanse. Fagkompetanse - herunder prosedyrekompetanse og diagnosespesifikk kompetanse – hevdes det i rapporten at har blitt viktigere som en følge av samhandlingsreformen (SSHF, 2013, s. 4). I rapporten hevdes det at «overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten vil kreve en mer forutsigbar og strukturert samhandling omkring behandlingsforløp/pasientforløp» (ibid, s. 4). Samhandlingskompetanse blir derfor viktigere, som i rapporten beskrives som kunnskap om koordinering av tjenestetilbudet, og kommunikasjon og kunnskap om hvordan man kan tilrettelegge for gode og effektive pasientforløp.

Funnene i denne masteroppgaven viser at samhandlingsreformen er viktig for å forstå hvordan samarbeidet om kunnskapsoverføring har utviklet seg i dette helseforetaksområdet. Et sitat fra en informant, som sa «samhandlingsreformen på en måte tvunget oss til å se på dette med kompetansedeling» (informant kommune), illustrerer det. Et resultat av kompetanseprosjektet var at det ble opprettet et fagutvalg for kompetansedeling. Fagutvalget for kompetansedeling har en sentral rolle i å tilrettelegge for kunnskapsdeling mellom nivåene.

¹¹ Delavtale 6: Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og for informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering
Delavtale 7: Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.

5.1.1 Organisering av samarbeidet

Kunnskapsoverføringen mellom Sørlandet sykehus HF og kommunene er organisert gjennom fagutvalg for kompetansedeling. Hensikten med fagutvalget er å «oppnå et forutsigbart, strukturert og målrettet samarbeid som ivaretar og videreutvikler kompetansedeling mellom kommuner på Agder og Sørlandet sykehus». (SSHF, 2013, s. 36). Fagutvalget er sammensatt av representanter fra SSHF, kommunene, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Aust- og Vest-Agder, og UIA. Fagutvalget for kompetansedeling møtes to ganger i året (SSHF, 2016a). Under fagutvalget finnes det to arbeidsgrupper som arbeider med henholdsvis hospitering og felles opplæringstiltak, og disse arbeidsgruppene møtes fast 3-4 ganger i året (SSHF, 2016b).

Fagutvalget for kompetansedeling er underlagt overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS), som orienterer om hvilke områder fagutvalget skal prioritere (informanter). Funksjonen til fagutvalget er å være et rådgivende organ ovenfor OSS, samordne og koordinere kompetansedelingen og være en pådriver for kompetansedeling (SSHF, 2016a). Fordi overordnet strategisk samarbeidsutvalg arbeider med overordnede strategier og prioriteringer, og er sammensatt av blant annet rådmenn og kommunalsjefer, er det «lengre unna fag» (informant). Fagutvalget for kompetansedeling er ikke det eneste fagutvalget, men skiller seg fra de andre fagutvalgene som er mer spesifikke. Fagutvalget for kompetansedeling er mer generelt og overordnet (informanter).

Fagutvalg for kompetansedeling er et samarbeidsforum hvor representanter diskuterer hva som er kompetansebehovene, og hvilke tilbud og kurs som behøves. I dette forumet kan representanter fremme initiativ, diskutere hva som virker, og hva man burde gjøre mer av (informanter). Fagutvalget har dessuten en viktig funksjon i forhold til det å orientere og holde hverandre oppdatert på hva som foregår innenfor kompetansefeltet, f.eks. ved at representantene informer hverandre om forskningsprosjekter som er under utvikling, og hvilke tiltak man kan delta i (informanter).

Informasjon om hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kompetansedeling finnes på en egen side inne på SSHFs nettsider (SSHF, 2016c). Funksjonen til denne nettsiden er å dele informasjon om felles kompetansetiltak. En annen funksjon til nettsiden, er at det gjennom nettsiden er mulig å melde inn kompetansebehov, slik at kompetansetilbudet samsvarer med kompetansebehovene. På nettsiden ligger informasjon om hospiteringsordningen, felles kurs

som skal arrangeres, samt tilgang til e-læringskurs. Ifølge informantene er nettsiden viktig for å spre informasjon om hvordan kommuner og helseforetaket samarbeider, og hvilke kompetansetilbud som finnes. Fagutvalget for kompetansedeling har også opprettet en egen facebook-side om kompetansedeling. Informasjon om kompetansedeling spres også gjennom e-post til ledere, regionale nettverk, og formelle og uformelle møter (informanter).

Fagutvalget har representanter fra hver av kommunesammenslutningene, og disse representantene har ansvar for å videreformidle informasjon til kommunesammenslutningen som de representerer (SSHF, 2015a; informanter). Funnene i denne studien viser også at Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Aust- og Vest Agder har en sentral rolle i arbeidet med kompetansedeling.¹² Utviklingssentrene har mangeårig erfaring med kompetanseutvikling og har bred kontakt med kommunene. Derfor vurderte prosjektdeltagerne som arbeidet med gjensidig kompetanseoverføring at utviklingssentrene «danner et godt grunnlag for et effektivt samarbeid for gjensidig kompetanseutvikling mellom 1. og 2. linjetjenesten» (SSHF, 2013, s. 13).

Informantene understreker at den overordnede avtalen mellom helseforetaket og kommunene (delavtale 1) er viktig for kompetansesamarbeidet, fordi avtalen regulerer oppgaveoverføring mellom partene (SSHF, 2016d). Hvis det overføres en oppgave til kommunene, fører det til et kompetansebehov i kommunene som må løses. Fordi kommunene skal ta flere og flere oppgaver, anser informanter fra helseforetaket og kommunene det som viktig at helseforetaket er behjelpelig med kompetanseoverføring. Kommuneinformantene forteller at innføringen samhandlingsreformen har ført til store endringer i hvilke pasientgrupper kommunene har ansvar for, og vanskelighetsgraden i oppgavene som skal utføres

Kompetanseoverføring har jo skjedd hele veien, selvfølgelig. Men vi har ikke hatt et sånn type fokus på det sånn over lang tid. [...] Men her [med samhandlingsreformen] er det en så massiv stor endring i hvordan vi må jobbe og hvordan pasientgruppe vi får. Så derfor blir den kompetanseoverføringen, eller delingen, mye mer generell og grunnleggende, sånn jeg kan se det (informant kommune).

¹² Utviklingssentrene er en nasjonal ordning med to sentre i hvert fylke. Hovedmålet med utviklingssentrene er at de skal være en pådriver for kompetanse- og kvalitetsutvikling i sykehjem og hjemmetjenester i sitt fylke, se link: <http://www.utviklingssenter.no/om-oss.176088.no.html>

Informantene er dessuten opptatt av å understreke at partene har behov for hverandres kompetanse for å skape helhetlige pasientforløp. En sentral intensjon med samarbeidet er gjensidig kompetansedeling, som informantene mener fører til bedre samhandling.

For det første når det gjelder kunnskapsoverføring, så får vi jo bedre samhandling. Vi samarbeider bedre fordi vi har bedre kjennskap til spesialisthelsetjenestens kompetanse og kommunenes kompetanse, og får forståelse for hva vi kan forvente av hverandre (informant kommune).

5.2 Kunnskapsdelende tiltak

Fagutvalget organiserer som nevnt to arbeidsgrupper, som arbeider med henholdsvis hospitering og kurs, undervisning og e-læring.

5.2.1 Hospitering

Hospiteringsordningen mellom helseforetaket og kommunene er for sykepleiere, ergoterapeuter og vernepleiere, hvor ansatte hospiterer i 3-5 dager. Et funn i masteroppgaven er at helseforetaksområdet har satset på å utvikle hospiteringsordningen. Hospiteringen har, siden fagutvalget for kompetansedeling ble opprettet, blitt «satt mer inn i system» (informant). Hospitering på sykehus har foregått over lengre tid, men samarbeidet var mer uformelt tidligere. Kommuneansatte kunne kontakte avdelinger på sykehuset hvor de ønsket å hospitere (informanter). Et unntak er Kristiansand kommune som har hatt en hospiteringsavtale med SSHF siden 2010 (SSHF, 2014b, s. 24). Kartleggingen som ble gjennomført i forbindelse med «prosjekt gjensidig kompetanseoverføring» viste at kommunene i Agder opplevde at det var enkelt å få lov til å hospitere på forespørsel (SSHF, 2013, s. 14).

Funnene viser at det er blitt etablert et forutsigbart system for hospitering (SSHF, 2015b; informanter). Hospiteringen mellom SSHF og kommunene skjer i avsatte perioder på våren og høsten. Informasjon om når og hvor man kan hospitere finnes på nettsiden for kompetansedeling, og hvert enkelt hospiteringsopphold evalueres (informant). Informantene forteller at det er skapt tydelige rutiner for når det skal hospiteres, hvor informasjon ligger, og hvem som har ansvaret.

Et særlig viktig formål med hospiteringsordningen er å utvikle forståelse for det motsatte forvaltningsnivået, og dette formålet vektlegges både av informanter fra helseforetaket og fra kommunene. Hospitering bidrar til at helsepersonell «ser pasienten gjennom hele forløpet» (informanter). Hva angår kompetanseformer, er dessuten utvikling av fagkompetanse en målsetning når kommuneansatte hospiterer på sykehus. Hospiteringsopplegget på sykehuset er «mer orientert mot fag, enn det er i kommunene», som en informant uttrykker det, og har større innslag av undervisning og veiledning (informanter). Hospitering i kommunene handler om å få kunnskap om hva som er hverdagen i kommunene, og forståelse for hva pasientene sendes hjem til (informanter). Formaliseringen av hospiteringsordningen har vært særlig viktig for å få sykehusansatte til å hospitere ute i kommunene, ifølge flere informanter. En del informanter gir uttrykk for at mange i sykehuset ikke har kunnskap om hva de sender pasientene hjem til, og at hospitering i kommunene derfor er et sentralt kompetansetiltak.

Kurs og undervisning går mer på fag, mens i hospiteringen har vi en veldig sånn råd tråd med å se pasienten gjennom hele forløpet, fra kommune og inn til sykehus, og fra sykehus og ut til kommune. Det handler om å forstå hverandres arbeidsområder, og hvordan vi kan gjøre hverandre gode (informant helseforetak).

Hospiteringsordningen mellom SSHF og kommunene har blitt gradvis utviklet siden 2014. Hospitering for sykehusansatte i kommunene kom senere på plass. Fra og med 2016 deltok de fleste kommunene med eget hospiteringsprogram for sykehusansatte, og kommunene har etablert kontaktpersoner i de fleste regionene (SSHF, 2015b). Ved SSHF er det mulig å hospitere på til sammen 27 avdelinger/enheter ved de tre sykehusene. Totalt kan Sørlandet sykehus i dag motta 76 hospitanter i året. I 2013 var det 18 hospitanter inne på sykehuset, ifølge statistikken til SSHF. I 2015 var antallet steget i 58. Kommunene kan til sammen motta 47 hospitanter fra sykehusene i året. I 2013 var det 7 hospitanter ute i kommunene. I 2015 var antallet steget til 20 (SSHF, 2016e). Samlet sett viser statistikken at hospiteringen har økt i løpet av de siste årene. Kommuneansatte hospiterer i større grad enn sykehusansatte. Differansen mellom kapasiteten i kommunene og utnyttete hospiteringsplasser er dessuten større enn differansen mellom kapasiteten i sykehusene og utnyttede hospiteringsplasser.

5.2.2 Kurs, undervisning og e-læring

Hva angår kurs og undervisning, er det slik at kurs som er felles mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten legges ut på nettsiden for kompetansedeling. Flere av kursene er

enkeltstående kurs, mens fag- og prosedyredagene for sykepleiere arrangeres vår og høst på Kristiansand sykehus (SSK) og Arendal sykehus (SSA). Ifølge informanter fra helseforetaket er det gjennomgående bra oppmøte på de forskjellige kursene fra kommunene, men det har i denne studien ikke blitt samlet inn data over deltagelse. Kommunene kan melde inn kompetansebehov på kompetansedelingsiden, slik at det kan arrangeres kurs og undervisning med utgangspunkt i hva kommunene ønsker mer kompetanse om. Flere av informantene fra helseforetaket hevder at kommunene i svært liten grad benytter seg av dette tilbudet (informanter helseforetak)

Helseforetakene og kommunene har utviklet e-læringskurs i felleskap, men denne formen for samarbeid er ikke så omfattende. Eksempler er TILT (Tidlig identifisering av livstruende skader) og e-læringskurs for KOLS og geriatri (informanter). Helseforetaket har derimot delt flere av e-læringskursene som er utviklet på sykehusene med kommunene, slik at kommuneansatte kan ta disse. Totalt er det 32 kurs som er tilgjengelige på nettsiden for kompetansedeling (SSHF, 2016c). Helseforetaket deler ikke alle sine kurs, men ganske mange av dem. Informanter fra helseforetaket hevder at dersom kommunene etterspør et e-læringskurs som sykehuset allerede har utviklet, får kommunene tilgang på det (informanter helseforetak). Ifølge noen informanter har det vært en utvikling i kommunene mot at e-læring brukes på en mer systematisk måte i sammenlignet med tidligere. E-læring kan f.eks. kombineres med kurs ved at kursdeltagerne gjennomfører et e-læringskurs i forkant eller i etterkant av kurset. En utfordring med e-læringssystemet er at ledere i kommunehelsetjenesten ikke får kursbevis når ansatte gjennomføre disse e-læringskursene. Dermed kan det være mer hensiktsmessig å bruke andre e-læringsportaler. Kommunehelsetjenesten har flere muligheter i forhold til e-læringskurs, og det utvikles stadig nye e-læringskurs (informanter).

5.2.3 Oppsummering

Hospitering, kurs og e-læring er de områdene som partene har prioritert å samarbeide om i fagutvalget for kompetansedeling, og kan beskrives som felles kompetansetiltak. Likevel er det viktig å presisere at dette ikke gir det totale bildet av kompetansetiltak som kan beskrives som felles kompetansetiltak. Inter-kommunale fagnettverk (hvor ansatte i sykehus deltar) er et eksempel, og disse er det linket til på nettsiden til kompetansedeling. I helseforetaksområdet finnes det også andre fagnettverk, og disse har uttrykt ønske om å være på denne kompetansedelingsiden (informant). Fordi hospitering, kurs, undervisning og e-læring er de

kompetansetiltakene som det i særlig grad er et felles samarbeid om, er det disse som studien konsentrerer seg om. Funnene viser altså at det både brukes tiltak for deling av taus kunnskap (hospitering), og tiltak for deling av eksplisitt kunnskap (kurs, undervisning og e-læring). I helseforetaksområdet er altså strategien for kunnskapsdeling sammensatt, og det vektlegges både deling av eksplisitt og taus kunnskap.

5.3 Hva kan forklare kunnskapsdelingen?

I denne delen presenteres relevante funn innenfor forklaringsfaktorene erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap, ledelse, ressurser og maktforhold.

5.3.1 Erfaringskontekst og gjensidighetskunnskap

Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner har foregått over lengre tider, men kompetansedelingen i dag er ifølge informantene mer strukturert og forutsigbar. Først følger en kort beskrivelse av hvordan samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om kunnskapsdeling på generelt grunnlag har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen. Deretter presenteres funn om det å kjenne sine samarbeidspartnere og kunnskap om hverandres kompetanse og systemer.

Kunnskapsdeling mellom helseforetaket og kommunene har foregått over lengre tid, men samarbeidet var mer uformelt før. I forbindelse med prosjektet for gjensidig kompetanseutveksling ble det foretatt en kartlegging for å undersøke praksisene omkring kompetansedeling. Her fant man at det foregikk «mye god uformell samhandling» (SSHF, 2013, s. 12), men at det behøvdes en struktur som kunne ivareta helheten og legge til rette for at ressursene ble brukt mest mulig effektivt. For eksempel kunne det være slik at en kommune meldte inn et behov for kurs eller opplæring innenfor et spesifikt tema, men informasjon om at det skulle avholdes kurs/opplæring ble ikke videreformidlet til andre kommuner som kanskje hadde det samme behovet. Informantene beskriver hospiteringen før som mer «sporadisk» og «tilfeldig». Kommuneansatte kontaktet avdelinger dersom de ønsket å hospitere. Kommunene opplevde at denne måten å samarbeide om fungerte bra i den forstand at sykehuset var villige til å bistå med kompetanse (informanter kommuner; SSHF, 2013).

Informantene forteller at de opplever at de har blitt bedre kjent med personer fra det motsatte nivået i løpet av de siste årene. Enkelte informanter forteller at prosessene med å utforme avtaler

mellom helseforetaket og kommunene var veldig krevende, men samtidig veldig nyttig for å bli kjent. Hva angår kompetansedeling, kan det virke som de formelle avtalene hadde en viktigere funksjon i startfasen av dette arbeidet. Etterhvert har samarbeidsforumet i større grad blitt, ifølge en informant, «en arena der vi leter etter felles løsninger, mye mer enn at vi peker på avtaler» (informant kommune). Informantene fra fagutvalget forteller at opprettelsen av dette fagutvalget har gjort at man har blitt bedre kjent med hverandre. En informant trekker frem at det er positivt at mange av de samme personene har jobbet med dette området lenge (informant helseforetak). En annen informant forteller at «vi går på en måte mye mer god for hverandre» og er «mye mer sammen om ting» (informant kommune). Fordi man kjenner sine samarbeidspartnere, er det lettere å dele informasjon med hverandre (informanter).

Altså, fagutvalget, gjennom prosjekter, gjennom at det har vært representanter fra geografisk godt spredt, også faglig og avdelinger og klinikker, og kommuner godt spredt, gjør at vi har arbeidet sammen. Det at vi jobber sammen over tid og treffes på veldig mange forskjellige arenaer, deltar i hverandres prosjektgrupper eller referansegrupper eller hva vi nå gjør, gjør at samarbeidet blir godt (informant kommune).

Flertallet av informantene forteller at det har vært en utvikling de siste årene i retning av mer kunnskap og forståelse for hverandres systemer og kompetansebehov. Kunnskap om hverandres systemer virker å ha en betydning for prosessene med å planlegge, beslutte og gjennomføre kunnskapsdelende tiltak. Hva angår kunnskapsoverføring til kommunene, viser funnene at dette blant annet handler om forståelse for at hver kommune bestemmer selv, at prosessene går saktere i det kommunale systemet, og at det er krevende å spre informasjon til enheter og avdelinger i kommunene. Flere av informantene forteller at forskjeller i organisering er et forhold som generelt innvirker på samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene, men at det også i noen tilfeller påvirker samhandlingen om kompetansedeling.

Men det er klart, for sykehuset så er det litt vanskelig å bli kjent med hvordan kommunene er organisert [...]. Sykehuset er nok litt prege av den organiseringen de har på sykehuset, altså er noe bestemt i ledelsen, så er det sånn det skjer. I de samarbeidsforaene som vi har nå, så må vi hele tiden si «ja, men hver kommune bestemmer selv, vi kan ikke ta noen felles beslutning» (informant kommune).

.....mens vi [kommunene] har et politisk styre som gjør at det er lange prosesser, og det er uforutsigbart hva kommunene vil, og hva som skjer. Sånn at hver gang det er snakk om at f.eks. noe koster lite grann, så må man hjem til kommunene, og da må det gjennom liksom hundre organer. Så det blir sånt ulikt tempo i de to nivåene (informant kommune).

Funnene i denne studien viser at kunnskap om hverandres kompetanse – hva angår kommunene – handler om forståelse for kompleksiteten i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner, innsikt i kompetansebehovene. For at kompetansetiltakene skal «treffe på kommunenes behov» er det viktig at også sykehuset har forståelse for hva som er kompetansebehovene i kommunene, og derfor etterstreber man i dette samarbeidet å utvikle en slik forståelse. Informantene mener at man i fagutvalget for kompetansedeling har en god forståelse for hverandres kompetansebehov. Informanter fra helseforetaket er opptatt av at det er viktig at kommunene melder inn sine kompetansebehov slik at den kompetansen som overføres samsvarer med behovene ute i kommunesektoren (informanter helseforetak).

Det går jo mye på det der med direkte kontakt, at du har god kjennskap til, og kanskje vært med og utviklet det som har blitt arrangert. Fordi at når en arrangerer slike tiltak sammen, så treffer du, så tilbyr du noe som folk har behov for. Ellers ofte så blir du jo ofte litt sånn at du ikke helt ser behovet (informant kommune).

Jeg tror nok at de her årene vi har hold på og vi har kunne sittet ved samme bord, og sett hverandre i øynene, har gjort at de [sykehuset] har sett litt mer av kompleksiteten i kommunehelsetjenesten. For det har nok tidligere vært litt sånn at de har forholdt seg til det som om det bare var pleie- og omsorg (informant kommune).

Likevel er det slik at det fremdeles er krevende å ha kunnskap og forståelse for det motsatte forvaltningsnivå. En del informanter understreker at dette fortsatt er noe som det er viktig å arbeide med. Kunnskapen om hverandres systemer og kompetanse er ikke alltid like god, men det er noe partene etterstreber. Flere av informantene understreker dessuten at det på grunn av kompleksiteten i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner, er krevende for sykehuset å ha forståelse for kompetansebehovene, men at dette ikke nødvendigvis er problematisk så lenge man er lydhøre ovenfor hverandre. En informant sier f.eks. at det «handler jo bare om å fortelle at sånn og sånn er det», så blir det tatt hensyn til (informant kommune).

Vi tror vel ofte at vi skjønner hverandre, eller tror at de andre skjønner hvordan vi har det. Men det viser seg vel at det ikke alltid er sånn. Mange uoverensstemmelser eller konflikter kan vel komme av at en ikke har helt forståelse for hverandres systemer, hverandres hverdag da, som en står i. Det er jo veldig viktig kunnskap. Så det kan hende at vi tror at vi vet det bedre enn vi gjør, mange ganger, tror jeg (informant helseforetak).

En del av kompetansen som sykehuset ønsker å overføre kan i noen tilfeller oppleves som for diagnosespesifikk, mens «hverdagen i kommunene er mye mer rettet mot funksjon og behov» (informant kommune). Flere av informantene mener at kommuneansatte i større grad enn spesialisthelsetjenesten er opptatt av og vant til å tenke «helhet og funksjon» i møte med pasienter, sammenlignet med helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, som er mer diagnose-sentrerte. I kommunene har ikke helsepersonell alltid mulighet til å gjennomføre et standardisert behandlingsopplegg som har blitt gjennomført på sykehuset. En konsekvens kan være at hvis helseforetaket f.eks. ønsker å dele en behandlingsprosedyre for personer som har gjennomgått en hofteoperasjon, så vil disse prosedyrene kanskje ikke tas i bruk i kommunene fordi det ikke anses som relevant (informanter).

5.3.2 Ledelse

Fra startfasen av dette samarbeidet – i forbindelse kompetanseprosjektet- ble det ble brukt tid og ressurser på å forankre samarbeidet gjennom kommunenes samarbeidsorgan og helseforetakets samarbeidsorganer. Leder for kompetanseprosjektet forteller at disse prosessene var tidkrevende, men nødvendige for å skape et godt fundament for samarbeidet.

Det var helt nødvendig at alle var med, både store og små kommuner, og det var helt nødvendig at jeg som prosjektleder brukte den tiden på å besøke alle kommunene og sammenslutningene som jobbet med dette for å forankre det inn (informant helseforetak).

Funnene viser at informantene fra helseforetaket og kommunene har nokså like beskrivelser av intensjonen med samarbeidet. Ledere i kommunene ønsker at helseforetaket skal bidra med sin kompetanse i kommunene, og helseforetaket er i stor grad villige til å gjøre det. Kommuneinformantene opplever i det store og det hele at sykehuset er villige til å dele av sin kompetanse, gjennomføre opplæringsopplegg i kommunene, og bistå med kompetanseheving i kommunale helse- og omsorgstjenester. Fra helseforetakets side, fortelles det at det er i deres

interesse å bistå med kompetanseheving i kommunene. Ledere i kommunene og i helseforetaket er opptatt av å understreke at det er viktig at helseforetaket har forståelse for hverdagen i kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner, og at det er en gjensidighet i kompetansedelingen. Informantene forteller at kompetansedelingen har blitt mer strukturert.

Informantene gir uttrykk for at kompetansedelingen har blitt mer strukturert. Som allerede nevnt, ble fagutvalget for kompetansedeling opprettet som et resultat av dette prosjektet. Felles ledelse i fagutvalget for kompetansedeling innebærer at partene foretar prioriteringer av faglige aktiviteter som involverer spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og universitet. Fagutvalget har dessuten som funksjon å være en mottager for innspill om opplæringsbehov, og vurdere hvordan kompetansebehovene kan løses på en hensiktsmessig måte (informanter). En fordel med dette forumet er at det kobler sammen forskjellige aktører (informanter). Fagutvalget for kompetansedeling beskrives som et åpent forum hvor samarbeidspartene informerer hverandre om kompetansebehov, og hva som fungerer og hva som ikke gjør det. Flere informanter forteller at fagutvalget gjør det mulig å holde hverandre oppdatert, f.eks. om det er noen prosjekter som skal startes opp, og som det er mulig for andre å melde seg på. Flere av de sentrale aktørene understreker samtidig at de fortsatt er inne i en prosess der man må prøve ut litt forskjellige løsninger, og vurdere hvordan samarbeidet skal organiseres og administreres. Informantene beskriver dette som å «bygge system».

...så dersom en får et behov formidlet fra enkeltkommuner, så tas det inn i arbeidsgrupper i fagutvalget, og man ser om, skal det rigges noe spesielt i forhold til vårt meldte behov, eller er det noe som er i «komminga». Vi har jo etter hvert fått stor oversikt over den faglige aktiviteten som finnes (informant kommune).

En måte som samarbeidet har blitt mer strukturert på, er at det er opprettet en nettside for felles kompetansedeling. Hensikten med denne nettsiden er at det skal være enklere for ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenestene å orientere seg om kompetansetilbudet. Funksjonen til denne siden er dessuten å være en portal hvor kommunene kan melde inn kompetansebehov. I helseforetaksområdet har det blitt valgt en løsning som er slik at når kommunene melder inn kompetansebehov, sendes det først til utviklingssentrene. Utviklingssentrene foretar da en vurdering av hvorvidt dette er et kompetansebehov som kan løses på kommunalt nivå, eller om sykehuset bør involveres. F.eks. kan det hende at det finnes et slikt tilbud på kommunalt nivå, som betyr at det ikke er nødvendig å involvere sykehuset.

For det har jo absolutt foregått mye fint tidligere, men det har ikke vært så strukturert og så synlig, for å si det sånn. I hvert fall ikke så synlig for så mange. Det var kanskje en kommune som kunne komme med en henvendelse til en spesifikk avdeling på sykehuset, så dro kanskje den lungesykepleieren ut og underviste i den kommunen (informant helseforetak).

Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) er en sentral aktør i dette arbeidet med å informere og legge til rette for kunnskapsoverføring. Informantene er av den oppfatningen at det er veldig positivt at utviklingssentrene er veldig delaktige i dette samarbeidet. Fordelen forklares med at utviklingssentrene har god kontakt med kommunene, innsikt i kompetansebehovene i kommunene, deltar i mange forskjellige samarbeidsforum og har muligheter til å søke om finansielle tilskudd. Flere av informantene beskriver utviklingssentrene som «bindeledd» eller «brobyggere». Utviklingssentrene bidrar til å informere om hva som «rører seg» i kommunene, og informerer samtidig tilbake til kommunen om hva slags prosesser som foregår i spesialisthelsetjenesten innenfor fagområder som kommunene har behov for kompetanse på.

Informantene forteller at det er veldig krevende å nå frem med informasjon om hvordan kommuner og helseforetak samarbeider om kunnskapsdeling. Flertallet av informantene snakker om at informasjonsdeling og det «å gjøre systemet kjent» som en av de største (eller det største) hinderet i kunnskapsdeling mellom nivåene. Representanter i fagutvalget for kompetansedeling må ofte minne om nettsiden for kompetansedeling, tidsfrister for hospitering, at felles kurs skal meldes inn, og at kompetansebehov kan meldes inn på denne siden. Enkelte informanter uttrykker en viss frustrasjon over at de stadig vekk må minne om at det finnes en nettside for kompetansedeling, og «ofte til de samme personene» (informant kommune). Et annet funn er at kommunene i svært liten grad melder inn sine kompetansebehov på nettsiden (informanter helseforetak; SSHF, 2015b). En del kommuneinformanter er av den oppfatningen at ansatte i deres kommune kjenner til hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kompetansedeling, mens andre gir uttrykk for at det ikke er godt nok kjent. Hovedinntrykket fra intervjuene er at felles kompetansedeling ikke er godt nok kjent, hverken blant ledere eller ansatte «på gulvet». Informantene understreker at de må arbeides kontinuerlig med å gjøre systemet kjent.

Altså, at en ting er jo å lage gode veier, en ting er jo å være enige i fagutvalget, men en annen ting er jo å implementere. Det er jo alltid der det er vanskeligst. Å få det ut. Det ser vi, i alle fall gjennom mine 20 år, å det er vanskelig! Fordi at da må du ha med hver avdelingsleder som skal forstå det, som skal få det ut. Det er et litt sånn evig arbeid det å forsøke å implementere. Man blir liksom ikke ferdig med det (informant kommune).

Det er et stadig tilbakevendende spørsmål, hvordan skal vi nå ut? Fordi hvis du spør en ansatt i kommunen, så vet de ikke om hjemmesiden til sykehuset [nettsiden for kompetansedeling], nei den har de ikke hørt om, ikke sant. Det er et sånn evighetsproblem (informant kommune).

Funnene viser at man i dette helseforetaksområdet bruker mange forskjellige kanaler til å dele informasjon om hvordan det samarbeides om kompetansedeling: Nettsiden for felles kompetansedeling, e-post, facebook, uformelle og formelle ansikt-til-ansikt møter, f.eks. ved at man inviterer seg inn på møter for å fortelle om tiltak for kompetansedeling. Likevel oppleves det altså som krevende å nå frem. Flere informanter gir uttrykk for at det er viktig å utnytte anledninger der man møtes på tvers til å fortelle administrative ledere og helsepersonell om hva som foregår på kompetansedelingsfeltet. Flere av informantene forteller dessuten at det har blitt enklere å dele informasjon fordi man har blitt bedre kjent.

Kommunerepresentantene har en viktig rolle i dette arbeidet, og hver kommunerepresentant har ansvar for å videreformidle informasjon til kommunene i den regionen hun representerer gjennom nettverk/fagutvalg. Informantene er usikre på hvorvidt informasjonen når frem til de ulike enhetene og avdelingene i kommunene, noe som også fremkommer i et møtereferat fra fagutvalget (SSHF, 2015a). En informant forteller f.eks. at hver kommunerepresentant «kanskje kan klare å spre det ut i sin kommune» (informant helseforetak). Hva angår informasjonsdeling i kommunene, har som sagt utviklingssentrene også en sentral rolle, men det er også krevende for de å nå frem med informasjon.

Men så er det, jo for Agder sitt vedkommende, 30 forskjellige kommuner med svært ulike strukturer på veldig mange måter. Sånn at hvis sykehuset har en forventning om at utviklingssentrene skal formidle til kommunene hva som er sagt og gjort, så er det en svær jobb i seg selv. Man har ikke en kanal som når ut til alle kommunene. Dette er et møysommelig arbeid som vi må jobbe med hele veien (informant utviklingssenter/kommune).

Flere av informantene gir uttrykk for at det handler om hvor godt forankret og innarbeidet kompetansetiltakene er i de forskjellige enhetene. Hvis et kompetansetiltak er godt forankret, så kommer det ut til folk. Informasjonsdeling og det å «gjøre systemet kjent» handler ikke bare om at personer må vite om det. De må også forstå hvorfor det er verdifullt, og «selge det» videre.

En må gjerne ut til de aktuelle, til de lederne, enhetsleder og avdelingsleder nivå, sant. De må skjønne litt hva det er for noe, for å kunne selge det videre til sine. Men det er jo arbeidskrevende, det krever jo en del tid. Så vi strever med det, å få gjort det kjent. (informant helseforetak).

Informantene (fra fagutvalget og øvrig) forteller at det er enklere å spre informasjon i små kommuner sammenlignet med store kommuner. Forklaringen er at det i små kommuner er kort avstand mellom avdelingene og folk kjenner hverandre. I små kommuner møtes man i flere forumer. Derfor kan det også være enklere å involvere yrkesgrupper som det tradisjonelt kan være vanskelig å få med, som f.eks. fastleger, noe som altså kan skyldes at de er vant til å jobbe tett sammen. Fordi det er færre ansatte, behøver ikke kompetansedelende prosjekter og tiltak forankres hos like mange mennesker som i en stor kommune (informanter; SSHF 2015a).

Jeg tror nok de store kommunene er gode på det med organisering og den type ting. Men det å få informasjon ut til den ene hjemmesykepleiegruppa i en [stor kommune] for eksempel, det er nok litt mer krevende. Det er en stor avstand fra toppledelsen til den utøvende sykepleier, det ligger nok litt der (informant kommune).

Et annet funn er at informantene mener at det er forskjeller mellom små og store kommuner i den forstand at det er lettere for store kommuner å «dra i gang» kompetansedelende prosjekter. Kristiansand kommune beskrives som en primus motor. Flere informanter har inntrykk av at de store kommunene er mer delaktige i prosessene med å lage kompetansedelende tiltak, prosjekter o.l. Ledelsesansvaret er på den måten mer hos de store kommunene. Fordi små kommuner ofte ikke har personell eller kompetanse til å drive slike prosjekter, kan de ikke bidra på samme måten. For små kommuner er dette mer krevende, men de er motiverte og villige til å delta.

I en større kommune, Kristiansand kommune for eksempel, vil de jo kunne kjøre mange piloter, mange prosjekter inn mot sykehuset fordi de rett og slett har mange flere folk å

ta av. Det er ikke bare pengene i en liten kommune, det er faktisk menneskene, og at du ikke bruker de opp (informant helseforetak).

En forutsetning for at disse kompetansedelende tiltakene skal tas i bruk, er jo at i alle fall ledere, og flest mulig ansatte, vet om det. Etter at denne informasjonen har nådd fram, handler det om at ledere må være villige til å prioritere kunnskapsdeling, og ansatte må være motiverte til å delta. Ledere må informere, motivere og avsette ressurser slik at ansatte kan delta i kompetansedeling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (informanter). En del av forklaringen på hvorfor kompetansedeling ikke alltid prioriteres, henger blant annet sammen med at ledere og ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester er nødt til å prioritere den daglige driften, og at kompetansedeling derfor «havner litt i bakhodet». Ledelse i sammenheng med fagutvikling handler ifølge informanten om «å se verdien av det», og være villige til å avse ressurser til dette formålet. En del informanter er av den oppfatningen at kompetansedeling generelt har høy prioritet i kommunene, mens andre mener at i hvilken grad kompetansedeling prioriteres varierer veldig.

Ledelse handler dessuten om å kommunisere til sine ansatte at det forventes av dem at de holder seg faglig oppdatert. Hvor motiverte ansatte er til å delta i fagutvikling varierer. Noen ansatte har alltid lyst, men andre nærmest må «dyttes» på kurs. Flere av informantene mener derfor at det er viktig å spille på de ansatte som er motivert, og som har et ønske om å delta.

Jeg tenker at det er et stort ønske blant ledelsen i kommunen for at ansatte skal få kompetanseheving. Så kan det kanskje heller ligge litt ute i avdelingene. Det at det kan være vanskelig for folk, det å ta ut seg selv en dag, eller det at de ikke har motivasjon, eller ja...det er mange personlige forhold og inni der. (informant kommune).

Det må være forankret høyt oppe i organisasjonen. Hvis ikke så får man det ikke til. Og så må du på en måte noen som brenner for det nede i organisasjonen, type fagsykepleiere og andre. Du må forankre det i linja [...] (informant helseforetak).

5.3.3 Ressurser

Et funn hva angår økonomiske ressurser, er at struktureringen av samarbeidet om kompetansedeling har ifølge informantene ført til at kompetansedelings-ressursene samlet sett brukes på en mer effektiv måte sammenlignet med tidligere. Før kunne det gjerne være slik at

dersom en kommune kommuniserte et kompetansebehov, ville sykehuset sette opp et kurs for denne kommunen. Ettersom informasjonen om kurset ofte ikke ble videreformidlet til andre som kanskje hadde det samme kompetansebehovet, ble ikke ressursene brukt på en mest mulig effektiv måte. Informantene anser endringen i hvordan ressursene brukes som et positivt resultat av at samarbeidet om kunnskapsdeling har blitt mer strukturert.

Før så satt man kanskje og laget sin egen fagdag, og så hadde kanskje noen andre det under planlegging. Og det er jo sløseri av ressurser når man kan samordne det istedenfor (informant kommune).

For at ansatte skal kunne delta i kunnskapsdelende aktiviteter, må ledere være villige til å avsette ressurser. Flere informanter beskriver prioritering av fagutvikling som «tøffe» eller «kyniske» prioriteringer. Det er om å gjøre å holde kostnadene nede, for eksempel ved å unngå å leie inn for mange folk utenfra. Fordi det er krevende å avsette ressurser til at ansatte kan delta i kompetansedelende tiltak, prioriteres de områdene hvor det er helt nødvendig å heve kompetansen for å oppnå helhetlige pasientforløp, bedre samhandling, og for at kommunene skal kunne være i stand til å gjøre mer faglig krevende oppgaver.

Et resultat av det, er blant annet at noen kommuner har flere ansatte som ønsker å hospitere enn de har mulighet til å sende på hospitering. En kommunal helse- og omsorgsorganisasjon kan ønske å sende en ansatt på kurs, men har ikke økonomi til å dekke vikarutgiftene. Flere av informantene mener at økonomi er den faktoren som er det største hinderet i kunnskapsdeling. En del andre informanter deler ikke helt denne oppfatningen, selv om de mener at økonomi er en sentral faktor. En tendens er at disse informantene er mer opptatt av at det handler om at ledere må være villige til å prioritere kompetansedeling, og at det er mulig å få til mer kompetansedeling dersom ledere er innstilte på det.

Det [økonomi] er helt klart en faktor. Det gjelder kurs. Det gjelder alt. Det er en kynisk prioritering. Det er ikke noe sånn at du får gå på alle de kursa du vil. Det kjenner jeg igjen fra, jeg har jobbet i klinikken, og ja. «...». det må være et krav om at de som har deltatt sprer det videre til ansatte når de kommer tilbake. Så du må kynisk tenke litt sånn. Økonomi er en kjempestor faktor.

For at flest mulige skal ha mulighet til å delta, har kursene som arrangeres som regel lav deltager-avgift eller ingen deltager-avgift. Helseforetaket forsøker dessuten å være behjelpelige med å finne overnattingssteder dersom det er nødvendig. En fordel med at USHT er delaktige

i dette samarbeidet, er at de har mulighet til å søke om flere forskjellige midler slik at kommunene i alle fall får dekt noen av kostnadene med å delta, selv om det ikke er mulig å få dekt vikarutgiftene.

Et forhold som innvirker på kostnadene forbundet med at ansatte deltar i kompetansedelende tiltak, handler om hvilke kunnskapsdelende tiltak som ansatte deltar i. Flere informanter forteller at dette er noe som ledere må vurdere når de skal foreta beslutninger i forhold til deltagelse i kompetansedelende tiltak. Ettersom det er kostbart å sende ansatte på kurs, kan e-læring i noen tilfeller ses på som mer praktisk gjennomførbart. Et hospiteringsopphold koster igjen mer enn et kurs, ettersom det må leies inn vikarer i flere dager. Funnene viser at kostnadene forbundet med forskjellige former for kunnskapsdelende tiltak kan føre til at noen former for tiltak prioriteres fremfor andre. E-læring trekkes frem som et bra kompetansedelings-tiltak, blant annet fordi ansatte kan gjennomføre kurset når de har tid. Likevel forteller informantene at siden samarbeidspartene i dette helseforetaksområdet har satset på hospiteringsordningen, og ledere er positive til dette kompetansetiltaket, er det mange som er villige til å avse ressurser til at ansatte hospiterer.

Et annet forhold som innvirker på kostnadene med å la ansatte delta i kompetansehevende tiltaket, er avstanden mellom en kommune og nærmeste sykehus. Enkelte informanter mener at avstand først og fremst er en faktor i forhold til kurs og undervisning, ettersom ansatte kan hospitere på det nærmeste sykehuset og ta e-læring hjemme. Et funn i denne studien er dessuten at man i noen tilfeller forsøker å modifisere innvirkningen til denne faktoren, f.eks. ved å gjennomføre det samme kurset på to forskjellige steder. En annen måte som denne faktoren modifiseres på, er at sykehusansatte i noen tilfeller reiser til de kommunene det gjelder, og holder kurs der.

Kompetanseheving koster, og hvis en skal sende en og en på kurs, så er det jo forferdelig dyrt. Så det er jo noe med å få til andre ting. F.eks. å bruke e-læring mer strukturert, og det og av og til samle folk i distriktene. Og det å få folk ut, istedenfor at alle må reise (informant kommune).

Informantene mener at avstand er en faktor, men en del informanter understreker likevel er det ikke er en avgjørende faktor. Hospiteringsordningen har hatt gode søkertilstrømninger, også fra de kommunene som ligger lengst unna. Informanten som representerer kommunene som ligger lengst unna mener at avstand ikke er en avgjørende faktor, og at det handler om å prioritere

kunnskapsdeling. Et annet moment, er at ledere i helse- og omsorgsorganisasjoner i disse kommunene som er langt unna er vant til å ta kostnadene forbundet med reiselengden.

Enkelte informanter har et inntrykk av at «avstanden er lengre den andre veien», dvs. for sykehusansatte å reise til kommunene som ligger lengst unna. Et relevant funn er at kommunene i den kommuneregionen som er lengst unna, foreløpig ikke har hatt noen hospitanter hos seg, selv om de har utformet et godt hospiteringsopplegg (informant kommune, informant helseforetak). Informantene gir uttrykk for at det er naturlig at sykehusansatte velger å hospitere i nærkommuner, men at det hadde vært positivt om de hadde hospitert i disse kommunene.

Funnene viser dessuten at ressurser ikke bare handler om økonomiske ressurser. Informantene forteller at små og store kommuner er ulike med tanke på menneskelige ressurser, og at dette kan få betydning for deltagelse i kunnskapsdelende tiltak. Hvis f.eks. en liten kommune skal være representert i fire forskjellige nettverk, så innebærer det at en relativt høy andel av de ansatte må tas ut av tjeneste sammenlignet med en stor kommune. Flere trekker frem at små kommuner er mer sårbare i den forstand at ansatte i små kommuner må ha en bred kompetanse, og at det derfor er viktig at de deltar i kompetansehevende tiltak.

Små kommuner har veldig få ansatte som de kan spille på. Så de er mye mer sårbare hvis ansatte skal dra et sted på kurs, fordi da er det færre igjen til å drive tjenestene, og derfor er det jo vanskelig å få det gjort (informant kommune).

5.3.4 Maktforhold

Informantene opplever at det er et godt samarbeidsklima mellom representantene fra spesialist- og kommunehelsetjenesten i fagutvalget for kompetansedeling. Det fortelles at samarbeidsklimaet er preget av raushet, åpenhet og oppriktig interesse for å samarbeide om kunnskapsdeling, samt forståelse for at de trenger hverandres kompetanse. Flertallet av informantene vurderer likeverdigheten som bra i dette samarbeidsforumet. Flere understreker samtidig at likeverdighet er noe som det er viktig å ha fokus på, og arbeide kontinuerlig med. Likeverdighet med tanke på kunnskapsoverføring handler om å vise forståelse for at man er avhengige av hverandres kompetanse, lytte til hverandres kompetansebehov og komme frem til beslutninger i fellesskap (informanter).

Der [i fagutvalget for kompetansedeling] er det raushet, og vi er åpne for hverandre sine forslag, vi søker løsninger og vi..det er ikke noe spisse albuer. Altså her er det virkelig

en åpenhet, og man lytter til hverandre sitt budskap, og vi forsøker å løse dette innenfor de rammene som alle sitter under, eller de mulighetene som vi alle sitter med (informant helseforetak).

I helseforetaksområdet har det vært en bevissthet omkring dette med maktforhold, og informantene opplever at samarbeidet om kunnskapsdeling har blitt mer likeverdig i løpet av de siste årene. Flere av informantene forteller at holdningen tidligere har vært «litt sånn ovenfra og ned» (informanter kommuner, helseforetak). En informant beskriver disse endringene som at «vi snakker sammen på en annen måte» (informant kommune). En forklaring til hvorfor samarbeidet fungerer og oppleves som likeverdig, er at flere av de sentrale aktørene over tid har blitt kjent med hverandre og at de treffes på veldig mange forskjellige arenaer.

Til å begynne med, da vi jobbet med disse samarbeidsavtalene, så synes jeg kanskje at holdningen fra sykehusets side var litt sånn at dette er noe som sykehuset vil og kan, og at kommunene liksom bare skulle være med på lasset. Jeg tror nok at det i løpet av årene har blitt jevnere (informant kommune).

Enkelte informanter mener at samarbeidet i fagutvalget for kompetansedeling kanskje skiller seg litt ut fra andre samhandlingsutvalg mellom Sykehuset Sørlandet (SSHF) og kommunene. En oppfatning er at det i andre avtaler og samarbeider kan være litt mer «ovenfra og ned» (informant kommune). Et relatert funn er at andre samhandlingsprosesser knyttet til oppgaveoverføring, kan innvirke på samhandlingsfeltet kompetansedeling. Høringsuttalelsene fra kommunene i sammenheng med «Utviklingsplan SSHF 2030» viser at kommunene ikke deler oppfatningen om at de har blitt inkludert i prosessene med å utforme utviklingsplanen. Flere kommuner er kritiske til at oppgaver skal overføres til kommunene før kommunene har hatt anledning til å bygge opp den nødvendige kompetansen (SSHF, 2015c). Et sitat fra en kommuneinformant illustrer hvordan dette kan påvirke prosessene med å dele kompetanse:

Det som fungerer mindre bra, er hvis sykehuset f.eks. sier at «nå trenger vi å lære dere mer om spesialisert rehabilitering, fordi nå skal kommunene ta imot flere oppgaver», f.eks. i forbindelse med slag. Da er det ikke et behov som man har kommet frem til i fellesskap, og hvis kommunene ikke har ressurser til å starte opp med behandling i forhold til slag og rehabilitering, så vil de heller ikke prioritere å bruke ressurser på kompetanseheving (informant kommune).

Flertallet av kommuneinformantene mener at sykehuset er på «tilbudssiden» og at det er «stor vilje» til å dele den kompetansen de har. Informantene fra kommunene forteller at helseforetaket arrangerer kurs og opplæring utfra hvilke kunnskapsbehov kommunene gir uttrykk for (informanter kommuner). Helseforetaket har delt flere e-læringskurs med kommunene, og er innstilte på å dele flere kurs dersom kommunene melder interesse (informant helseforetak). Informantene fra helseforetaket gir uttrykk for at det er i deres interesse å gjøre kommunene i stand til å utføre mer faglig krevende oppgaver, slik at sykehuset i større grad kan spesialisere seg. En oppfatning som deles av kommuneinformantene er at det oppleves som enkelt å ta kontakt med sykehuset dersom de ser at det er behov for kompetanseheving på et område. Informantene fra kommunene opplever at de stort sett får hjelp, men ikke nødvendigvis alltid fordi sykehuset er nødt til å prioritere hvordan ressursene skal brukes på dette området. En informant uttrykker at det er ikke «vi ringer, du bringer», og at samarbeidet derfor ikke kan beskrives som helt likeverdig.

Funnene i denne studien viser at informantene er opptatt av at kompetanse deles begge veier. En hendelse som illustrerer det, er at det i forbindelse med kompetanseprosjektet ble besluttet å endre ordet fra «kunnskapsoverføring» til «kompetansedeling» for å understreke prinsippet om gjensidighet (informant helseforetak). Informantene forteller at de i fagutvalget flere ganger har diskutert dette med gjensidighet. Et annet styringsdokument fra SSHF omtaler derimot kompetansesamarbeidet med kommunene som «kompetanseoverføring mot kommunene», og ikke som kompetansedeling (SSHF, 2014b, s. 23).

Informantene understreker at de har behov for hverandres kompetanse for å få til helhetlige pasientforløp. Felles kompetansedeling – kontra kun overføring av fagkompetanse til kommunene – vurderes av informantene som viktig for å øke forståelsen for hva kommuneansatte kan, hverdagen i kommunene og hva som møter pasientene når de sendes hjem til kommunene. En type formulering som går igjen hos flere kommuneinformanter er at «de må vite hva de sender pasienten hjem til». Sykehusansatte er kanskje ikke klar over hvor store endringer som har foregått i kommunene som en følge av samhandlingsreformen. Flere informanter forteller om erfaringer fra felles kompetansedeling hvor sykehusansatte har blitt positivt overrasket og imponert over kompetansen til kommuneansatte. En fordel med gjensidig kompetansedeling er ifølge informantene at det kan føre til at kommuneansattes kompetanse verdsettes i større grad.

Fra tidligere har det vært en sånn forestilling om at det er sykehuset som kan gi kompetanse til kommunene, at spesialisthelsetjenesten kan lære opp kommunehelsetjenesten. Det kan de i aller høyeste grad, men så er det også motsatt. Kommunehelsetjenesten, kommuneansatte, kan faktisk lære sykehusansatte veldig mye i forhold til hva den andre delen består av. Så det har vært veldig viktig, og det har ikke vært noe konfliktfylt område det. Fordi vi er veldig innforstått med det på begge sider, at vi trenger hverandres kunnskap for å få til gode løp (informant kommune).

Et klart skille fremkommer mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten når det kommer til hva man kan lære av hverandre. Kunnskapsoverføringen som er rettet mot kommunene handler i stor grad om deling av fagkompetanse som kommunene har behov for. Kunnskapsoverføring den andre veien handler i stor grad om utvikling av kunnskap om kommunehelsetjenesten som forvaltningsnivå. Kunnskap om hverandre handler om «bli kjent med hverandres terreng» og «forstå den andres virkelighet». En del informanter uttrykker at kommunene også har mye fagkompetanse som sykehuset vil ha nytte av, men kommer i liten grad med konkrete eksempler. Enkelte informanter gir uttrykk for at samarbeidet om kunnskapsdeling ofte tolkes som at det er sykehuset som skal formidle kompetansen til kommunene (informanter kommuner).

Kompetanse om kommunenes hverdag er veldig nyttig kompetanse for sykehuset også å ha, sånn at en kjenner tjenestetilbudet ute. Når en sender pasienten ut, så må en jo vite også hvordan hverdagen er der ute, hva de kan [...]. Kommunen har absolutt noe å tilføye, det har de jo, men mer sånn faglig så er det jo gjerne mest ut til kommunene (informant helseforetak).

En klar indikasjon på at kompetansedelingen i dag er mer gjensidig, er at det tidligere ikke var vanlig at sykehusansatte hospiterer i kommunene. Likevel virker det som det fremdeles er utfordrende å skape en kultur og praksis for at kunnskapen skal deles begge veier, noe som flere informanter mener skyldes at man ikke har hatt en tradisjon for det. Flere mener at en del av årsaken til at sykehusansatte i mindre grad hospiterer ute i kommunene, har å gjøre med at mange i spesialisthelsetjenesten ikke forstår hva de kan lære av kommunene. En annen grunn som informantene trekker frem er mer organisatorisk og praktisk, og handler om at hospiteringsordningen i kommunene kom på plass senere og derfor ikke er like godt kjent

Jeg tror at det er litt sånn kultur om at sykehuset har opplæringsansvar [...]. Men da må vi bare informere [sykehusansatte] om at hospitering i kommunene handler om samhandlingen, det handler ikke om opplæring i noe spesielt fag (informant helseforetak).

Jeg tenker at for sykehuset vil det rett og slett være nyttig å få et større bilde av hva det betyr å komme hjem [...]. For det har nok vært en litt sånn forestilling om at det på en måte bare er bearbeid, at det er best på sykehuset. Ja, en rangering av status. Men jeg tror det er viktig at sykehusansatte ser hvordan det er å jobbe i [små kommuner med store avstander], for da vil de se at det er et voldsomt stort ansvar du har, fordi du er alene (informant kommune).

Et annet funn er at informantene ikke opplever at det er forskjeller mellom små og store kommuner med tanke på maktforhold (informanter). Kommuneregionen hvor det er mange små kommuner var først ute med å lage et program for hospitering den andre veien. Informanten som representerer mange små kommuner understreker at samarbeidet er preget av likeverdighet (informant kommune).

6 Analyse

Kapittelet er delt inn i tre deler. Først følger en diskusjon av funnene sett i sammenheng med samhandlingsreformens intensjoner. Deretter diskuteres ledelse og ressurser, og til slutt diskuteres maktforhold.

6.1 Samhandlingsreformen og kunnskapsdeling

Flere har argumentert for at det er viktig å forsøke å forstå hvordan forhold ved den politiske konteksten innvirker på kunnskapsdeling i offentlig sektor (Hartley & Bennington, 2006; Rashman, Withers & Hartley 2009). Et mål med min studie var derfor å undersøke og forklare kunnskapsdeling mellom helseforetaket og kommunene med utgangspunkt i samhandlingsreformen. Innføringen av delavtaler om informasjons- og kunnskapsutveksling, større krav til felles planlegging, kravet om gjensidighet, spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt, samt et økt behov for kompetanseoverføring til kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner, er forhold ved politiske konteksten som er relevant i denne sammenhengen. En del studier finner at politiske reguleringer og lover kan fasilitere relasjons- og tillitsbygging i interorganisatorisk kunnskapsdelende prosesser, forutsatt at disse reguleringene er med på å «gi retning» til slike samarbeidsprosjekter (Yang & Maxwell, 2011, s. 171). Innledningsvis diskuteres funnene på et overordnet nivå, med utgangspunkt i samhandlingsreformen som den politiske konteksten.

6.1.1 Et større behov for samarbeid og koordinering av kunnskapsdelingen

Samarbeidspartene i helseforetaksområdet mente endringer i samarbeidet om kunnskapsdeling ble nødvendige som en følge av at samhandlingsreformen «stod på trappa». Forklaringen på hvorfor samarbeidspartnerne igangsatte prosesser som skulle tilrettelegge for et mer strukturert samarbeid om kompetansedeling, kan altså direkte relateres til innføringen av reformen. Kompetansedeling mellom helseforetaket og kommunene har ifølge informantene blitt viktigere som en følge av samhandlingsreformen. Funnene viser at kunnskapsdeling sees på som nødvendig for å skape bedre samhandling, mer helhetlige pasientforløp og kompetanseoverføring til kommunene. Funnene er dermed i tråd med andre studier av samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale helse- og omsorgstilbudet, Ledere og

ansatte ser et økt behov for kompetansetilførsel og samarbeid om kompetansedeling (Gautun & Syse, 2013; Abelsen et al. 2014; Dale et al. 2015).

I stortingsmeldingen hevdes det at problemene i samarbeidet mellom helseforetak og kommuner er at det er for lite felles, langsiktig planlegging, og at dette er et hinder for å utvikle helhetlige helse- og omsorgsstrategier (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28). En følge av dette – med tanke på kompetansedeling som samhandlingsfelt – er altså at samhandlingsreformen medfører at det stilles større krav til partene i helsevesenet om å ha en felles, helhetlig og langsiktig strategi for kunnskapsdeling. Funnene viser at det i helseforetaksområdet manglet strukturer som kunne ivareta helhetsperspektivet i kompetansedelingen. På bakgrunn av det kom partene frem til at det var nødvendig å utarbeide et mer forutsigbart og strukturert system for felles kompetansedeling. Funnene kan dermed tolkes som at samhandlingsreformen var «startskuddet» for et mer omfattende og strukturert samarbeid mellom helseforetaket og kommunene. Felles, langsiktig kompetanseplanlegging har skapt gunstige forutsetninger for et mer likeverdig samarbeid, gjensidighetskunnskap og informasjonsdeling mellom helseforetak og kommuner. Dette diskuteres mer utfyllende senere i kapittelet.

6.1.2 Hva innebærer det å samhandle om kunnskapsdeling?

I stortingsmeldingen defineres samhandling slik:

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. (St.meld. nr 47 (2008-2009), 2009, s. 13).

I definisjonen som legges til grunn i stortingsmeldingen, settes samhandling i nær sammenheng med oppgavefordeling mellom helseforetak og kommuner. Enkelte har, som redegjort for i bakgrunnskapittelet, kritisert samhandlingsreformen for at samhandling forstås som et nokså teknisk begrep. Disse har påpekt at samhandling er mer enn å identifisere oppgaver, ansvarsfordeling og sikring av måloppnåelse. En konsekvens av samhandlingsreformen er et økt behov for overføring av fagkompetanse til kommunene, som altså kan settes i sammenheng med denne forståelsen av hva samhandling innebærer. En del innholdsmessige aspekter ved reformen drar på den måten i retning av at helseforetak og kommuner, i samhandlingen om kompetansedelingen, skal prioritere kompetanseoverføring til kommunene. Ensidig

kompetanseoverføring til kommunene impliserer at kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner er mottakere av kompetanse som helseforetaket deler. En slik prosess er dermed riktig å beskrive som en videreføring av spesialisthelsetjenestens ansvar for å drive opplæring i kommunene. Fordi det i et slikt samarbeid i prinsippet vil være liten grad av gjensidighet, kan det diskuteres om det er riktig å kalle denne formen for kompetansedeling for samhandling.

Samtidig er det andre aspekter ved samhandlingsreformen som impliserer at samhandling om kompetansedeling ikke kun skal ses i sammenheng med oppgaveoverføring til kommunene. Innføringen av reformen har økt behovet for samarbeidskompetanse og kunnskap om hverandre, som felles kompetansetiltak kan tilrettelegge for. For å oppsummere, så impliserer samhandlingsreformen kompetanseoverføring til kommunene, mer kunnskap om det motsatte forvaltningsnivået, og samarbeidskompetanse. Føringerne tilsier at helseforetak og kommuner skal legge til rette for kompetanseoverføring til kommunene, men også legge til rette for at det i fellesskap utvikles mer kunnskap og forståelse for hverandre som samarbeidspartnere, samt samarbeidskompetanse.

Flere studier har brukt kategoriene taus og eksplisitt i den hensikt å forklare hvordan egenskaper ved kunnskapen som skal deles, påvirker selve prosessene med å dele kunnskap, men i denne studien har kategoriene hatt en annen funksjon. Kategoriene eksplisitt og taus kunnskap har vært utgangspunktet for å diskutere hvilken type kunnskap samarbeidspartene vurderer og prioriterer som viktig å dele. Føringerne i samhandlingsreformen tilsier at helseforetak og kommuner skal legge til rette for deling av både taus og eksplisitt kunnskap. Fagkompetanse (i sammenheng med kunnskapsoverføring til kommunene) er sammensatt og handler om deling av taus og eksplisitt kunnskap. Kunnskap om hverandre og samarbeidskompetanse (som partene skal legge til rette for i fellesskap) handler hovedsakelig om deling av taus kunnskap. En prioritering av kompetanseoverføring til kommunene kan forsvares, men vil samtidig redusere gjensidigheten i de kunnskapsdelende prosesser. En prioritering av deling av kompetanse til kommunene kan hindre gjensidighet i kunnskapsdelingen, og dermed at det skapes og deles taus kunnskap. Føringerne i samhandlingsreformen kan dermed hevdes å trekke i forskjellige retninger.

Konsekvenser for hvordan partene prioriterer kunnskapsdeling

I de felles planleggingsprosessene i forbindelse med «prosjekt gjensidig kompetanseutveksling», ble det ofte diskutert hva det innebærer med gjensidighet i kompetansedelingen. Løsningen som partene i dette helseforetaksområdet har kommet frem til, er at kommunenes bidrag i kompetansedelingen i hovedsak er kunnskap og forståelse for kommunale helse- og omsorgstjenester. Funnene viser at informantene skiller mellom hva helsepersonell i kommunene og i sykehuset kan lære av hverandre, i den forstand at det sykehuset kan tenkes å bidra med er både eksplisitt og taus kunnskap, mens kommunene i hovedsak kan tenkes å bidra med taus kunnskap. Fagkompetanse (som både er eksplisitt og taus) er det først og fremst helseforetaket som kan bidra med. Forståelse om hverdagen i kommunene, om hva kommuneansatte kan o.l. (som kan kategoriseres som taus kunnskap) er den kompetansen som kommunen kan bidra med. I datamaterialet manifesterer det seg altså et klart skille mellom hva spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester skal bidra med i kunnskapsdelingen, som kan forstås med utgangspunkt i disse teoretiske kategoriene. Funnene tolkes som at det i særlig grad er helseforetakets eksplisitte kunnskap, og kommunenes tause kunnskap, som prioriteres i dette samarbeidet.

Funn som indikerer det, er at informantene gjennomgående er mer konkrete og spesifikke når de forteller om kunnskapsoverføring til kommunene sammenlignet med hva de er når de forteller om hva helseforetaket kan lære av kommunene. Hva angår kunnskapsoverføring til kommunene, forteller informantene om kompetansebehov, konkrete fagområder, samt spesifikke kompetansedelende prosjekter, tiltak o.l. som har blitt gjennomført. Informantene er mindre konkrete i sine beskrivelser av hva sykehuset kan lære av kommunene, og kompetansen som skal deles er i mindre grad eksplisitt. Felles kompetansedeling handler om å lære å kjenne sine samhandlingspartnere i kommunene, og hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester fungerer. Forståelse og kunnskap om det motsatte forvaltningsnivået beskrives som det å «bli kjent med hverandres terreng» og «forstå den andres virkelighet». Kunnskap om kommunale helse- og omsorgstjenester er viktige for å «se pasienten gjennom hele forløpet». Denne formen for kompetanse ses i sammenheng med intensjonen om bedre samhandling i helsevesenet, og helhetlige pasientforløp. Fordi dette er kunnskap som især utvikles gjennom interaksjon og utvikling av felles forståelser (Kothari, 2012, s. 1, 3), kan denne kunnskapen kategoriseres som taus kunnskap.

Funnene viser dessuten at man i dette helseforetaksområdet har vært opptatt av å prioritere deling av taus kunnskap mellom nivåene. Et ønske er at det skal være gjensidighet i kompetansedelingen, og informantene er opptatt av å understreke verdien av kunnskap om hverandre, praksisnær læring og samarbeidskompetanse. En sentral intensjon med kompetansedelingen i det studerte helseforetaksområdet er å legge til rette for utvikling av samarbeidskompetanse og kunnskap om hverandre, fordi disse kompetanseformene anses som en forutsetning for et fungerende helsevesen. Forklaringen på hvorfor partene har satset på hospiteringsordningene, har sammenheng med hvilke læringseffekter som hospitering har, mener informantene. Læringseffektene gjennom å hospitere er ifølge informantene samhandlingskompetanse, kjennskap til samhandlingspartene og mer kunnskap om hverdagen til andre i helsevesenet og forståelse for deres kompetanse. Flertallet av informantene ser hospiteringsordningen som et sentralt kompetansedelende tiltak, som indikerer at taus kunnskap verdsettes som verdifull.

6.1.3 Oppsummering

Føringene i samhandlingsreformen tilsier at kommuner og helseforetak skal samarbeide om gjensidig kompetansedeling, men samtidig prioritere kompetanseoverføring til kommunene. Løsningen som partene i dette helseforetaksområdet har kommet frem til, er at kommunenes bidrag i kompetansedelingen i hovedsak er taus kunnskap. Funnene i min studie viser dessuten at partene i dette helseforetaksområdet har prioritert å legge til rette for kunnskapsdeling som kan føre til bedre samhandling, og derfor prioritert hospitering som et tiltak for deling av taus kunnskap. Kunnskapsdelende prosesser i helsevesenet kan resultere i bedre samarbeidsrelasjoner i og mellom organisasjoner og profesjoner, og på den måten bidra til å redusere avstanden mellom ulike organisasjoner og profesjoner (Braithwaite, 2010; Bose, 2003). For å oppnå dette, kreves det at det tas i bruk kunnskapsdelende aktiviteter, prosjekter og ordninger mellom helseforetak og kommuner hvor ansatte møtes «på tvers», lærer hverandre å kjenne og får innblikk i hverandres hverdag.

6.2 Ledelse og ressurser

Flere studier av intra- og interorganisatorisk kunnskapsoverføring viser at ledelse handler om å informere, motivere og legge til rette for at ansatte kan delta på kunnskapsdelende aktiviteter (Seba et al., 2012; Yao et al., 2007; Dale et al., 2015). Ledelse kan være komplisert i

interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser (Gil-Garzia et al., 2007; Currie & Martin, 2003; Sandkjær et al., 2013). Etersom kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner er komplekst i den forstand at det krysser forvaltningsnivåer, og angår mange forskjellige organisasjoner, kunne det forventes at ledelse er krevende i denne casen. I det studerte helseforetaksområdet er det likevel omfattende kunnskapsdeling. Er hindrene overkommet, og på hvordan måte i så fall?

6.2.1 En mer koordinert ledelse

Ledelsen i helseforetaksområdet så det som nødvendig å legge til rette for samarbeid om kunnskapsdelingen hvor helheten i større grad ble ivaretatt. Dette som en motsetning til sporadisk, tilfeldig og mindre omfattende kunnskapsdeling. Fagutvalget for kompetansedeling har vært med på å tilrettelegge for koordinering av ledelse mellom partene. Fordi helseforetaket og kommunen har et forum hvor de diskuterer og prioriterer kompetansetiltak, er kursene, e-læringstilbudet og hospiteringsplassene i større grad et resultat av felles prioriteringer og vurderinger med utgangspunkt i kompetansebehovene. Funnene indikerer at kunnskapsdelingen har gjennomgått en endring fra å være «ad hoc» kompetanseoverføring til kommunene med bakgrunn i snevert lokaliserte kompetansebehov, ikke formaliserte nettverk, til å bli mer strukturert. Funnene indikerer dessuten at denne struktureringen har lagt til rette for en mer effektiv ressursutnyttelse. Ledere i overordnet samarbeidsutvalg, kompetanseprosjektet og fagutvalget for kompetansedeling har bidratt til at kompetansedelingen i dag i større grad er en del av en mer helhetlig og langsiktig strategi. En del andre funn nyanserer dette bildet, ettersom det fremkommer i datamaterialet at partene fortsatt arbeider med å «bygge system».

Felles visjon

Felles målsetninger i kunnskapsdelende prosesser innebærer at samarbeidspartene har felles oppfatninger om handlinger, målsetninger og policier (Li & Lin, 2009, s. 1647). Studier viser at en faktor som kan hindre informasjons- og kunnskapsdeling, er manglende samsvar mellom organisasjonens målsetninger (Li & Lin, 2009; Gil-Garcia, 2007). Funnene viser at informantene beskriver intensjonen med samarbeidet nokså likt. Ledere i kommunene ønsker at helseforetaket skal bidra med sin kompetanse i kommunene, og helseforetaket er i stor grad villige til å gjøre det. Samtidig er informantene er opptatt av å understreke at

kompetansedelingen skal være gjensidig. Funnene tolkes som at partene deler en felles visjon om å dele taus kunnskap i fellesskap, og overføre fagkompetanse til kommunene.

En konsekvens av at helseforetaket og kommunene har strukturert samarbeid om kunnskapsoverføring, er at helseforetaket og kommunene møtes oftere og har fått mer forståelse for hverandres hverdag, systemer og kompetansebehov. Dette har ført til en felles forståelse mellom partene. Funnene indikerer at det gjennom kompetanseprosjektet, fagutvalget for kompetansedeling og andre samarbeidsarenaer og prosesser virker å ha oppstått en felles forståelse for dette med kompetansedeling. En forklaring på at samarbeidspartnerne i stor grad har felles målsetninger, er at det fra starten av har vært fokus på å forankre samarbeidet om kunnskapsdeling i kommunenes samarbeidsorganer og i helseforetaket. En annen forklaring, handler om at samarbeidet har «gått seg til» nettopp fordi man har samarbeidet over lengre tid. Enkelte informanter mener at helseforetaket i starten av dette samarbeidet hadde en tendens til å forstå kunnskapsdeling som kompetanseoverføring til kommunene, noe som indikerer at de i mindre grad delte felles målsetninger i startfasen av samarbeidet. Funnene i studien samsvarer dermed ikke med andre studier som finner at det er krevende å skape felles visjon i komplekse interorganisatoriske kunnskapsdelende prosesser. Forklaringen er kanskje at dette er mer krevende i kortsiktige, prosjekter hvor deltakerne har mindre tid til å bli kjent med hverandre, og utvikle forståelse for hva de forskjellige aktørene ønsker å oppnå med samarbeidet.

Kompetansetiltak som samsvarer med kompetansebehovene

Informantene er opptatt av å understreke at felles ledelse handler om å tilrettelegge for at tiltakene som utvikles, samsvarer med kompetansebehovene. Det er krevende for helseforetaket og ha kunnskap og forståelse for kompetansebehovene i kommunene. Dette kommer av kompleksiteten i det kommunale helse- og omsorgstilbudet. Et fast møteforum har ført til at dette hinderet i kunnskapsdeling har blitt redusert. Informantene forteller at de har blitt bedre kjent med hverandre, fått mer kunnskap om og forståelse for hverandres kompetansebehov, samt hvilke muligheter og begrensninger som organisatoriske rammer legger. En sentral aktør i disse prosessene er utviklingssentrene, som har innsikt i hva som «rører seg» i kommunene og fungerer som et bindeledd mellom kommunene og helseforetaket. Likevel er ikke et slikt forum i seg selv tilstrekkelig, nettopp fordi kompetansebehovene varierer mellom kommuner, kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner og avdelinger.

En annen måte man har forsøkt å redusere dette hinderet på, er ved å opprette en side hvor kommunene kan melde inn sine kompetansebehov. Kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner melder i svært liten grad inn sine kompetansebehov. Flere informanter forteller at hvis det arrangeres kurs, så «møter de jo opp», noe som ifølge informantene indikerer at kursene dekker reelle kompetansebehov. Funnene i denne studien indikerer at årsaken til at kommunene i liten grad melder inn kompetansebehovene er sammensatt. Forklaringen er nok at mange ikke vet om denne muligheten, eller at de i en travel hverdag ikke tar seg tid til å melde inn kompetansebehov.

Funnene kan tolkes som at opprettelsen av fagutvalget for kompetansedeling har ført til større grad av gjensidighetskunnskap (Danbolt et al., 2010, s. 244). Studien viser en sammenheng mellom gjensidighetskunnskap og i hvilken grad kompetansetiltakene samsvarer med behovene. For at kompetansetiltakene skal samsvare med kompetansebehovene, kreves det kjennskap til hverandres hverdag, rammevilkår og kompetansebehov. Ettersom det gjerne er krevende å avse ressurser til fagutvikling, må kurs, hospitering og andre kompetansetiltak samsvare med det som oppleves som kompetansebehovene for at ledere skal prioritere å la ansatte delta på disse tilbudene. I disse felles planleggingsprosessene mellom partene foregår det informasjons- og kunnskapsutveksling. Dette har ført til at samarbeidspartene har fått mer kunnskap om hverandre, slik at kompetansetiltakene i større grad treffer på behovene, som igjen øker sjansen for at tiltakene tas i bruk.

Informasjonsspredning

Ledelse handler som sagt om å informere, motivere og tilrettelegge for kompetansedeling (Seba et al., 2012; Yao et al., 2007; Dale et al., 2015). Funnene viser at felles ledelse i særlig grad handler om å dele videre informasjon om hvordan helseforetak og kommuner samarbeider om kunnskapsdeling. Informasjon om eksisterende tilbud er en forutsetning for at ledere og ansatte tar i bruk kunnskapsdelende tiltak. Flere informanter understreker at ledere må ha oversikt, og informere, motivere og tilrettelegge for at ansatte kan delta. Intensjonen med nettsiden, er at ledere og ansatte skal følge med i kurskalenderen, tidsfrister for hospitering, og melde inn kompetansebehov.

Funnene indikerer at man i det studerte helseforetaksområdet har brukt tid og ressurser på å legge til rette for at så mange som mulig skal vite om kompetansetilbudet. Flere forskjellige aktører er aktive i disse prosessene med å dele informasjon om kompetansedeling.

Informantene forteller at det brukes mange forskjellige kanaler for informasjonsspredning, som nettsiden for kompetansedeling, e-post, facebook, formelle og uformelle møter. En grunn til at fagutvalget sees på som positivt, er at det kobler sammen mange forskjellige relevante aktører. Funnene kan dermed tolkes som at dette skaper et nettverk til å spre informasjon (Gorry, 2008; Currie et al., 2007).

De sentrale aktørene opplever likevel at det er krevende å nå frem med informasjon. Et sentralt funn er altså at det er krevende å nå frem med informasjon, til tross for at det brukes mye tid og ressurser på det. Forklaringen har sammenheng med at det er mange organisasjoner og mennesker som skal nåes, kombinert med forholdsvis få mennesker som arbeider med dette. Dette kan tolkes som at det er noen strukturelle faktorer som hindrer kunnskapsdeling mellom helseforetaket og kommunene. En nettside hvor det ligger informasjon om kunnskapsdelende tiltak kan være nyttig som informasjonsverktøy, men er ikke selvgående, og forutsetter at det samtidig brukes menneskelige ressurser på arbeidet med å dele informasjon.

6.2.2 Ledelse i kommunene

Kommunale helse- og omsorgssjefer, enhetsledere og avdelingsledere har et selvstendig ansvar for å tilrettelegge for at ansatte kan delta i kunnskapsdelende tiltak. Ledernes ansvar er å ha oversikt over tilbudet som finnes, motivere ansatte til å delta, samt være villige til å avse ressurser slik at ansatte kan delta.

Et behov for å øke bevisstheten om kunnskapsdeling

Et moment som er gjennomgående i datamaterialet, er at informantene ser en tendens til at fagutvikling og kunnskapsdeling «havner litt i bakhodet» og at de «tenker ikke på det». I disse beskrivelsene snakker informantene i hovedsak om ansatte, men også om ledere. Et funn som indikerer det, er f.eks. at en sentral aktør i dette kompetansearbeidet forteller at hun ofte må gjenta informasjon om kompetansedelingssiden til de samme personene. Forklaringen er at ledere og ansatte er opptatt med den daglige driften, at det varierer hvor villige ledere er til å avse ressurser til kompetanseutvikling, og hvor bevisst forhold de har til det. Ettersom det varierer hvor motiverte ansatte er til å delta i kunnskapsdelende aktiviteter, er det viktig å «spille på» de ansatte som ønsker å være delaktige, som f.eks. ressursykepleiere. Funnene kan dermed tolkes som at manglende motivasjon blant ansatte kan være et hinder, men at det samtidig ikke nødvendigvis er avgjørende fordi det som oftest vil være ansatte som ønsker å delta. Flere har

hevdet at det er et behov for å øke bevisstheten om verdien av knowledge management i offentlig sektor, både blant ledelsen og bakkebyråkrater i offentlig sektor (Chiem 2001; Cong & Pandya, 2003, s. 25). En norsk studie finner indikasjoner på at kommunale kompetanseplaner er lite kommunisert og kjent blant ansatte (Dale mfl. 2015: 49). Funnene i min studie kan dermed ses som å samsvare med disse studiene, men det må samtidig understrekes at datagrunnlaget er begrenset.

Ressurser

Forventningen i denne studien er at ressurser kan forklare hvilke kunnskapsdelende tiltak som ledere prioriterer å sende ansatte på. Kostnadene forbundet med å dele kunnskap varierer ut fra hvilken type kunnskap det er som skal deles (Foss et al., 2010, s. 468). Fordi det gjerne er tidkrevende å dele taus kunnskap, er det ofte ressurskrevende å overføre taus kunnskap (Hartley & Bennington, 2006, s. 103; Bate & Robert, 2002, s. 649; Hartley & Allison, 2002, s. 105). Funnene viser ikke overraskende at kostnadene ved å delta varierer mellom de forskjellige tiltakene. Et hospiteringsopphold innebærer at det må leies inn vikarer for flere dager, og er derfor mer kostbart enn kurs. Kurs er igjen mer kostbart enn E-læring, fordi ansatte kan gjennomføre E-læringskurs innimellom sine daglige arbeidsoppgaver når de har tid.

Funnene viser at kostnadene forbundet med å la ansatte delta, er en faktor som ledere tar hensyn til når de prioriterer mellom forskjellige kunnskapsdelende tiltak. Likevel virker det som ledere er innstilt til på å prioritere hospitering, men her er det nødvendig å understreke at datagrunnlaget er nokså begrenset. Funn som indikerer at ledere er innstilt på å avse ressurser til hospitering, er at informantene forteller at det er mange søkere på hospiteringsoppholdene. Evalueringene viser at hospitanter gjennomgående er fornøyde med sitt hospiteringsopphold. En positiv konsekvens av at det har blitt satset på hospiteringsordningen, er at det kanskje har ført til at ledere er villige til å bruke ressurser på hospitering, nettopp fordi det ses på som et fruktbart kompetansetiltak. Funnene tolkes som at ressurser fører til at det oppleves som enklere å prioritere kompetansetiltak for deling av eksplisitt kunnskap, men at denne faktoren har blitt modifisert fordi helseforetaksområdet har satset på et kompetansetiltak for deling av taus kunnskap. Funnene viser at avstand mellom sykehus og kommune også kan begrense kunnskapsdelingen, men at også denne faktoren i noen tilfeller modifiseres, f.eks. ved at det samme kurset arrangeres på forskjellige steder.

Ledelse i små og store kommuner

Funnene i studien viser at det er forskjeller mellom små og store kommuner når det kommer til det å tilrettelegge for kunnskapsdeling. Forskjellene handler om at små og store kommuner er ulike når det kommer til menneskelige ressurser, nærhet mellom avdelingene og organisatorisk kapasitet. Ledelsen i små og store kommuner har hver sine fortrinn og hindre i disse prosessene med å tilrettelegge for kunnskapsdeling.

Et fortrinn ved små kommuner, er at det er kort avstand mellom avdelingene, folk kjenner hverandre og samarbeider i det daglige. En konsekvens av dette, er at det er enklere å nå frem med informasjon i små kommuner. Enkelte funn tyder dessuten på at det i små kommuner kan være lettere å involvere yrkesgrupper som kan være krevende å få med, som f.eks. fastleger. I små kommuner er det færre som skal «omvendes», og prosessene med å forankre kunnskapsdelende prosjekter og tiltak oppleves derfor ikke som særlig utfordrende. Funnene viser at informasjonsdeling og forankring er mye mer krevende i store kommuner.

En del andre kjennetegn ved små kommuner gjør ledelse mer krevende i disse kommunene sammenlignet med større kommuner. Fordi små kommuner har mange færre ansatte å spille på, er de mer sårbare hvis de f.eks. skal sende flere sykepleiere på kurs samtidig. En sentral forskjell mellom små og store kommuner er tilgangen på menneskelige ressurser. Et hinder for deltagelse i kompetansedeling i små kommuner er mangel på folk, kanskje i større grad enn økonomiske ressurser. Funnene indikerer også at det er enklere for større kommuner å være pågangsdrivere i utvikling av kompetansetiltak, gjennomføre pilotprosjekter o.l., fordi de har både mer økonomiske og menneskelige ressurser å bidra med.

6.2.3 Oppsummering

Ledelsen i helseforetaket og kommunene er i dag mer koordinert, i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009, s. 28). Funnene tilsier at interorganisatorisk ledelse mellom helseforetak og kommuner handler om å tilrettelegge for at det skapes en felles visjon, at det utvikles kompetansetiltak som treffer på behovene, samt arbeide aktivt med informasjonsdeling. Felles planleggingsprosesser, hvor partene har vært opptatt av å lytte til hverandres kompetansebehov og ønsker med samarbeidet, har skapt gunstige forutsetninger for et fungerende samarbeidsklima og større grad av gjensidighetskunnskap. Funnene i studien tolkes som at mer forståelse og innsikt i hverandres

hverdag og kompetansebehov, har ført til at det er enklere å utvikle kompetansetiltak som samsvarer med kompetansebehovene. Fagutvalget kobler sammen mange aktører, og har dermed gjort det enklere å spre informasjon. Interorganisatorisk kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner angår mange organisasjoner og mennesker. Derfor kreves det iherdig innsats for å klare å nå frem med informasjon, og informasjonsdeling er et sentralt hinder.

Ledere som deltar i disse overordnede prosessene kan tilrettelegge for kunnskapsdeling ved å utvikle tiltak som samsvarer med kompetansebehovene, og spre denne informasjonen videre. Ledere og ansatte i kommunene har deretter et selvstendig ansvar for å faktisk ta i bruk dette tilbudet, som blant annet innebærer å motivere ansatte til å delta, og være villige til å avse ressurser. Ledere har ansvar for å skape en kultur for kunnskapsdeling og spre den kulturen videre i organisasjonen (Seba, 2012; Yao et al., 2007). Funnene indikerer at det er behov for å øke bevisstheten om kunnskapsdeling på ulike nivåer i helse- og omsorgsorganisasjoner.

6.3 Maktforhold

Litteratur om samhandling og knowledge management i helsevesenet finner at maktforhold kompliserer kunnskapsdelende prosesser mellom profesjoner, organisasjoner og tjenestenivåer. Forventningen i denne studien var at maktforhold ville komplisere kunnskapsdelingen. Dette er fordi det kan antas å være krevende og skape gjensidig kunnskapsdeling når det kun er spesialisthelsetjenesten som har veiledningsplikt, kommunene har et stort behov for kompetansetilførsel, og forholdet mellom kommuner og helseforetak er asymmetrisk med tanke på faglig kompetanse. En grunn til at nettopp dette helseforetaksområdet ble valgt ut, var fordi de hadde et omfattende samarbeid, og hadde gjennomført et prosjekt for gjensidig kompetansedeling. Er maktforhold-hindrene overkommet, og på hvilken måte i så fall?

6.3.1 En mer likeverdig relasjon

En intensjon med samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg er å legge til rette for en mer likeverdig relasjon mellom helseforetak og kommuner (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Likeverdigheten mellom partene har ifølge informantene blitt bedre i løpet av de siste årene. Enkelte funn tyder på at helseforetaket i starten av dette samarbeidet anså kompetansedeling som deres ansvar, at de skulle overføre kompetanse og kommunene «bare skulle være med på

lasset», som en informant sa det. Et mer strukturert og omfattende samarbeid har ført til at partene har blitt bedre kjent, og har en bedre samarbeidsrelasjon. Flere av de sentrale aktørene møtes i mer utstrakt grad sammenlignet med tidligere, noe som har vært positivt for samarbeidsrelasjonen. Funnene tolkes som at likeverdighet mellom helseforetaket og kommunene har vært en forutsetning for en fungerende samarbeidsrelasjon, og har ført til interesse og motivasjon for å dele kompetanse. Et sentralt funn er at informantene mener at det er viktig at man kommer frem til kompetansebehov og kompetansetiltak i fellesskap, som kan ses i sammenheng med maktforhold. En likeverdig relasjon innebærer at helseforetaket ikke påtar seg en «storebror-rolle», og deler kompetanse med utgangspunkt i hva de selv mener kommuneansatte har behov for å lære mer om.

En statusrapport om samhandlingsreformen viser at det fremdeles er en oppfatning om at sykehusene påtar seg «storebror-rollen» (HOD, 2014). Hanssen et al. (2014) finner at samhandlingsreformen har ført til en endring i forhandlingspraksisene mellom kommunene og helseforetak fra deliberative forhandlinger til hardere strategiske forhandlinger (s. 116-117). Funnene i min studie samsvarer altså ikke med disse studiene. En mulig forklaring er at kompetansedeling som samhandlingsfelt ikke rommer like mange potensielle konflikter og maktforhold-relasjoner, som de mer overordnede samhandlingsprosesser gjør. Et funn som understøtter det, er at en del informanter opplever at mangel på likeverdighet er et større problem i andre samhandlingsprosesser. Endringsprosesser i sammenheng med hvem som skal ha ansvar for forskjellige helsefunksjoner, pasientgrupper o.l. kan være mer krevende å samhandle om, fordi resultatet av disse prosessene får store konsekvenser for kommunenes helse- og omsorgstilbud.

En del funn indikerer at det er en sammenheng mellom hvordan samhandlingsprosessene i forbindelse med oppgaveoverføring forløper, og i hvilken grad kommunene er motiverte og villige til å delta i kompetansehevende tiltak. En del informantutsagn, samt dokumenter, illustrerer at det hender at helseforetaket foreslår kompetansehevingen innenfor et fagområde, med bakgrunn i et ønske fra helseforetakets side om at kommunene skal ta et større ansvar innenfor dette fagområdet. Hvis kommunene opplever at de ikke har blitt inkludert i disse prosessene, og mener at de ikke har mulighet til å påta seg disse ansvarsområdene, så er ikke interessen for å delta i kompetanseheving like stor.

Hovedinntrykket fra intervjuene er at samarbeidet om kunnskapsdeling er preget av åpenhet, dialog og likeverdighet. En årsak til at relasjonen i det store og det hele oppleves som likeverdig,

er at det har blitt satt fokus på likeverdighet. En likeverdig relasjon er ikke noe som har oppstått av seg selv, men er noe som partene har arbeidet med. En slik relasjon har på samme tid skapt gunstige forutsetninger for at det har utviklet seg en felles forståelse, interesse og villighet til å dele kunnskap med hverandre.

6.3.2 Kunnskapshierarki

Flere studier av kunnskapsdelende prosesser i helsevesenet finner «skjulte hierarkier» hvor noen individer eller organisasjoners kompetanse oppfattes som mer verdifull og gyldig enn andres (Currie & Suhomlinova, 2006; Kimble et al., 2010). Flere argumenterer for at det er positivt at informasjon og kunnskap deles begge veier mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgsorganisasjoner (Giltvedt et al. 2012, s. 23; Elstad et al., 2013, s. 303).

Etter kompetanseprosjektet, opprettelsen av fagutvalget for kompetansedeling og andre samhandlingsprosesser, har det blitt en økt bevissthet om at det ikke kun er kommunene som skal lære av sykehuset. Endringer som informantene forteller om, indikerer en større anerkjennelse av kompetansen som kommunene besitter. Et sentralt funn er at kompetansen til spesialisthelsetjenesten i helseforetaket og kommunenes kompetanse anses som likeverdig, og at det er en forståelse for at man har behov for hverandres kompetanse for å skape helhetlige løp. Likevel er det først og fremst spesialisthelsetjenestens fagkunnskap som anses som viktig å overføre, og funnene indikerer at kompetanseoverføring rettet mot kommunene prioriteres i større grad. Fagkompetansen som kommunalt helsepersonell innehar er i mindre grad relevant i disse samhandlingsprosessene, og studien min samsvarer dermed med andre studier som finner at fagkunnskapen til spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester ikke ses på som like viktig å dele (Danbolt et al., 2010; Abelsen et al., 2014).

Spørsmålet er dermed om det er riktig å tolke disse funnene som et skjult kunnskapshierarki, hvor kompetansen vurderes som likeverdig, men spesialisthelsetjenestens kompetanse likevel vurderes som mer gyldig (Giltvedt, 2010). Informantene er i det store og det hele positive til at det prioriteres å dele spesialistkompetanse med kommunene. For kommunenes del er det i deres interesse at helseforetaket er innstilt på å dele fagkompetanse med kommunene. Funnene viser at informantene i det store og det hele er positive til at det prioriteres og deles spesialistkompetanse til kommunene, og at det er i samsvar med intensjonen med samarbeidet.

Funnene kan samlet sett tolkes som at prioriteringen av deling av fagkompetanse til kommunene ikke indikerer et kunnskapshierarki mellom partene.

Konsekvenser for hvilken kompetanse som prioriteres å dele

En forutsetning for at kommuneansatte og ansatte i spesialisthelsetjenesten skal få mer forståelse for hverandres hverdag, systemer og fagkompetanse, er at ansatte i større grad samhandler på tvers. Funnene viser at det at samarbeidspartene har hatt fokus på maktforhold, har ført til at kommunenes kompetanse har blitt anerkjent i større grad. For kommunens del, er det slik at deres kompetansebidrag til helseforetaket i hovedsak er kunnskap som kan kategoriseres som taus, som allerede diskutert. Funnene indikerer at kompetansen til helseforetaket og kommunene anses som likeverdig, men at det altså er forskjeller mellom hva partene kan bidra med. Funnene i studien tolkes som at håndtering av maktforhold har ført til større anerkjennelse av kommunenes tause kunnskap. Fordi kommunene har mye slik kunnskap å bidra med, har det i dette helseforetaksområdet blitt ansett som viktig å prioritere deling av taus kunnskap. En intensjon med samhandlingsreformen er, som allerede diskutert, bedre samarbeidskompetanse og kunnskap om hverandre. En fordel med å håndtere maktforhold, er dermed at dette kan føre til at denne kunnskapsformen da verdsettes i større grad. Hvis det i større grad hadde vært et maktforhold mellom helseforetaket og kommunen, hadde kanskje deling av taus kunnskap blitt nedprioritert fordi denne kompetansen ikke hadde vært ansett som like verdifull som helseforetakets spesialistkompetanse.

Kan maktforhold forklare deltagelse blant sykehusansatte?

Kunnskapsoverføringen slik den var tidligere, beskrives som kurs, opplæring og hospitering for kommuneansatte. Den var i hovedsak enveis kunnskapsoverføring fra helseforetaket til kommunene. Funnene viser at sykehusansatte hospiterer i kommunene. Dette funnet er interessant sett i sammenheng med studien til Abelsen et al. (2014). I deres studie indikerer ikke datamaterialet at hospitering skjer den motsatte veien, altså at sykehusansatte hospiterer i kommunene (s. 65). Funnene viser samtidig at det er mindre hospitering i kommunene, men det er mer klart hvorvidt dette skyldes manglende motivasjon og villighet til å delta, eller at helsepersonell ikke kjenner til dette tilbudet.

Flere av informantene forteller at samhandling om kompetansedeling er positivt for likeverdigheten mellom ansatte på tvers av nivåer. Forklaringen er at ansatte da får større

forståelse for hverandres hverdag og kompetanse. Funnene kan indikere at større grad av samhandling – f.eks. gjennom hospitering – er positivt for likeverdigheten mellom ansatte på tvers av nivåer. En tendens som fremkommer i datamaterialet, er at en del av helsepersonalet i sykehuset kanskje ikke helt forstår hva de skal lære av kommunene. Enkelte informanter fra kommunene er av den oppfatningen at kommunene har fagkompetanse som ansatte i sykehuset skulle etterspurt i større grad. Flere forteller at ansatte i sykehuset som har deltatt i samhandlings- og kunnskapsdelende prosjekter sammen med kommunene, har blitt positivt overrasket over kompetansen til kommuneansatte. Funnene indikerer at ansatte i sykehuset er innstilte på å drive opplæring av kommuneansatte, men at de kanskje er mindre innstilte på å lære av kommunene. En forklaring er at det lenge har eksistert en kultur for at spesialisthelsetjenesten har ansvar for å drive opplæring i kommunene. Funnene kan tolkes som at fordi denne kulturen har eksistert så lenge, er det krevende å skape kultur for gjensidig kunnskapsdeling

6.3.3 Oppsummering

Funnene i denne case-studien viser at partene i dette helseforetaksområdet har forsøkt å håndtere maktforholdet mellom helseforetaket og kommunene, og at samarbeidet om kunnskapsdeling har blitt mer likeverdig. Funnene indikerer at samarbeidspartene har håndtert maktforhold gjennom å legge til rette for en likeverdig relasjon hvor beslutninger tas i fellesskap, hvor partene er opptatt av å lytte til hverandre og verdsette hverandres kompetanse, og igangsette kompetansetiltak som er i samsvar med disse intensjonene. Funnene har blitt tolket som at det er en sammenheng mellom kunnskapshierarki, og hvilke kompetansetiltak som igangsettes. Fremdeles er maktforhold noe som må arbeides med, noe som skyldes at det lenge har eksistert en kultur for at det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for kunnskapsoverføring til kommunene. Funnene indikerer at det er en sammenheng mellom maktforhold og deltagelse blant sykehusansatte, men på grunn av datamaterialet er det heftet større usikkerhet til dette funnet.

7 Avslutning

Jeg har i denne studien sett nærmere på et fenomen som i liten grad har blitt studert i forskningslitteraturen. Flertallet av studiene undersøker, i motsetning til denne studien, kunnskapsdeling innenfor en snevrere kontekst. Målet med disse studiene er gjerne å forklare læring- og samarbeidsprosesser. Fordi læring og samarbeid forutsetter at det faktisk eksisterer et kompetansetilbud, og at ansatte deltar, er det nettopp disse fasene i kunnskapsdeling som denne studien har undersøkt. En generell forventning til studiens funn var at kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommuner krevende, og at det er mange faktorer som hindrer kunnskapsdeling mellom nivåene. Sørlandet sykehus HF og kommunene i Agder skilte seg ut på den måten at det fremstod som det var et omfattende samarbeid. Derfor har dette helseforetaksområdet vært en interessant case å studere nærmere. I avslutningskapittelet oppsummeres studiens funn, det pekes på styrker og svakheter ved studien, samt forslag til videre forskning.

7.1 Oppsummering og konklusjon

En målsetning med samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg, er å tilrettelegge for felles planleggingsprosesser. En forutsetning for et helhetlig og koordinert helsevesen, er at helseforetak og kommuner gjennomfører planleggingsprosesser i fellesskap (St.meld. nr. 47 (2008-2009), 2009). Hva angår kompetansedeling, kan enkeltstående fagutvalg, nettverk o.l. på hver sin måte tilrettelegge for kompetansedeling mellom nivåene. For at kunnskapsdelingen som mellom nivåene, skal være helhetlig og koordinert, kreves det derimot mer. En erkjennelse av dette, førte til at det ble igangsatt prosesser for å legge til rette for et mer strukturert samarbeid om kompetansedeling. Fagutvalget for kompetansedeling bidrar til å koordinere dette samhandlingsområdet gjennom felles planleggingsprosesser, nettsiden for kompetansedeling, samt informasjonsdeling gjennom forskjellige kanaler. Fordelen er dermed at det er noen som «holder i trådene», og som har et overblikk over kompetansedelingen. I helseforetaksområdet har samarbeidspartene svart på føringene i reformen, gjennom å tilrettelegge for felles ledelse av kompetansedeling.

En del av den kunnskapsdelende strategien, handler om å overføre fagkompetanse til kommunene. Fordi dette fra før av var en etablert praksis, er det rimelig å se på det som en videreføring av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt. Endringen som er interessant, er at

deling av taus kunnskap prioriteres i større grad. I samarbeidet om kunnskapsdelingen er holdningen at man har behov for samarbeidskompetanse og kjennskap til det motsatte forvaltningsnivået for å skape helhetlige pasientforløp, og derfor har deling av taus kunnskap i større grad blitt prioritert. Et kjennetegn ved den kunnskapsdelende strategien, er at det i særlig grad er helseforetakets eksplisitte kunnskap, og kommunens tause kunnskap som prioriteres.

En sentral årsak til at helseforetaket og kommunene har fått til et omfattende samarbeid, er at ledelsen i helseforetaket og kommunene har vært villige til å bruke tid og ressurser på dette samarbeidet. En fordel med fagutvalget er at det kobler sammen mange sentrale aktører, som gjør det mulig å planlegge og koordinere kunnskapsdelingen. Fordi det har blitt brukt tid og ressurser på å forankre samarbeidet, har det oppstått en felles intensjon mellom partene. En annen forklaring er at håndtering av maktforhold synes å ha skapt gunstige betingelser for å samarbeide. En interorganisatorisk relasjon kjennetegnet av likeverdighet og bestrebelse av gjensidighetskunnskap har vært positivt for samarbeidet. Dette fordi dette har ført til en felles visjon, og skapt interesse og motivasjon for å drive med kunnskapsdeling.

I studien har det blitt undersøkt hva som hindrer og fremmer deltagelse i kunnskapsdelende tiltak. Felles planlegging av kunnskapsdelende tiltak fremmer deltagelse, fordi det øker sjansen for at det utvikles kompetansetiltak som treffer på behov. Fordi det er krevende å avse ressurser til kunnskapsdelende tiltak, er det svært viktig at tiltakene som tilbys samsvarer med kompetansebehovene. Et sentralt hinder for deltagelse er at mange ikke kjenner til dette kompetansetilbudet. Selv om det brukes mange kanaler til å nå frem, oppleves dette som vanskelig. Kompleksiteten – i den forstand at kompetansetiltakene er relevante for svært mange organisasjoner og mennesker – gjør informasjonsdeling krevende.

Funnene indikerer at ressurser og avstand påvirker omfanget av deltagelse, og hvilke kunnskapsdelende tiltak som tas i bruk. Det virker å være et behov for å øke bevisstheten om kunnskapsdeling både blant ansatte og blant ledere. På sykehusene må det arbeides mer med å spre informasjon om hva som er intensjonen med hospitering i kommunene, slik at sykehusansatte forstår hva de har å tjene på å delta. Fordi det lenge har eksistert en kultur for at spesialisthelsetjenesten skal drive med opplæring, er dette en prosess som trolig vil ta tid.

7.2 Styrker og svakheter ved studien

Flertallet av studier av intra- og interorganisatorisk kunnskapsdeling i offentlig sektor studerer læring og samarbeid innenfor spesifikke prosjekter, tiltak og ordninger, og på den måten skiller min studie seg ut. Ettersom det i masterprosjektet har blitt identifisert et område i forskningslitteraturen som i mindre grad har blitt studert, er dette å anse som en av studiens styrker. Likevel kan det innvendes at studienes teoretiske utgangspunkt samtidig er en svakhet ved studien, nettopp fordi mange av disse studiene har et annet siktemål. Et annet teoretisk rammeverk – som hadde hentet teoretiske perspektiver fra andre studier av koordinering og iverksetting av offentlig politikk - hadde muligens gitt større muligheter for å studere og diskutere kunnskapsdelende prosesser på en mer fruktbar måte. Fordelen med at disse studiene har dannet grunnlaget, er derimot at masteroppgaven på den måten kan illustrere hvordan forklaringer som fremkommer i litteraturen kan innvirke i kunnskapsdelende prosesser slik det har blitt studert her.

En avvikende case-strategi ble valgt. Funnene i min studie kan være relevante for andre som ønsker å studere kunnskapsdeling i andre helseforetaksområder, og som identifiserer andre områder med et omfattende samarbeid. En konsekvens av at det var krevende å velge case på en tilfredsstillende måte, er det medfører usikkerhet om hvorvidt casen faktisk er så avvikende som den har blitt presentert som. En svakhet ved studien, er at det i prosessen med å velge case, kunne ha blitt gjennomført en mer grundig cross-case analyse. Jeg kunne f.eks. intervjuet 1/2 sentrale aktører innenfor hvert helseforetaksområde, som hadde resultert i et bedre grunnlag for å velge case.

En annen svakhet ved denne studien, handler om hvilken informasjon som er samlet inn om kunnskapsdelende tiltak. Fordi det er omfattende kunnskapsdeling mellom helseforetaket og kommunene, har denne studien valgt å fokusere på kompetansetiltakene som fagutvalget for kompetansedeling samarbeider om, selv om ambulerende team og inter-kommunale fagnettverk (hvor det også er deltagelse fra sykehusansatte) også kan beskrives som felles kompetansetiltak. Likevel kan denne avgrensningen forsvares med at det faktisk er disse kompetansetiltakene som det i det studerte helseforetaksområdet er størst grad av felles samarbeid om.

Flertallet av informantene i studien er sentrale aktører i samarbeidet om kompetansedeling. Dette vurderes både som en styrke og en svakhet ved studien. En fordel med informant-sammensetningen er at intervjuene har gitt detaljerte informasjon, perspektiver og innsikt i hvordan helseforetaket og kommunene samarbeider om kompetansedeling. Fordelen er dermed

at det har gitt et godt datagrunnlag til å vurdere kunnskapsdeling på det «overordnede-nivået. Likevel er informant-sammensettingen også en svakhet ved studien, fordi det innebærer at datagrunnlaget er svakere til å vurdere hva som kan forklare deltagelse. Flere informanter fra forskjellige organisasjoner, enheter og avdelinger hadde resultert i sikrere funn.

7.3 Videre forskning

Ledelse kan i stor grad forklare de kunnskapsdelende prosessene mellom helseforetaket og kommunene. I en større studie hadde det vært interessant å undersøke hvorvidt forskjeller i ledelse kan forklare variasjoner mellom helseforetaksområder i hvor omfattende kunnskapsdelingen er. Hvordan tilrettelegger ledere for felles kompetansedeling, og hvilke aspekter ved ledelse er det som fremmer og hindrer samarbeid om kunnskapsdeling? Funnene i min studie tilsier at informasjonsdeling er et sentralt hinder i kunnskapsdeling mellom helseforetak og kommune. En studie kunne derfor undersøkt nærmere hvilke aktører, kanaler og mekanismer som bidrar til å redusere dette hinderet. Ettersom denne studien finner at det er forskjeller mellom små og store kommuner, hadde det vært spennende å studere nærmere og sammenligne informasjonsdeling, forankring og deltagelse i små og store kommuner. Et relatert forskningsspørsmål, er om den overordne felles strategien samsvarer med hva som ligger til grunn for hvordan ledere i tjenestene prioriterer kompetansedeling. Er den kunnskapsdelende strategien kommunisert videre, og hvilke implikasjoner kan observeres av manglende samsvar?

Jeg har argumentert for at det kan være fruktbart å studere kunnskapsdeling med utgangspunkt i de teoretiske kategoriene taus og eksplisitt kunnskap. Et spørsmål som er interessant, er om andre studier kan finne en sammenheng mellom det å håndtere maktforhold, og det å prioritere deling av taus kunnskap. Ettersom denne studien ikke har studert læring, kunne det dessuten vært spennende å undersøke om det er samsvar mellom de antatte læringseffektene i forskjellige kompetansedelende tiltak, og hva helsepersonell faktisk lærer. Er det slik at det faktisk deles taus kunnskap i tiltakene som er egnet til å dele denne formen for kompetanse?

Helsesektoren er en svært kunnskapsintensiv sektor. Derfor er det viktig å forstå hvordan forskjellige former for kunnskap utvikles, brukes og deles på tvers av individer, organisasjoner og nivåer. Forståelse for kunnskapsdelende prosesser i helsevesenet, avhenger av mer forskning om hva som kan forklare kunnskapsdeling i forskjellige faser.

Litteraturliste

- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I., & Stephansen A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet* (Rapport IRIS 2014/382). Hentet 15. september 2016 fra <http://www.ks.no/contentassets/8c65ff133a334f02af6dbcec6751db13/rapport.pdf>
- Abidi, S. S. R. (2007). Healthcare knowledge sharing: purpose, practices, and prospects. I R. K. Bali & Dwivedi, A. N. (Red.), *Health Care Knowledge Management: Issues, Advances, Successes*, Hentet 19. september, fra http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-49009-0_6
- Addicott, R., McGivern, G., & Ferlie, E. (2007). The distortion of a managerial technique? The case of clinical networks in UK health care. *British Journal of Management*, 18(1), 93-105.
- Adler, P. S., Kwon, S-W., & Heckscher, C. (2008). Perspective – Professional work: The emergence of collaborative community. *Organization Science*, 19(2), 359-376.
- Andersen, S. S. (1997). *Case-studier og generalisering* (1. utg.). Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 22(3/06), 278-298
- Andersen, O. J. (2010). «Sammen er vi sterke, men det kan også gå på tverke»: Regional samstyring som mulighet og problem. *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift*, 26(1), 5-29.
- Argote, L., & Ingram, P. (2000). Knowledge transfer: A Basis for competitive advantages in firms. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 82(1), 150-169.
- Bate, S. P., & Robert, G. (2002). Knowledge management and communities of practice in the private sector: Lessons for modernizing the national health service in England and Wales. *Public Administration*, 80(4), 643–663.
- Beveren, J. V. (2003). Does health care for knowledge management? *Journal of Knowledge Management*, 7(1), 90 – 95
- Beyers, J., Braun, C., Marshall, D., & Bruycker, I. D. (2014). Let's talk! On the practice and method of interviewing policy experts. *Intereset Groups & Advocacy*, 3(2), 174-187.
- Bornbaum, C., Kornas, K., Peirson, L., & Rosella, L. (2015). Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. *Implementation Science*. 10(1), 1-12.

- Bose, R. (2003). Knowledge management-enabled health care management systems: Capabilities, infrastructure, and decision-support. *Expert Systems with Applications*, 24(1), 59–71.
- Blåka, S., Klausen, J. E., Myrvold, T., Renå, H., Winsvold, M., & Zeiner, H. (2013). *Framtidens kommune – kriterier for politisk oppslutning* (NIBR-rapport 2013: 21). Hentet 15. september 2016, fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2013-21.pdf>
- Braithwaite, J. (2010). Between-group behaviour in health care: Gaps, edges, boundaries, disconnections, weak ties, spaces and holes. *A systematic review. BMC Health Services Research*, 10(1), 1-11.
- Braithwaite, J. (2015). Bridging gaps to promote networked care between teams and groups in health delivery systems: a systematic review of non-health literature. *BMJ Open*, 10, 1-13.
- Bryman, A. (2004). *Social research methods* (2. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Chiem, P.X. (2001). In the public interest: government employees also need incentives to share what they know. *Knowledge Management Magazine*.
- Cong, X., & Pandya K. V. (2003). Issues of knowledge management in the public sector. *Electronic Journal of Knowledge Management*, 1(2), 25-32.
- Currie, G., & Suhomlinova, O. (2006). The impact of institutional forces upon knowledge sharing in the UK NHS: The triumph of professional power and the inconsistency of policy. *Public Administration*, 84(1), 1-30.
- Currie, G., Finn, R., & Martin, G. (2007). Spanning boundaries in pursuit of effective knowledge sharing within networks in the NHS, *Journal of Health Organization and Management*, 21(4/5), 406 - 417
- Curtis, S., Gesler, W., Smith, G., & Washburn, S. (2000). Approaches to sampling and case selection in qualitative research: examples in the geography of health. *Social science & medicine*, 50(7/8), 1001- 1014.
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A., & Sogstad, M. (2015). *Er tjenestene fortsatt «på strekk»? Om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003-2015* (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 12/2015). Hentet 15. september, fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2375414/1/rapport_12_2015.pdf
- Danbolt, L. J., Lien, L., & Kjøsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(3), 238-245.

- Dawes, S. S., Cresswell A. M., & Pardo T. A. (2009). From “Need to Know” to “Need to Share”: Tangled problems, information boundaries, and the building of public sector knowledge Networks. *Public Administration Review*, 69(3), 392-402.
- D’Amour, D., Goulet, L., Labadie, J-F., Martin-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8, 1-14.
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Blackwell Publishing Ltd Medical education*, 40(4), 314–321.
- Eckstein, H. (2000). Case study and theory in political science. I R. Gomm, M. Hammersley & P. Foster (Red.), *Case study method* (s. 119-164).
- Elstad, T. A., Steen, T. A., & Larsen, G. A. (2013). Samhandling mellom et distriktskykiatrisk senter og kommunalt psykisk helsearbeid: ansattes erfaringer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 296-305.
- Elwyn, G., Taubert, M., & Kowalczyk J. (2007). Sticky knowledge: a possible model for investigating implementation in healthcare contexts. *Implementation Science*, 44(2), 1-8.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M (2001). Improving the quality of health care in the united kingdom and the united states: A framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- Foss, N. J., Husted, K., & Michailova, S. (2010). Governing knowledge sharing in organizations: Level of analysis, governance mechanisms, and research directions. *Journal of management Studies*, 47(3), 455-482.
- Gabbay, J., le May, A., Jefferson, H., Webb, D., Lovelock, R., Powell, J., & Lathlean, J. (2003). A case study of knowledge management in multiagency consumer-informed ‘communities of practice’: implications for evidencebased policy development in health and social services. *Health: An Interdisciplinary Journal of the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 7(3), 283-310.
- Gil, Garcia, J. R., Shobha, I., Smith, C., & Duchessi, P. (2007). Collaborative e-Government: impediments and benefits of information-sharing projects in the public sector. *European Journal of Information Systems*, 16, 121-133.
- Glendinning, C. (2002). Breaking down barriers: integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2), 139-151.
- Foss, N. J., Husted, K., & Michailova, S. (2010). Governing knowledge sharing in organizations: Levels of analysis, governance mechanisms, and research directions. *Journal of Management Studies*, 47(3), 455-482.
- Friesl, M., Sackmann, S. A., & Kremser, S. (2011). Knowledge sharing in new organizational entities. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 18(1), 71 - 86

- Gerring, J. (2007). *Case study research. Principles and practices*. New York: Cambridge University Press.
- Giltvedt, K., Sætrang, T., & Tveiten, S. (2012). En fokusgruppeundersøkelse: Samhandling og kunnskapsdeling mellom barnefysioterapeuter i kommune- og spesialisthelsetjenesten. *Fysioterapeuten*, (11/12), 20-26.
- Gautun, S., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* (NOVA Rapport 8/2013). Hentet 15. september 2016, fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Samhandlingsreformen>
- Gorry, G. A. (2008). Sharing knowledge in the public sector: Two case studies. *Knowledge management research & practice*, 6(2), 105-111.
- Grimsmo, A., Kirchhoff., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske OrganisasjonsStudier*, 3-2015.
- Hanssen, G. S., Helgesen, M. K., & Holmen, A. K. T. (2013). Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen– forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 30(2), 108-130.
- Hansen, M. T., Mors, M. L., & Løvås, B. (2005). Knowledge sharing in organizations: multiple networks, multiple phases. *The Academy of Management Journal*, 48(5) (Oct., 2005), 776-793
- Hartley, J. H., & Allison, M. (2002). Good, better, best? Inter-organizational learning in a network of local authorities. *Public Management Review*, 4(1), 101-118.
- Hartley, J., & Benington, J. (2006). Copy and paste, or graft and transplant? Knowledge sharing through inter-organizational networks. *Public Money & Management*, 26(2), 101-108.
- Harvey, G., Jas, P., Walshe, K. (2015). Analyzing organization context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organizational variation in performance improvement. *BMJ Qual Saf*, 24, 48-55.
- Haynes, P. (2005). New Development: The demystification of knowledge. *Management for Public Services, Public Money & Management*, 25(2), 131-135
- Helsedirektoratet. (2014). *Årsrapport 2014*. Hentet 18. september, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/914/IS-0495-%C3%85rsrapport%202014-for-Helsedirektoratet.pdf>
- Helsedirektoratet. (2016a). *Utskrivningsklare pasienter*. Hentet 22. september, fra <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>
- Helsedirektoratet. (2016b). *Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen*. Hentet 22. september, fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud-i-kommunen>

- Helse Nord RHF & KS Nord-Norge. (2013). *Kompetanseutfordringer i kjølevannet av samhandlingsreformen* (Rapport med statusbeskrivelser fra Nord-Norge ny versjon pr 31.1.2013). Hentet 19. september, fra http://www.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/Kompetanseutfordringer_i_kjoelvannet_av_Samhandlingsreformen.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013a). *Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Hentet 18. september 2016, fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013b). *Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ovenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra 18. september 2016, fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/hoeringer_kta/dokumenter/runskriv_i-3_2013.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014. Fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen*. <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf>
- Jarvenpaa, S. L., Majchrzak, A. (2008) Knowledge collaboration among professionals protecting national security: Role of transactive memories in ego-centered knowledge networks. *Organization Science*, 19(2), 260-276.
- Kajamaa, A. (2011). Boundary breaking in a hospital. *The Learning Organization*, 18(5), 361-377.
- Kimble, C., Grenier, C., & Goglio-Primard, K. (2010). Innovation and knowledge sharing across professional boundaries: Political interplay between boundary objects and brokers. *International Journal of Information Management*, 30(5), 437-444.
- Kothari, A., Rudman, D., Dobbins, M., Rouse, M., Sibbald, S., & Edwards, N. (2012). The use of tacit and explicit knowledge in public health: A qualitative study. *Implementation Science*, (7), 1-12.
- Kunnskapssenteret, 2016. *Kvalitetsforbedring. Hvordan forbedre kvalitet?* Hentet 06. september, fra <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring>
- Levy, J. S. (2008). Case studies: Types, Designs, and logics of inference. *Conflict Management and Peace Science*, 25(1), 1-18.
- Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, M., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009). Use of communities of practice in business and health care sectors: A systematic review. *Implementation Science*, (4), 1-9.

- Li, S., & Lin, B. (2006). Accessing information sharing and information quality in supply chain management. *Decision Support Systems*, 42, 1641-1656.
- Ludvigsen, K., & Ravneberg, B. (2012). *Utredning om kompetansebehovet i helse- og sosialtjenestene samt kompetanseutfordringer i helse- og sosialfagene* (Unni Rokkansenteret Notat 3-2012). Hentet 18. september, fra http://cms.uni.no/media/manual_upload/302_notat_03_2012_ravneberg_og_ludvigsen.pdf
- Lund, T. (2002). *Metodologiske prinsipper og referanserammer*. Oslo: Unipub.
- Lynch, J. F. (2013). Aligning sampling strategies with analytic goals. I L. Mosley (Red.), *Interview research in political science* (s. 31-44). United States of America: Cornell University Press.
- Martin, C. J. (2013). Crafting interviews to capture cause and effect. I L. Mosley (Red.), *Interview research in political science* (s. 31-44). United States of America: Cornell University Press.
- Massaro, M., Dumay, J., & Garlatti, A. (2015). Public sector knowledge management: a structured literature review. *Journal of Knowledge Management*, 19(3), 530 – 558
- Mosley, L. (2013). Introduction. «Just talk to people»? Interviews in contemporary political science. I L. Mosley (Red.), *Interview research in political science* (s. 31-44). United States of America: Cornell university press.
- Sandhu, M., Jain, K., & Ahmad, I. (2011). Knowledge sharing among public sector employees: evidence from Malaysia. *International Journal of Public Sector Management*, 24(3), 206-26.
- Ramsdal, H. (2013). Statlige reformer og lokal iverksetting – hva betyr det for psykisk helsearbeid? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(4), 328-337.
- Rashman, L., & Hartley, J. (2002). Leading and learning? Knowledge transfer in the beacon council scheme. *Public Administration*, 80(3), 523-542.
- Rashman, L., Withers, E., & Hartley, J. (2009). Organizational learning and knowledge in public service organizations: A systematic review of the literature. *International Journal of Management reviews*, 11(4), 463-494.
- Rommetvedt, H., Opedal, S., Stigen, I. M., & Vrangbæk, K. (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Fjernråstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røttingen, J-A., Ryel, A. L., Sundsfjord, A., Stoltenberg, C., Næss-Ulseth, E., Smeland, E., Omenaas, E., Evensen, E-A., Lurås, H., Simonsen, J. W., Klepp, K-I., Slørdahl, S., Pike, T., Nag, T., & Andresen, T. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Hentet 18.september, fra <http://omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2014/08/HelseOmsorg21strategi1362014.pdf>

- Romøren, T. I (2011). Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk Sygeplejeforskning*, (1), 82-88.
- Seba, I., Rowley, J., & Delbridge, R. (2012). Knowledge sharing in the Dubai Police Force. *Journal of Knowledge Management*, 16(1), 114-128
- Syed-Ikshan, S. O. S., & Rowland, F. (2004). Knowledge management in a public organization: a study on the relationship between organizational elements and the performance of knowledge transfer. *Journal of Knowledge Management*, 8(2), 95-111.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 7. februar nr. 61*.
- St.meld. nr. 16 (2010-2011). (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Hentet 22. september, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 26 (2014-2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet 18. september 2016, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 29 (2012-2013). (2013). *Morgendagens omsorg*. Hentet 18. september 2016, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet 18. september 2016, fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Tjora, A., & Melby, L. (2013). *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten*.
- Touati, N., Denis, J-L., Roberge, D., & Brabant, B. (2015). Learning in health care organizations and systems: An alternative approach to Knowledge Management. *Administration and Society*, 47(7), 761-801.
- Yang, T-M., & Maxwell, T. A. (2011). Information-sharing in public organizations: A literature review of interpersonal, intra-organizational and inter-organizational success factors. *Government Information Quarterly*, 28(2), 164-175.
- Yao, L. J., Kam, T. H. Y., & Chan, S. H. (2007). Knowledge sharing in Asian public administration sector: the case of Hong Kong. *Journal of Enterprise Information Management*, 20(1), 51-69.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research. Design and Methods*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.

- Yin, R. (2004). Case studies. I M. Kane (Red.), *Research made easy in complementary and alternative medicine* (s. 53-64). Kina: Churchill Livingstone Elsevier.
- Zeiner, H. H., & Tjerbo, T. (2015). *Helsekommunene? Interkommunalt samarbeid og samhandlingsreformen* (NIBR Notat 2015: 104). Hentet 18. september 2016 fra, <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2015-104.pdf>
- Willem, A., & Buelens, M. (2007). Knowledge sharing in public sector organizations: The effect of organizational characteristics on interdepartmental knowledge sharing. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 17(4), 581-606.

Vedlegg

Vedlegg 1: Oversikt over dokumenter

SSHF (2013). Prosjekt gjensidig kompetanseutveksling mellom SSHF og kommunehelsetjenesten på Agder. Hentet 19. oktober, fra <http://docplayer.me/15688916-Prosjekt-gjensidig-kompetanseutveksling-sshf-og-kommunehelsetjenesten-pa-agder-prosjektleder-anne-brit-riiser.html>

SSHF (2014a). Delavtale mellom Sørlandet sykehus HF og Åmli kommune. Hentet 26. oktober, fra http://www.sshf.no/fagfolk/_samhandling_/Avtaler/_amli_/Documents/Signert%20delavtale%206%20mellom%20SSHF%20og%20%C3%85mli%20kommune%20om%20kunnskapsoverf%C3%B8ring,%20hospitering.pdf

SSHF (2014b). Rapport arbeidsgruppe strategiplan. 2015-2017. Gruppe 13. Kompetanseplan frem mot 2020. http://www.sshf.no/omoss/_strategier_/strategiplan-2015-17_/Documents/Arbeidsgrupper/Gruppe13/Gr.%2013%20RAPPORT%20-%20Kompetanseplan.pdf

SSHF (2015a). Møte i fagutvalg for kompetansedeling for OSS. Møte nr. 1- 2015. Hentet 19. oktober, fra http://www.sshf.no/fagfolk/_samhandling_/gjensidig-kompetanseutveksling_/Documents/25.03.15%20Referat%20fagutvalg%20kompetansedeling.pdf

SSHF (2015b). Møte i fagutvalg for kompetansedeling for OSS. Møte nr. 2 - 2015. Hentet 19. oktober, fra [http://www.sshf.no/fagfolk/_samhandling_/gjensidig-kompetanseutveksling_/Documents/29.10.15%20Referat%20Fagutvalg%20kompetansedeling%20v2%20\(2\).pdf](http://www.sshf.no/fagfolk/_samhandling_/gjensidig-kompetanseutveksling_/Documents/29.10.15%20Referat%20Fagutvalg%20kompetansedeling%20v2%20(2).pdf)

SSHF (2015c). Vedlegg til Utviklingsplan SSHF 2030. Høringsuttalelser. Hentet 25. Oktober, fra <http://docplayer.me/4439311-Vedlegg-til-utviklingsplan-sshf-2030-horingsuttalelser.html>

SSHF (2016a). Fagutvalget for kompetansedeling. Hentet 19. oktober, fra
<http://www.sshf.no/fag/samhandling/fagutvalg-faggrupper/fagutvalg-for-kompetansedeling>

SSHF (2016b). Fagutvalget for kompetansedeling. Hentet 19. oktober, fra
http://www.sshf.no/fagfolk_/samhandling_/gjensidig-kompetanseutveksling_/Sider/Vi-jobber-med-nettsiden-kompetansedeling.aspx

SSHF (2016c). Kompetansedeling. Hentet 19. oktober, fra
http://www.sshf.no/fagfolk_/samhandling_/gjensidig-kompetanseutveksling_/Sider/Kompetansedeling.aspx

SSHF (2016d). Lovpålagte avtaler. Hentet 25. oktober, fra
http://www.sshf.no/FAGFOLK_/SAMHANDLING_/AVTALER_/Sider/side.aspx

SSHF (2016e). Arb.gruppe gruppe hospitering. Status pr. 13.04.16. Statistikk tilsendt fra informant.

Vedlegg 2: Intervjuguide

Bemerkning: Intervjuguiden ble noe modifisert utfra hvem jeg snakket med.

INNLEDNING

Hva ønsker helseforetaket/kommunene å oppnå med kunnskapsdeling mellom nivåene?

- Hvilken kompetanse er det som anses som viktig å dele mellom nivåene? Hvorfor det?
- Handler det om å overføre fra sykehuset til kommunene, eller fra kommunene til sykehuset?

Hvilke konsekvenser har innføringen av samhandlingsreformen hatt for samarbeidet om kunnskapsdeling?

- *Hvordan* man samarbeider? *Hvor omfattende* kompetansedelingen er?

ORGANISERING OG LEDELSE

Hva er funksjonen til fagutvalget for kompetansedeling?

- Er det her kommuner og sykehus *fremmer initiativ* til kunnskapsoverføring?
- Er det her man *konkret bestemmer* hvilke tiltak man skal gjennomføre?
- Hva er din rolle som representant for (...) i fagutvalget?

Hvordan arbeider fagutvalget med å tilrettelegge for kunnskapsdeling?

- Hva kan være krevende i dette arbeidet med å tilrettelegge for kunnskapsdeling?
- Informasjonsdeling – hvilke kanaler, aktører?

Er det noen andre forumer/møteplasser som er deltakere i prosessene med å planlegge kunnskapsdeling mellom nivåene?

KUNNSKAPSDELENDE TILTAK

Jeg har forstått det slik at det man samarbeider med om i fagutvalget er kurs, undervisning, hospitering og e-læring, som jo er forskjellige typer tiltak..

...I forhold disse ulike tiltakene som man kan bruke for å til kunnskapsoverføring. Har du noen oppfatninger om hvilke tiltak som er mest *verdifulle*?

- Er det forskjell i kvalitet på disse tiltakene?
- Er det noen som er mer *effektive*?

Vil du si at man prioriterer – eller har satset på - noen kompetansedelende tiltak i større grad enn andre?

- Hva er årsaken til det?

Spørre om andre tiltak: praksiskonsulentordningen, ambulerende team, nettverk.

LEDELSE OG RESSURSER

Hvordan kan ledere i kommunen/sykehuset – på ulike nivåer – tilrettelegge for kunnskapsdeling?

- Har du inntrykk av ledere generelt er motiverte og villige til å la ansatte delta på kunnskapsdelende tiltak?

I hvilken grad er økonomiske ressurser en faktor som påvirker arbeidet med kompetansedeling?

- Hvordan da? Har det betydning for hvilke tiltak som tas i bruk?

Er avstand mellom sykehus og kommune en faktor som har betydning for hvordan kommuner og sykehuset samarbeider om kunnskapsoverføring?

- Har det betydning for hvor utstrakt samarbeidet er? Har det betydning for hvilke tiltak som tas i bruk?
- Er det her man *konkret bestemmer* hvilke tiltak man skal gjennomføre?

SMÅ OG STORE KOMMUNER:

Er det forskjeller mellom små og store kommuner i forhold til hvor delaktige de er i kunnskapsdelende prosesser og tiltak?

- Hva kan være positivt med små kommuner med tanke på å få til tiltak for kunnskapsoverføring mellom nivåene? Hva kan være negativt?
- Hva kan være positivt med store kommuner med tanke på å få til tiltak for kunnskapsoverføring mellom nivåene?
- Er det forskjeller i kompetansebehov i små og store kommuner?

RELASJON/MAKTFORHOLD

Hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom helseforetaket og kommunene?

- Hva opplever du som positivt ved samarbeidet? Er det noe du opplever som negativt ved samarbeidet? Hva kunne vært bedre?

Er det enighet mellom helseforetaket og kommunene om hva som er intensjonen med samarbeidet?

- Hva består denne enigheten i?

I hvilken grad vil du si at deres samarbeidspartnere på sykehuset har kunnskap og forståelse for hvilke rammer dere i kommunene arbeider under?

Hva med forståelse og kunnskap for deres behov med tanke på kunnskapsoverføring?

Er kommunene og helseforetaket likeverdige aktører i dette samarbeidet?/ Er den en maktskjevhet mellom helseforetaket og kommunene?

- Hvordan da/hvorfor ikke? Hvilken betydning har det for samarbeidet om kunnskapsdeling?

AVSLUTNINGSVIS

Hva tror du måtte til for at dere skulle gjennomført mer kunnskapsoverføring på tvers av nivåene?

Hvordan kan samarbeidet forbedres?

Er det noe mer du har lyst til å tilføye?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner ”

Bakgrunn og formål

Kunnskapsoverføring mellom helseforetak og kommuner kan bidra til kompetansebygging i helse- og omsorgstjenestene. Hvordan planlegges og gjennomføres egentlig kunnskapsoverføring mellom nivåene i helsetjenestene, og hvilke faktorer påvirker disse prosessene? På grunn av din stilling forespørres du om å delta i denne studien. Hensikten er å få mer kunnskap om kunnskapsdelende prosesser mellom helseforetak og kommuner, og både ansatte i kommuner og helseforetak har blitt forespurt om å delta. Prosjektet gjennomføres i forbindelse med min masteroppgave i statsvitenskap ved Universitet i Oslo. Prosjektet er ikke tilknyttet en ekstern oppdragsgiver eller samarbeidspartner. Masteroppgaven skal publiseres på nett, og vil derfor være allment tilgjengelig.

Bakgrunnen er at samhandlingsreformen legger opp til at helseforetak og kommuner skal samarbeide om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling. Kunnskapsdelende tiltak kan for eksempel være hospitering, praksiskonsulentordningen, ambulerende team og nettverk. Hensikten er å undersøke hvilke former for tiltak som gjennomføres, og forklare hva som har betydning for iverksetting av kunnskapsdelende tiltak. Det har blitt gjennomført lite forskning på dette området. Studien vil på den måten bidra med kunnskap om faktorer som påvirker denne formen for kunnskapsoverføring i helsevesenet. Samtidig vil undersøkelsen forhåpentligvis kunne si noe om hvordan man kan tilrettelegge for overføring på en gunstig måte.

Hva innebærer deltakelse i studien?

I prosjektet vil det bli samlet inne både dokumentdata og intervjudata. Dersom du samtykker til å delta i studien, innebærer det at du stiller opp på et telefonintervju. Intervjuet vil vare i ca. 30 minutter, og samtalen tas opp dersom du godkjenner det. Selve spørsmålene vil omhandle hvordan kunnskapsdeling foregår, og hvilke forhold som har betydning for beslutning og gjennomføring av kunnskapsdelende aktiviteter og tiltak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og lagret på en sikker måte. Det er kun prosjektgjennomfører som har tilgang til personopplysninger. Alt materiale som inneholder personopplysninger, som f.eks. navnelisten over deltagere, lydopptak og nedskrevne samtaler slettes når prosjektet avsluttes. Planlagt sluttdato for prosjektet er 31.10.16. I den publiserte masteroppgaven vil deltagerne anonymiseres, altså ikke fremstå med sitt egentlige navn. Dersom det er en mulighet for at deltagere kan gjenkjennes, vil dette avklares med den det gjelder. Du vil da få muligheten til å lese gjennom og godkjenne sitater.

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Student Sandra Fredriksen



Veileder Signy Irene Vabo



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

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)