



Masteroppgave

ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Tittel

Kunsten å lære.

Bidrar bruk av prosjekt til at eierkommunene utvikler bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring?

Janny Meese

Totalt antall sider inkludert forsiden: 117

Molde, 15.05.13



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 45

Veileder: Lars Rønhovde

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 15.02.13

Forord

Å avslutte et studium med denne masteroppgaven, gir meg assosiasjoner til et musikalsk crescendo som ender i fortissimo. Det har vært noen spennende år med stadige ahaopplevelser, ny innsikt og bratte bakker mot et utall eksamener. Arbeidet med oppgaven har gitt ro og tid til å la ny kunnskap synke inn og modnes for å ende opp som et selvstendig forskningsprosjekt innenfor de rammene en masteroppgave gir. Det har vært givende og lærerikt på mange plan.

Denne oppgaven hadde aldri blitt til hvis ikke Turid Aarseth hadde spurt meg på slutten av bachelorstudiet om å være forskningsassistent på samhandlingsprosjektet. Jeg er veldig takknemlig for den tilliten hun viste meg. Den ble utslagsgivende for at jeg begynte på masteren i samfunnsendring, administrasjon og ledelse. Tusen takk også til alle som på ulike måter har medvirket i dette prosjektet, og som har tatt godt i mot meg og delt sine erfaringer og synspunkt.

Det har vært en lang prosess, ikke minst med valg av teoretisk inntak og forsøk på å utarbeide kløktige problemstillinger. Det er derfor viktig for meg å takke veilederen min, Lars Rønhovde, som forstod hvor jeg ville og tok på seg veilederansvaret, da jeg kjempet som verst med oppgaveskissen. Han har bidratt med gode råd og faglig innsikt som jeg har satt stor pris på.

Til sist vil jeg takke mannen min og ungene mine som raust og tålmodig i over fire år har holdt ut med et tidvis særdeles travelt og fraværende familiemedlem, spesielt disse siste månedene. Tusen, tusen takk skal dere ha, nå er vi i mål!

Janny Meese

14. mai 2013

Sammendrag

Med utgangspunkt i et stort prosjekt med mange prosjekteiere, deriblant fem kommuner, har jeg i denne oppgaven sett nærmere på om eierkommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring. Ved å følge dette prosjektet har jeg sett hvor mye tid, krefter og offentlige midler som kan gå med. Jeg har derfor tenkt at det er av samfunnsmessig interesse å se hva slags læringsutbytte denne formen for utviklingsarbeid kan gi. Greier kommunene å nyttiggjøre seg den kunnskapen som utvikles i prosjektet, og gir denne arbeidsformen innspill til hvordan man kan legge til rette organisatorisk for å utvikle gode læringsvilkår, eller forsvinner mye av kunnskapen med prosjektet når dette opphører?

Det teoretiske grunnlaget er Nonaka og Takeuchis (1995) organisasjonslæringsteori om hvordan man kan utvikle organisatorisk kunnskapsbygging, forstått som hvordan et selskap evner å skape ny kunnskap, akkumulere og spre den i egen organisasjon. Et sentralt moment i teorien er at toppladelsen må legge til rette for at gode læringsspiraler kan finne sted og bli en del av organisasjonens grunnfestede måte å tenke på. Viktige stikkord her er organisasjonsdesign og ledelsesmodell. Den overordnede problemstillingen har vært å undersøke om eierkommunene gjennom prosjektdeltagelsen har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring. Har man gjennom samhandlingsprosjektet utviklet ny kunnskap, er den så tatt i bruk, og hva eller hvem har i tilfelle bevirket dette. Jeg har studert de fem eierkommunene som enkeltcaser for å se hva som kan ha bidratt eller hemmet en kunnskapsbyggende prosess hos disse.

Studien har en kvalitativ undersøkelsesdesign med en abduktiv tilnærming. Metodevalget har vært observasjon under møter, dokumentanalyse og intervju med noen av deltagerne fra prosjektgruppene. Gjennom en komparativ analyse har jeg identifisert hvilke variabler som kan se ut til å ha hemmet kunnskapsbyggingsprosessen i de enkelte casene. Teorien har vært et hensiktsmessig analyseredskap og bidratt til å forklare hvorfor funnene viser at kommunene ikke ser ut til å ha utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring. Det henger særlig sammen med at man ikke har evnet å utarbeide en organisasjonsdesign og ledelsesmodell som sikrer utveksling av kunnskap fra prosjektet og til kommunene for videre intern spredning, utover individnivå. Man oppnår ikke læring langs den ontologiske dimensjonen.

Innhold

1	Innledning med tema og problemstilling	1
1.1	Tematisk og teoretisk bakgrunn for studien	2
1.2	Problemstilling	4
2	Teoretisk forankring/tilnærming.....	6
2.1	Begrepene kunnskap og læring	6
2.2	Teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner.....	8
2.3	Teoretisk belyst problemstilling	13
2.4	Oppgavens videre struktur.....	16
3	Presentasjon av prosjektet og eierkommunene	17
3.1	Prosjektet	17
3.2	Tidslinje.....	19
3.3	Trekk ved eierkommunene	22
3.4	Forholdet mellom prosjektet og kommunenes organisasjonsstruktur	24
4	Undersøkellesdesign og metode	26
4.1	Undersøkellesdesign	26
4.2	Om studien og valg av metode for innhenting av empiriske data.	28
4.3	Observasjon	31
4.4	Intervju	34
4.5	Dokumentundersøkelse	37
4.6	Om dataanalysen	38
4.7	Om studiens pålitelighet og gyldighet.....	38
4.8	Forskningsetiske refleksjoner.....	39
4.9	Oppsummering	40
5	Presentasjon av empirien	42
5.1	Prosjektets gang gjennom prosjektfasene.....	43
5.2	Initiativkommunens gang gjennom prosjektfasene.	52
5.3	Bykommunens gang gjennom prosjektfasene.	57
5.4	Øykommunens gang gjennom prosjektfasene.....	62
5.5	Landkommunens gang gjennom prosjektfasene.	67
5.6	Randkommunens gang gjennom prosjektfasene.	71
5.7	Oppsummering etter gjennomgang av funn	75
6	Analyse av prosjektet og eierkommunene	77
6.1	Premisser for analysen.....	77
6.2	Prosjektet og teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner	81
6.3	Kommunene og teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner	86
6.4	Funn sett i lys av ledelsesmodell	94
6.5	Funn sett i lys av hypertekstorganisering	95
6.6	Oppsummering av delanalysene holdt opp mot problemstilling.....	97
7	Konklusjon og veien videre	100
7.1	Konklusjon	100
7.2	Om overførbarhet og veien videre.....	101
	Litteraturliste.....	103
	Vedlegg.....	105

Figurer og tabeller

- Figur 3.1 Horisontal og vertikal organisering av og mellom prosjektet og eierkommunene
- Figur 6.1 Spiral of organizational knowledge creation
- Figur 6.2 Samhandlingsprosjektet som kommunenes Ba. Med utgangspunkt i modellen "Ba as shared context"
- Tabell 4.1 Oversikt over observasjoner og antall og typer intervju
- Tabell 6.1 Analysestruktur med utgangspunkt i femfasemodellen

1 Innledning med tema og problemstilling

Prosjekt brukes ofte ved ulike typer endringsbehov, problemer og satsinger som vanligvis skal gjennomføres, i tillegg til, eller parallelt med ordinær drift. Røvik (1998) viser til prosjektorganisering sammen med bl.a. målstyring, verdistyring, endringsledelse, TQM og benchmarking som eksempler på populære oppskrifter og verktøy for hvordan organisere og lede organisasjoner for å oppnå optimal ytelse. Kjennetegn ved disse oppskriftene er at de har påvirket mye av idé- og tankesettet for veldig mange i ulike typer organisasjoner, og at de anses som svaret på det moderne, det riktige og den framtidsrettete innretningen for å håndtere organisasjonens utfordringer. De utvikles til å bli institusjonaliserte standarder eller organisasjonsoppskrifter med en begrenset varighet som riktignok kan være lang, f.eks. komitesystemet i norske kommuner som varte i over 100 år (Røvik 1998).

Utbredelsen av prosjektorganisering som organisasjonsoppskrift har vært stor og er stadig økende i offentlig sektor. Vaagaasar (2008) hevder at av all verdiskaping i Norge så utgjør prosjekt rundt to tredjedeler. Hun skiller ikke mellom privat og offentlig sektor, men det er grunn til å anta at det brukes betydelig med penger og personalressurser på denne arbeidsmåten også i norske kommuner. Jeg syntes derfor det kunne være både samfunnsnyttig og relevant å se nærmere på noen effekter av prosjektorganisering som arbeidsform i våre kommuner. Det finnes mange lærebøker og manualer til hjelp for dem som skal gjennomføre prosjekt, med tilhørende kriterier for å måle suksessfaktorer. For min del var det mere interessant å ta på et par organisasjonsteoretiske briller for å se nærmere på hvordan prosjektorganisering, og forholdet mellom prosjektorganisasjon og eierorganisasjon kan leses i et organisasjonslæringsperspektiv. Hvordan få til læring i møtet mellom prosjektet med sin horisontale, teambaserte og ofte tverrfaglige organisasjonsform, og den kommunale hierarkiske, ofte fagspesialiserte linjeorganisasjonen? Hva oppnår man, hva lærer man, hvem lærer i tilfelle, og så videre.

Før jeg går videre vil jeg bare kort si litt generelt om prosjektorganisasjoner og noen definerende trekk ved disse. Jeg har allerede nevnt noen: flat struktur, teambasert og tverrfaglig. Hagebakken (2012) viser til flere typiske trekk ved enkeltprosjekter når disse fungerer som supplement til basisorganisasjonen blant annet knyttet til deltakere i prosjektene. "Prosjektmedlemmer velges ut på grunn av sin spesielle kompetanse og kan

komme fra forskjellige fagområder, nivåer og med ulik organisasjonstilhørighet" (Hagebakken 2012, 12). Andre kjennetegn er at de er tidsavgrenset med start og slutt, de har ofte definerte mål og oppgaver, og ev. prosjektansettelser er temporære uten de forpliktelser som følger med varige ansettelsesforhold. Prosjektorganisasjonene blir i sum enklere å administrere, avgrense og kontrollere enn basisorganisasjonen. Et annet kjennetegn er ofte ekstern finansiering. Det gir kjærkommen tilgang på friske midler i trange kommunebudsjett. I tilknytning til Samhandlingsreformen for eksempel, har godt over 200 mill. kr blitt avsatt til reformrelaterte prosjekter, over en treårsperiode.

Flere av disse trekkene er gjenkjennbare for det prosjektet som er grunnlaget for min oppgave. Det er et prosjekt som ble igangsatt i 2010 og avsluttet i desember 2012, og som jeg har kalt samhandlingsprosjektet. Dette var et stort prosjekt i kommunal regi, hovedsakelig finansiert av statlige midler knyttet til en omfattende helsereform som ville kreve kommunal tilpasnings- og læringsevne. Fem kommuner, ett helseforetak og en høgskole gikk sammen om å søke prosjektmidler hos Helsedirektoratet i forbindelse med den da varslede Samhandlingsreformen. Prosjektet presenteres nærmere i kapittel 3.0.

1.1 Tematisk og teoretisk bakgrunn for studien

Det overordnede temaet for oppgaven er å se om bruken av prosjekt er en hensiktsmessig organisasjonsform, dersom målet med prosjektet er å gjøre en kommune i stand til å utvikle ny kunnskap, skaffe seg nye erfaringer, utvikle nye eller forbedrede tjenester og hensiktsmessige organisasjonsformer/tilpasninger. En ting er at selve prosjektet kan utvikle ny og relevant, kanskje innovativ kunnskap, men hvordan overføres, ivaretas og utvikles i så fall denne kunnskapen videre. Hvordan implementeres og institusjonaliseres den i de deltagende organisasjonene, altså de som eier prosjektet? Samhandlingsprosjektet hadde en klar forventning om en slik læringseffekt, nedfelt i en egen innovasjonsstrategi. På side fem i prosjektets søknad til helsedirektoratet i 2010, står det følgende:

... innovasjon forutsetter deling av kunnskap [...] et mål på innovasjon kan være at aktører klarer å overføre kompetanse til hverandre, som kan fremme ny forståelse, nye samarbeidsformer og nye organisatoriske løsninger (Første søknad, 5).

Det følger implisitt en ganske omfattende forventning til hva som skal skje i og mellom eierorganisasjonene som et resultat av prosjektet. Min tematiske tilnærming knytter seg derfor til spørsmålet om man må konkludere som Peer Gynt: "Ja, tenke det; ønske det,

ville det med; - men gjøre det! Nei; det skjønner jeg ikke!", eller om bruk av prosjektorganisering under gitte forutsetninger faktisk kan bidra til ny kunnskapsbyggende tenkning og praktisering i eierorganisasjonene.

Til hjelp for å belyse dette temaet er mitt organisasjonsteoretiske inntak knyttet til organisasjonslæring. Læringsteori kan bidra som relevant verktøy for å analysere og tolke det som har skjedd i disse kommunene gjennom deltagelse i prosjektet. Mange organisasjonsteoretikere har vært opptatt av hvordan organisasjoner lærer. De første viktige bidragene kom med Cyert og March i 1963. De så på organisasjoner som system, en koalisjon mellom ulike grupper og individ som proaktivt tilpasset seg endringer i omgivelsene. Dette systemet har trekk fra en stimulus-responstenkning, kjent fra psykologien, (Hustad 1998). March og Olsen utviklet senere teorien om den komplette læringssyklusen med individet som viktig aktør, og så samtidig på forhold som bidro til brudd i syklusen og skapte det de kalte den ufullstendige læringssyklusen. På slutten av 70- tallet kom Argyris og Schön med en sentral teori om læring i organisasjoner. Fokus var forbedring og læring av feil, og at læring må forstås som en prosess. Viktige teoretiske begrep som de utviklet er bruksteori og uttalt teori, samt de to typene læringsprosesser: enkelkretslæring og dobbelkretslæring (Gausdal 1998). I 1990 kom Peter Senge med en bestselger som bidro til et paradigmeskifte i læringsteorien. Han endret fokus fra læring i organisasjoner, og etablerte begrepet lærende organisasjoner. Han satte søkelys på at organisasjoner består av mennesker, og at gruppenivået er sentralt, fordi læring skjer i et felleskap. Gruppen er mer enn summen av enkeltpersoner, gruppen er normstyrende og deltakelse der gir status (Gausdal 1998).

Dette er bakteppet når Ikujiro Nonaka og Hirotaka Takeuchi i 1995 utgir boka "The Knowledge Creating Company". For dem er organisatorisk kunnskapsbygging stikkordet, og kunnskap den grunnleggende analyseenheten (Gausdal 1998). De er mindre opptatt av å lede og administrere kunnskap, for dem er organisasjonens evne til å bygge eller skape ny kunnskap – knowledge creation - det viktigste. De utviklet konkrete normative modeller som forklarer hva som skal til for at ny kunnskap kontinuerlig kan bygges i en organisasjon, både langs en epistemologisk dimensjon der interaksjonen mellom taus og eksplisitt kunnskap er sentralt, og langs den ontologiske dimensjonen som knytter seg til at kunnskapsspiralen avanserer mellom ulike individ, grupper og nivå i organisasjonen. Dette har implikasjoner både for hva slags ledelsesmodell man legger til grunn, og for hva slags

organisasjonsstruktur man bygger, hvis man vil lykkes i å utvikle kunnskapsbyggende organisasjoner. Et annet sentralt element i deres teoretiske rammeverk er at kunnskap er kontekstavhengig, og at det å skape tid og rom for kunnskapsutvikling er viktig. Et sentralt anliggende for Nonaka og Takeuchi er å forstå forutsetningene for læring. Hvorfor lærer vi, og hvordan?

1.2 Problemstilling

Dette forskningsprosjektet kan vel sies i større grad å ha funnet meg enn omvendt. I og med at jeg tidlig ble trukket inn som forskningsassistent, var det en forventning at jeg skulle bruke prosjektet som utgangspunkt for min masteroppgave. Hva som skulle bli min problemstilling var derimot ikke gitt. Gjennom prosjektets gang vurderte jeg mange ulike tema som jeg syntes virket interessante å skrive om, og som materialet ga godt grunnlag for å studere. For eksempel kunne det vært relevant å knytte mer konkret an til gjennomføringen av selve prosjektet og sett på faktorer som hemmer eller fremmer gode prosjektarbeid. Jeg kunne valgt å ta et mer reformorientert fokus ved å studere hva som skjer når store statlig initierte reformer møter kommunestrukturer organisert etter tonivåmodell og med fokus på mål- og resultatstyring. Det kunne også vært spennende å se på hvordan prosjektet svarer på utfordringene i relasjonen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i kjølvannet av Samhandlingsreformen. Når jeg ender opp med den problemstillingen jeg gjør, er det fordi jeg ønsker å studere selve fenomenet prosjekt som organisasjonsform, og hvordan bruken av prosjekt påvirker eller bevirker til organisasjoners læringsevne. Og ikke minst har jeg en interessant teori å prøve ut empirien på. Nonaka og Takeuchis teori om kunnskapsbyggende organisasjoner, gir et teoretisk rammeverk som jeg syns bidrar med et spennende og relevant tankegods.

Temaet for denne oppgaven er å studere om det har foregått en organisatorisk læringsprosess i en eller flere av kommunene gjennom samarbeidet om prosjektet, og om læringsprosessen har ledet til en registrerbar endring på ett eller flere plan. Det er viktig å prøve å identifisere faktorer som kan ha påvirket en slik mulig læringsprosess, med utgangspunkt i teorien om kunnskapsbyggende prosesser i organisasjoner. Enkelt sagt er spørsmålet om kommunene gjennom prosjektet har lært mer om å lære. Jeg tar utgangspunkt i et stort fellesprosjekt, undersøker den interne oppbyggingen av prosjektorganisasjonen og dens gjennomføringsevne, ser på kommunestrukturere for mer

spesifikt å studere forholdet mellom prosjektet og eierorganisasjonene og disses strukturer. Begge typer organisasjonsstrukturer har fordeler og ulemper, men kobles de sammen kan de komplementere hverandre, like gjerne som å frastøte hverandre (Nonaka og Takeuchi 1995). Hvordan disse organisasjonsformene relaterer til hverandre har betydning for den totale organisasjonens læringsevne, her forstått som kommunene.

Utgangspunktet for oppgaven er altså prosessene i prosjektet. Problemstillingen rettes mot hvorvidt de fem eierkommunene henter ut ny kunnskap og videreutvikler denne gjennom dette prosjektet. Å tolke og bygge kunnskap er en dynamisk prosess som må skje gjennom møter mellom ulike individ, og som så må ekspandere og forsterkes horisontalt på gruppe- og organisasjonsnivå (Nonaka og Teece 2001). Å studere om vilkårene for dette er til stede i disse kommunale organisasjonene i samspill med sitt store fellesprosjekt, blir et sentralt anliggende i denne oppgaven.

Problemstilling:

Har samhandlingsprosjektet bidratt til at eierkommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring?

I neste kapittel vil jeg presentere nærmere Nonaka og Takeuchis teori om kunnskapsbyggende organisasjoner og hvilke vilkår som må til for at organisasjoner kan utvikle en slik tilnærming til kunnskap og læring. I lys av det teoretiske inntaket vil jeg så foreta en ytterlig operasjonalisering av problemstillingen min.

2 Teoretisk forankring/tilnærming

Kunnskap og læring er helt sentrale begrep hos Nonaka og Takeuchi. Jeg synes derfor det er hensiktsmessig å se nærmere på disse begrepene før jeg går videre til en grundigere presentasjon av teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner.

2.1 Begrepene kunnskap og læring

Justified true belief, eller på godt norsk: Kunnskap er berettiget og sann kunnskap (Krogh, Ichijo og Nonaka 2001). Dette er etter hvert en akseptert definisjon av begrepet kunnskap. I tradisjonell vestlig epistemologi forstår man kunnskap som tett forbundet med sannhet, og sannhet er forbundet med noe ganske absolutt og statisk. I japansk epistemologi derimot legges vekten i større grad på overbevisning – *justified belief*, i følge Nonaka og Takeuchi (1995). Forfatterne har derfor utformet en mer japansk inspirert definisjon av kunnskap: "We consider knowledge to be a dynamic human process of justifying personal belief toward the "Truth"" (Nonaka og Takeuchi 1995, 58). Det må riktignok nevnes at dette skillet mellom japansk og vestlig epistemologi er blitt mer utvisket siden denne boken ble skrevet (Goldblatt 2000).

Kunnskap handler om intensjonalitet, om at man har et ståsted og et perspektiv. Kunnskap trenger overbevisning og engasjement. Kunnskap er relasjonell, og den handler om å gi mening (Nonaka og Takeuchi 1995, 58). Forfatterne viser til tre viktige kjennetegn ved kunnskap. Den er a: *dynamisk* fordi kunnskap er resultat av stadig interaksjon og derfor under stadig påvirkning. Den er tett knyttet til b: *mennesket*, fordi det er mennesket som ut fra sitt ståsted oppfatter og tolker. Og til slutt er kunnskap c: *kontekstavhengig* og derfor tett koblet til den menneskelige dimensjonen, som trenger kontekstuelle rammer for å gjøre rimelige og legitime fortolkninger av den informasjonen man har fått.

Mennesker er byggesteinen i kunnskapsbyggingsprosessen. For at organisasjonen skal få tilgang til individenes kunnskap må den deles. Det er i gjensidig veksling mellom taus og eksplisitt kunnskap, at organisatorisk kunnskap skapes (Nonaka og Takeuchi 1995, 9). Deling av slik kunnskap skjer på tre nivå: på individnivå, på gruppenivå mellom individ som samhandler på ulikt vis og deler kunnskap, og på organisasjonsnivå mellom grupper og avdelinger og andre organisasjoner. Disse tre nivåene må sees i sammenheng hvis målet

er å utvikle kunnskapsbyggende prosesser i organisasjoner. For å få til slike prosesser har Nonaka og Takeuchi utviklet en analytisk og normativ modell for hvordan kunnskap kan og bør skapes, SEKI-modellen (Røvik 2007, 43). En grunnleggende forutsetning for denne modellen, og for hele teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner, er at kunnskap må forstås på to måter, som taus og eksplisitt. For Nonaka og Takeuchi er den tause kunnskapen selve grunnstoffet som må letes fram og tas i bruk. Den eksplisitte kunnskapen er den vi kan uttrykke, lese, finne i manualer og overføre til datasystemer. Men den utgjør kun toppen på isfjellet (Nonaka og Takeuchi 1995, 8). Under vannoverflaten er den tause kunnskapen. Men hva er taus kunnskap? I japansk tradisjon har taus kunnskap to dimensjoner, en teknisk og en kognitiv. Den tekniske dimensjonen uttrykker ferdigheter utviklet over tid innen for eksempel et håndverk. Langs den kognitive dimensjonen finner vi våre mentale modeller, våre visjoner for fremtiden og hvordan vi reflekterer virkeligheten. Den har et intuitiv og subjektiv preg og påvirker hvordan vi ser på verden (Nonaka og Takeuchi 1995).

Michael Polanyi var den som introduserte begrepet taus kunnskap for å beskrive at vi har kunnskap som vi ikke greier å sette ord på (Hustad 1998). Den kan ikke lett uttrykkes eller forklares med ord eller manualer. For japanere er slik kunnskap personlig, den dreier seg om intuisjon eller "hunch" og er forankret i våre handlinger og verdier (Nonaka og Takeuchi 1995). Polanyis tilnærming er at vi vet mer enn vi kan si (Grimen 1993, 3), at i teorien kan all kunnskap verbaliseres, men ikke i praksis. Grimen har ved å utvikle tre teser om taus kunnskap prøvd å tolke Polanyis forståelse av begrepet. Første tese kaller Grimen for *bevisst underartikulering*. I det legger han at man vet mer enn det man sier. Det gjelder ikke bare for taus kunnskap, og har mindre med kunnskapsteori å gjøre. Den andre tesen er *nødvendig epistemologisk regionalisme*, som er mer et spørsmål om kapasitet. Vi har "reflektert oversikt over og kan verbalt artikulere bestemte regioner av vår totale viten", men vi greier ikke "å artikulere hele systemet samstundes, for det finns ikkje noko perspektiv som dette kan gjerast frå" (Grimen 1993, 8). Det er Grimens siste tese, *den sterke tesen om taus kunnskap*, som er mest relevant for å forstå hva taus kunnskap er. Det er kunnskap som er prinsipielt ikke-artikulerbart verbalt (Hustad 1998, 51). Denne tesen gir mening også til Nonaka og Takeuchis begrepsverden, selv om de i liten grad problematiserer vanskene med å uttrykke taus kunnskap. Det verbale språket er utilstrekkelig. Hvordan man til slutt finner balansen når man skal lære å sykle, kan ikke verbaliseres, det må erfares. Samtidig sier Grimen at all kunnskap må være artikulerbar på

en eller annen måte. Hvis ikke vil vi ikke vite om aktøren faktisk har slik kunnskap. Ergo kan taus kunnskap uttrykkes i en eller annen form, og kan i sin tur igjen læres, overføres og akkumuleres.

Læringsteori er et stort felt og innbefatter disipliner som bl.a. psykologi, og har dyptgående historiske røtter, ikke minst til Descartes og hans dualistiske tilnærming til læring. Han etablerte et skille mellom hode og kropp, den som lærer (subjektet) og det som læres eller er kjent (objektet), som i følge Nonaka og Takeuchi (1995) i alt for stor grad har fått påvirke vestlig tankegang rundt kunnskap og læring. Et moment som Hustad (1988) bringer inn er at individuell læring og organisasjonslæring henger sammen med sosial læring. Læring bør ikke være en ensom ting, men skje gjennom samhandling. Læring blir "hjelpemiddelet som endrer mennesket frå eit sett moglegheiter til ein handlande aktør med idear, vanar, evner og preferansar" (Hustad 1998, 55).

Fordi det kan være relevant for oppgavens drøftingsdel, vil jeg nevne Batesons teori om læring på flere nivå. Det er en teori som Glosvik (2002) kaller første, andre og tredje ordens læring. I første orden er det snakk om å sette seg inn i og opprettholde det som gjelder i en gitt situasjon, for eksempel en forløpsprosedyre. Da sikrer man stabilitet. Ved andre ordens læring, også kalt erfaringslæring, oppdager man feil ved prosedyren som krever at man justerer den. Da må man også endre på første ordens læring. Ved tredje ordens læring vil man ende opp med å bytte hele prosedyren og tenke helt nytt, og har mye til felles med dobbeltkretslæring. Kanskje velger man helt andre prosedyrer for å løse organisasjonens utfordringer. For å få til eksternalisering må man minst opp på andre nivå, kanskje helt på tredje nivå. Det kommer jeg nærmere inn på i neste kapittel.

2.2 Teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner

Teoretisk er altså oppgaven forankret i Ikujiro Nonaka og Hirotaka Takeuchis teori om organisatorisk kunnskapsbygging. I boken fra 1995 gir de en grundig presentasjon av selve teorien, og hvordan den kan forklare store japanske selskapers uavbrutte suksess, samtidig som de bidrar med et sett modeller som viser hvordan organisasjoner bør designes og ledes for å bli kunnskapsbyggende. Denne tosidige tilnærmingen, både den teoretiske og den normative og praktiske, gir et spennende inntak til å analysere og forsøke å forklare de

prosessene som finner sted i min studie, samhandlingsprosjektet, og til å se hvorvidt man lykkes i å få til kunnskapsbygging.

Innledningsvis vil jeg nevne at en utfordring ved bruk av denne teorien, er at forfatterens utgangspunkt er betingelser for læring i store bedriftsorganisasjoner som multinasjonale selskap (Røvik 2007), mens mine analyseobjekter er kommuneorganisasjoner, og deres fellesprosjekt. Prosjektets plassering i forhold til eierorganisasjonene, den kommunale konteksten, rammevilkår, organisasjonsstruktur osv., blir tidvis ganske ulik. Også det å utvikle konkrete industriprodukter innebærer en noe annen prosess enn å utvikle tjenester i offentlige organisasjoner. Det gjelder selv om teorien er gyldig også for tjenester, patenter o.l. (Nonaka og Takeuchi 1995). Det blir derfor nødvendig underveis å drøfte hvorvidt teorien er relevant, og hvilke fellestrekk som gjør det interessant å belyse hvordan kunnskap også kan skapes i kommunale organisasjonsformer.

Jeg starter med den første av de to viktige kunnskapsinteraksjonene i teorien, nemlig den epistemologiske, altså vekslingen mellom taus og eksplisitt kunnskap. Gjennom sosial samhandling skjer det fire former for kunnskapsforvandlingsprosesser, som forfatterne har kalt sosialisering, eksternalisering, kombinerings og internalisering. Disse fire er byggeklossene i SEKI-prosessen.

- **Sosialisering** er en prosess der taus kunnskap deles og det skapes ny taus kunnskap. Et eksempel er lærlingen som lærer av å se hvordan mesteren gjør det.
- Neste ledd i spiralen er overgangen fra taus til eksplisitt kunnskap. Taus kunnskap **eksternaliseres** når man er i stand til å begrepsfeste den nye innsikten, sette ord på den og skriftliggjøre den. Om man ikke greier fullt ut å artikulere kunnskapen så tidlig i prosessen, ser man gjerne at man er i stand til å kommunisere via meningsbærende metaforer eller analogier.
- Neste steg er **kombinerings**, altså når overføringen går fra eksplisitt til eksplisitt kunnskap. På dette stadiet kombinerer man ulike eksplisitte kunnskaper. Nå er kunnskapen verbalisert og kan kommuniseres direkte både skriftlig og muntlig. Nonaka og Takeuchi nevner også rekonfigurering av gjeldende informasjon, f.eks. kategorisering eller sortering av eksplisitt kunnskap som kombinerings.
- Til sist kommer **internaliseringen**. Her går prosessen fra eksplisitt tilbake til taus kunnskap. Det vil si at kunnskapen som er utviklet gjennom prosessen så langt, nå er blitt

etablert know how, verdier og mentale modeller, og skal internaliseres tilbake inn i kunnskapsbasen og bli del av den felles tause kunnskapen. Dette skjer på individ og gruppenivå i organisasjonen. Slik internalisering kan også skje ved at man lærer av andre organisasjoner eller gruppers erfaringer og suksesshistorier.

Det er viktig at SEKI- prosessen ikke stopper her som en fullendt sirkel, men går i en dynamisk spiral med stadig akkumulering av taus kunnskap på individnivå, for så å ekspandere opp på nye nivå langs den ontologiske aksene på tvers av grupper, avdelinger og andre organisatoriske grenser (Nonaka og Takeuchi 1995, 72). Å utvikle en kunnskapsbedrift er en skjør prosess (Hustad 1998). For organisasjonene er det viktig å sikre gode vilkår for å skape kunnskap. Nonaka og Takeuchi har identifisert fem muliggjørende vilkår (enabling conditions). Disse vilkårene er: 1: intensjon, 2: autonomi, 3: fluktuasjon og kreativt kaos, 4: redundans, 5: nødvendig variasjon. I senere litteratur har Nonaka utvidet med et sjette vilkår: tillit og omsorg. I denne oppgaven vil jeg derimot holde meg til de opprinnelige fem. Her følger en beskrivelse av vilkårene:

- Kunnskapsspiralen må ha en organisatorisk **intensjon**, altså en retning og et mål, gjerne i form av overordnede strategier og visjoner. Ansvaret for dette ligger hos øverste ledelse, som også må formidle denne til sine ansatte og sikre kollektiv oppslutning om den.

- **Autonomi** er neste vilkår og knyttes til de ansatte. Autonome ansatte tør å prøve ut nye ting og ta ansvar for sine handlinger. De motiveres til å skape ny kunnskap.

- Tredje vilkår handler om interaksjonen mellom organisasjonen og omgivelsen.

Fluktuasjon, forstått som overraskende variasjoner påført enten innenfra eller utenfra kan påvirke og true organisasjonens rutiner, oppfatninger og kognitive rammeverk. Dersom organisasjonen greier å omdefinere slike truende situasjoner til **kreativt kaos**, vil man kunne bevirke kunnskapsbyggingsprosesser (Gausdal 1998). Periodiske sammenbrudd kan virke stimulerende på den menneskelige oppfattelsesevne (Nonaka og Takeuchi 1995).

- Fjerde vilkår er **redundans**. Det vil her si at organisasjonen må legge til rette for nødvendig overlappende kunnskap, også ansvar og oppgaver, til tross for at dette kan fremstå som mindre effektivt. Man må ha noen felles referanser for å kunne kommunisere. Mellomledere er en form for redundans fordi de binder sammen og innehar mye kunnskap. For forfatterne er redundans et kunnskapsoverskudd som styrker delingen av taus kunnskap, gjør det lettere å forstå figurativt språk og bidrar til å sette fart på

kunnskapsbyggingen. I Japan er redundans institusjonalisert og oppnås bl.a. ved hyppige formelle og uformelle møter på tvers av nivå, strategisk rotasjon osv.

- **Nødvendig variasjon** er det siste vilkåret. Det vil si at organisasjonen må påse at den har indre diversitet slik at den blir fleksibel og kan matche omgivelsenes mangfold og omskiftelighet. Slik evne kan også kalles absorberingskapasitet og sier noe om organisasjonens evne til å oppfatte og tilpasse seg skiftende ekstern informasjon (Røvik 2007).

Begrepet *Ba*, er utviklet fra det japanske ordet *ba*, som kan oversettes med plass eller sted. Det kan være både fysisk og virtuelt. *Ba* kan defineres som "a shared context in which knowledge is shared, created and utilized" (Nonaka og Teece 2001, 21). *Ba* nevnes ikke i Nonaka og Takeuchis bok fra 1995, men de er opptatt av kontekst som en viktig forutsetning for kunnskap og læring. Det er derfor relevant å ta i bruk begrepet her. *Ba* skapes både mellom individ og mellom individene og omgivelsene. Det er en kontekst som fungerer som en ganske diffusjonsåpen ramme rundt deltagerne og definerer tema og retning, men er samtidig påvirkelig. Det å dele tid og rom er særlig viktig under sosialisering og eksternalisering. *Ba* kan sees på som en plattform for kunnskapsbygging knyttet til et tema, og avgrenset i tid og rom. Samhandlingsprosjektet kan være eierkommunenes *Ba*.

Skal organisasjonen lykkes med sin kunnskapsbyggende visjon, må de ta i bruk modellen forfatterne har kalt femfasemodellen. Dette er en tidkrevende prosess, som forutsetter at man får til en samtidig epistemologisk og en ontologisk interaksjon, som beveger seg mellom enkeltindivid og mellom individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Denne modellen skisserer fem delprosesser: 1: Dele taus kunnskap, 2: utvikle begreper, 3: rettferdiggjøre begreper, 4: utforme en prototype/arketyp, 5: forsterke kunnskapen og gjøre den tverrfaglig (cross-leveling of knowledge). Denne femfasemodellen tar opp i seg både SEKI-prosessen og de muliggjørende vilkårene. Tid kan ses som den tredje dimensjonen i femfasemodellen og er sentral for kunnskapsbyggingsprosessen.

- **Å dele taus kunnskap** er første ledd. Det involverer sosialiseringsfasen i SEKI-prosessen. Ledelsen må sikre at man i team setter sammen mennesker med ulik bakgrunn og kompetanse, og sikrer at det er grunnlag for tillit slik at tanker og kunnskap kan deles. De må utrustes med selskapets intensjon og ledelsens visjon.

- **Utvikling av begrep og konsept** skjer gjennom språkliggjøring og/eller utvikling av metaforer og analogier. Man ser en samhandling mellom taus og eksplisitt kunnskap, altså eksternalisering. Nå trengs både autonomi, nødvendig variasjon, fluktuasjon og kreativt kaos og redundans.
- De nye **begrepene må rettferdiggjøres** og testes ut for å kunne godkjennes som berettiget og sann. Begrepene må møte kostnadskrav, kvalitetskrav, ønskede verdier etc. De må holdes opp mot intensjonene og møte ulike krav og behov.
- Neste ledd er å **utforme arketyper/prototypen**. Her skjer kombineringsen i SEKI-modellen, altså konvertering mellom eksplisitt og eksplisitt kunnskap. De aksepterte begrepene er nå eksternalisert slik at man kan koble inn annen eksternalisert kunnskap. Hvis man f.eks. skal endre organisatorisk struktur kan man nå tegne nytt organisasjonskart etc.. Da kreves variasjon i sammensetningen av folk og avdelinger, samt redundans.
- Siste fase er når **kunnskapen skal forsterkes og gjøres tverrfaglig**. Kunnskapen skal internaliseres. Nå er konseptet blitt en arketype og er klar for en ny dreining i kunnskapsspiralen. Det betyr at produktet, eller måten å jobbe på, er blitt eksternalisert kunnskap som nå innlemmes som taus kunnskap i kunnskapsbasen, og kan inspirere andre grupperinger på andre nivå i organisasjonen til å ta metoden i bruk. Det krever at også de nye grupperingene har autonomi, nødvendig variasjon, intern fluktuasjon og redundans.

Nonaka og Takeuchi har også teorier knyttet til hvordan organisasjoner må være designet og ledet for å kunne bli kunnskapsbyggende organisasjoner. Den optimale organisasjonsstrukturen er *hypertekstorganisasjonen*. Den kan ses på som en syntese mellom den tradisjonelle, byråkratiske og hierarkiske organisasjonsmodellen, og prosjektorganisasjonen. Begge modellene har gode og dårlige egenskaper, og passer til ulike typer organisasjoner. Men mange organisasjoner trenger begge organisasjonsstrukturene samtidig. Hypertekstorganisasjonen til Nonaka og Takeuchi består av tre lag. Sentralt er basisorganisasjonen (Business-system layer), som gjør de normale, rutinepregede oppgavene. Til topplaget (Project-team layer) hentes medlemmer fra ulike enheter i basisorganisasjonen for å danne nye prosjektteam. Når prosjektene avsluttes, "overføres" teammedlemmenes nyervervede kunnskap til kunnskapsbasen (Knowledge-base layer), før folkene "går tilbake" til basisorganisasjonen. Kunnskapsbasen er ikke å forstå som et eget konkret lag i organisasjonen, men som innvevd i dens visjoner, kultur og teknologi. Ved sirkulering av mennesker og kunnskap, akkumuleres ny kunnskap.

Valg av ledelsesmodell er i følge Nonaka og Takeuchi (1995) sentralt for organisatorisk kunnskapsbygging. De viser til to modeller som de mest utbredte: Top-down modellen knyttes gjerne til den klassiske, hierarkiske modellen forbundet med Weber og Taylor (Nonaka og Takeuchi 1995). Modellen har form av en pyramide der bare ledelsen kan definere kunnskap. En slik organisering passer godt når kunnskapen er eksplisitt. Den andre hovedmodellen er Bottom-up. Den har flatere form og flere ledernivå. Ansatte i frontlinjen er de selvstendige, autonome og uavhengige aktørene her. De sitter med kjernekunnskapen, og toppledelsens oppgave er å legge til rette for dem. Her er den tause kunnskapen viktig. I følge Nonaka og Takeuchi blir mellomlederne oversett i begge disse modellene. Derfor har de utviklet *Middle-up-down modellen*, som plasserer mellomledelsen i sentrum av kunnskapsbygging og kunnskapsledelse, og er selve nøkkelen til innovasjon. Igjen en modell sett som en syntese, her mellom de to mest utbredte ledelsesmodellene. Som teamledere bidrar mellomlederne med et konseptuelt rammeverk som hjelper frontlinjearbeiderne til å håndtere og sortere den kunnskapen de får i en travel hverdag. I krysset mellom horisontal og vertikal informasjonsflyt i organisasjonen, står mellomlederen og bygger bro mellom visjonære ideal fra toppen, og virkeligheten på frontlinjenivået. De kan "oversette" toppledelsens visjoner (Grand theory) til konsept og begreper (Mid-range theory), slik at de kan utvikles av frontlinjearbeiderne. Dette står i følge forfatterne, i sterk kontrast til vestens syn på mellomledere som et byråkratiserende og fordyrende ledd, som bør fjernes. To-nivå modellen man ser i norske kommuner kan sies å være et uttrykk for dette.

2.3 Teoretisk belyst problemstilling

Det er ikke helt enkelt å finne svar på problemstillingen min, uten en ytterligere operasjonalisering. Har kommunene lært noe nytt? Har denne arbeidsformen styrket medlemskommunenes evne til å utvikle prosesser som støtter utvikling av ny kunnskap? Det jeg ser etter er altså tegn på om det gjennom prosjektet har oppstått prosesser som kan bidra til organisatorisk kunnskapsbygging. Den teoretiske forankringen indikerer at jeg ser etter kjennetegn på mulige læringsspiraler langs en epistemologisk og ontologisk akse. Jeg må da undersøke hva slags type kunnskapsdeling man ev. har fått til, og i hvilken grad og i hvilket omfang de nødvendige vilkårene har vært brukt for å lykkes med dette. Da må jeg også se på hvordan kommunenes ledelses- og organisasjonsstruktur harmonerer med den ledelsesmodellen og organisasjonsstrukturen som Nonaka og Takeuchi mener er nødvendig for å kunne bli kunnskapsbyggende organisasjoner.

En viktig og utløsende ekstern utfordring som har bidratt til mye usikkerhet på kommunenivå, er Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen ble vedtatt i 2010 med virkning fra 01.01.12, og kan ses som en rammereform som fylles med innhold nedenfra. Den innebærer at kommunene må håndtere flere og mer komplekse oppgaver og samarbeide tettere med helseforetakene. Samhandling på tvers av sektor og forvaltningsnivå er sentralt, og *sømløse pasientforløp* et typisk stikkord. Reformen identifiserer tre utfordringer: a: pasientenes behov for koordinerte tjenester, b: behov for økt satsing på forebygging, c: møte utfordringer knyttet til endret sykdomsbilde i kjølvannet av den demografiske utviklingen. Kommunene står relativt fritt til å utforme sine tjenester bare de sikrer krav til helhetlig behandling og forebygging. Et viktig siktemål har vært å få til kostnadseffektive løsninger på riktig omsorgsnivå. Økonomiske insentiver knyttes bl.a. til medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Reformen skapte uoversiktlig og utrygghet rundt fremtidens styringsvilkår innen helsesektoren, både for helseforetakene og for kommunene. I denne sammenhengen kan den leses som et bidrag til å skape det nødvendige kreative kaoset, som medførte at organisasjonenes øverste ledelse tidlig uttrykte en intensjon om å møte forberedt til reformen ved å igangsette dette utviklingsprosjektet.

En tilnærming for å kunne identifisere en interaksjon mellom taus og eksplisitt kunnskap på individ-, gruppe og organisasjonsnivå, er å se på sammensetningen av gruppene, og vurdere om medlemmenes oppgaver, forutsetninger og kompetanse, til sammen sikrer nødvendig variasjon i møte med utfordringene, både internt i gruppen de tilhører, men også eksternt i kommunehverdagen. Har det i prosjektet vært sikret nødvendig autonomi, både på individ- og gruppenivå, til å gi rom for prøving og feiling? Har det vært tilstrekkelig kommunikasjon mellom intensjoner og forventninger hos toppledelsen på den ene siden, og mellomledelsens og frontlinjens forståelse av forventningene på den andre siden? Like interessant er det om mellomledelsen har sett, og også evnet å videreformidle oppover, virkeligheten i det daglige arbeidet i møtet med brukerne. Dette gjelder både i prosjektet og i kommunene. Et annet vilkår for organisasjonsbygging er om det er plass for redundant informasjon, altså om det er rom for å dele "unødvendig" kunnskap på tvers av fag- og ansvarsområde. Kjenner f.eks. klinikerne til hva slags utfordringer man sliter med på andre nivå i kommunen og vice versa.

Tidsaspektet og mangel på konkrete mål- og resultatindikatorer som kan måle endringer i kjølvannet av prosjektet, byr på utfordringer. Det begrenser muligheten til å studere konkret hvor langt kommunene har nådd i den femfasede kunnskapsbyggingsprosessen. Å finne ut om det har skjedd endringer i kommunenes institusjonaliserte mentale modeller og dermed holdning til kunnskapsbyggingsprosessen, må analyseres over et helt annet tidsspenn. Jeg har derimot omfattende observasjonsdata og dokumenter som gir mye informasjon om hva som har skjedd i selve prosjektet, og i de ulike gruppene, gjennom en ganske lang prosjektperiode. Et stykke på vei gir observasjonsdataene også innsyn i hva som har skjedd i de enkelte kommunene i perioden. Samtaler under møtene avdekker litt hvordan kommunehverdagen arter seg for den enkelte, hva som er likt og ulikt i kommunene, hvordan medlemmene har opplevd relasjonen mellom de ulike prosjekttilknyttede gruppenivåene i kommunen osv. Til sammen kan dette gi noen relevante tidsseriedata til bruk i analysen (Jacobsen 2005). I tillegg er hensikten å lete etter indikatorer som kan si noe om kunnskapsbyggingsprosessen er i gang, eller om man ser at deling av taus og eksplisitt kunnskap har ledet til ny kunnskap.

Både prosjektet og enkeltkommunene har en struktur som lar seg sette inn i Nonakas og Takeuchis teoretiske rammeverk. Prosjektet har en styringsgruppe (toppleidelse), en prosjektgruppe (mellomledelse) og to prosessgrupper (frontlinjearbeidere). Visjonen i dette prosjektet er utviklet av styringsgruppen og går fram av søknadspapirene til bl.a. Helsedirektoratet. Hvem som så utvikler konseptene og begrepene blir interessant å undersøke. I tråd med det teoretiske inntaket, har mellomlederne en viktig oppgave i denne typen utviklingsarbeid. De har mye kunnskap og erfaring, men står i en mellomposisjon uten overordnet styringsmakt på den ene siden, og uten direkte kontroll med den daglige utøvelsen av tjenesten på den andre siden. Dette ser man både i det konkrete utviklingsprosjektet, og i kommuneorganisasjonen.

Med dette bakteppet har jeg utarbeidet følgende teoretisk belyste delproblemstillinger:

Første delproblemstilling:

Hva kjennetegner samhandling og mulig kunnskapsdeling i prosjektet? Det gjelder både

a: vertikalt mellom gruppenivåene i prosjektet

b: horisontalt mellom medlemmene i gruppene, og mellom gruppe-medlemmene og deres kollegaer i egne kommuner

Andre delproblemstilling:

Kan man se at det er skapt ny kunnskap, i eller gjennom prosjektet, som videreføres til den enkelte kommune, i tilfelle hvordan? Hvem har i tilfelle bidratt til dette?

Tredje delproblemstilling:

Har kunnskapsdeling gitt resultat i form av endringer i rutiner og organisatoriske strukturer i kommunene.

2.4 Oppgavens videre struktur

I kapittel tre vil jeg presentere prosjektet og eierkommunene. Fordi prosjektet danner grunnlaget for analysen og fordi det er av lang varighet, har jeg funnet det hensiktsmessig å lage en tidslinje som gir god oversikt og viser utviklingen i prosjektet.

Jeg redegjør for mitt valg av undersøkelsesdesign og metode i kapittel fire, og forklarer hvordan jeg har gått frem for å innhente data, og hvilke muligheter og begrensninger det har gitt. I kapittel fem presenterer jeg empirien, og følger opp med analyse og drøfting av funn i kapittel seks. Deretter følger oppsummering og implikasjoner for videre drøfting i kapittel sju.

3 Presentasjon av prosjektet og eierkommunene

Til tross for at problemstillingen i hovedsak er knyttet til de enkelte kommunene, tror jeg det er nødvendig innledningsvis å gi prosjektet en relativt grundig presentasjon. Det er fordi det er viktig å forstå prosjektets historie, kontekstuelle ramme, dets oppbygging, struktur og gjennomføring, for å kunne se og forstå relasjoner og kunnskaps- og erfaringsoverføringer mellom prosjektet og kommunene. Dette er en vesentlig forutsetning for analysen og drøftingen. Jeg vil derfor først presentere prosjektet og lage en tidslinje, som viser utviklingen gjennom perioden. Dernest vil jeg gi en kortfattet presentasjon av eierkommunene, der jeg sier litt om deres administrative og politiske struktur, og litt om hvordan de organiserer seg i forhold til prosjektet. Til slutt vil jeg kort vise hvordan prosjektet og eierkommunenes organisasjonsstruktur står i forhold til hverandre.

3.1 Prosjektet

Prosjektet ble initiert på rådmannsnivå i en mindre kommune. Helseforetaket og høgskolen i regionen ble involvert, og prosjektet ble utvidet etter hvert til å omfatte fem kommuner i regionen. Disse kommunene var fra før tilknyttet et større regionråd. De var ikke ukjente hverken med hverandre eller med å samarbeide to eller flere i ulike prosjekt. Tre av kommunene hadde bl.a. lenge hatt et godt fungerende legevaktsamarbeid. Den initierende drivkraften bak prosjektet var den varslede Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) avsatte en stor pott prosjektmidler administrert av Helsedirektoratet. Det åpnet muligheten for å hente ut eksterne prosjektmidler.

Helseforetaket var med fra de innledende samtalene i 2009. De hadde på det tidspunktet utviklet et eget strategidokument der dette prosjektet kunne være løsningsbidrag for noen av deres utfordringer knyttet til å utvikle nye arbeidsmetoder for å få til samspill mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Særlig med tanke på de store pasientgruppene, men også med tanke på de samlede tjenestene i regionen (Prosjektsøknaden 2010, 1). Høgskolen var representert ved den helsefaglige avdelingen som hadde plass i styringsgruppen. I tillegg var en forskningsgruppe fra høgskolens samfunnsfaglige avdeling, tilknyttet prosjektet som følgeforskere. Denne gruppen skulle følge prosjektet, komme med innspill og bistå underveis ved behov, men samtidig på selvstendig grunnlag

følge med på og analysere prosjektets utvikling og konsekvenser og sørge for resultatformidling. Jeg var forskningsassistent fra september 2011 og ut februar 2013.

Prosjektets overordnede mål var å utvikle *helhetlige pasientforløp*. Et sentralt begrep i prosjektet var *breddestrategi*. Med det mente man at pasientforløpene skulle kunne fungere som standardiserte modeller til bruk også for andre kommuner, at man skulle utvikle bredere somatiske tilbud i kommunene, og basert på eksisterende praksisfellesskap utvikle bredere tilbud. Man ville i tråd med reformens intensjoner ta på seg en ny rolle ved å øke fokus på å kunne behandle "før, i stedet for og etter" sjukehus jf. første prosjektsøknad. Pasientforløp i denne sammenhengen betød å lage system og prosedyrer for enten å behandle selv, eller å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og få disse gjennom ulike typer restitusjonsløp alt etter behov. Når pasienten var restituert var pasientforløpet ferdig. I tillegg hadde prosjektet flere delmål uttalt i prosjektsøknaden. De mest relevante for denne studien var:

- Utvikle system og nettverk for profesjonssamarbeid mellom leger og sykepleiere, fastleger, sykehusleger og andre helsespesialister i foretakene, og drøfte framtidig inn- og utskrivingspraksis, samspill i pasientbehandlingen, oppfølgingssystem for pasienten m.m.
- Utvikle og etablere system og nettverk for fagutveksling og hospitering for fagfolk både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten for å få tverrfaglig samproduksjon av kunnskap.
- Utvikle system for desentralisering av tjenester og kompetanse i spesialisthelsetjenesten.
- Oppbygging av spisskompetanse i enkelte kommuner, og etablere system for pasientflyt mellom kommuner ved over/underkapasitet.
- Vurdere de økonomiske konsekvensene av etableringen av behandlingsplasser.
- Bruke prosjektet til å utvikle metoder for innovasjon i offentlig sektor, og særlig helsesektoren.

Prosjektet hadde en hierarkisk, tredelt struktur med en styringsgruppe på toppen, en prosjektgruppe i midten og to prosessgrupper nederst, som utvikler selve forløpene. Styringsgruppen bestod av medlemmer på rådmannsnivå i kommunene, direktørnivå i helseforetaket og studieleder fra høgskolen. Prosjektgruppen bestod av enhetsledere eller avdelingsledere, altså mellomledere i kommunene. I prosessgruppene satt ulike profesjonsutøvere fra både kommuner og helseforetak som jobber praksisnært.

Prosjektleder var krumtappen i arbeidet, sikret framdrift og holdt gruppene orientert om hverandres oppgaver og prosesser.

3.2 Tidslinje

Her følger en oversikt over prosjektets deltakere, grupperinger, de viktigste hendelser og utviklingstrekk, og litt om arbeidsprosessen. I og med at prosjektet varte lenge fant jeg det hensiktsmessig å organisere denne oversikten som en tidslinje som viser prosjektet sett under ett, fra begynnelse til slutt. Jeg har delt prosjektet inn i fem faser: Innledningsfasen, etableringsfasen, konkretiseringsfasen, gjennomføringsfasen og avslutningsfasen.

Innledningsfasen, høst 2009 - vår 2010:

Høst 2009: Ideen oppstår, initiativtaker, som er rådmann i en av kommunene, får gehør hos en av direktørene i helseforetaket og hos høgskolen. Vår 2010: Det går innledende runder med kommunene. Prosjektets strategi og målutforming begynner å ta form og det utarbeides en søknad til Helsedirektoratet, fristen er ca. mai. 700 000 kr innvilges og arbeidet med å få med flere kommuner intensiveres. Det er ingen registrert møteaktivitet fra denne fasen.

Etableringsfasen, høst 2010 - vår 2011:

Høst 2010: I august avholdes første styringsgruppemøte med foretak, høgskole og fire kommuner. Man enes om å invitere med en siste kommune, øykommunen. De bestemmer seg for å ha fastlegerepresentant, brukerrepresentant og tillitsvalgt fra helseforetaket med i styringsgruppen. Det bestemmes videre å ansette prosjektleder. Tema denne høsten er prosjektets organisering og struktur. Det er enighet om å etablere kommunale prosjektgrupper. Vår 2011: Prosjektleder og leder av styringsgruppa besøker alle kommunene. Statistisk grunnlag innhentes for å bestemme diagnoser for pasientforløp. Enighet om å opprette prosjektgruppe rundt prosjektleder, bestående av de lokale prosjektgruppelederne og en representant fra foretaket med forløpserfaring. Prosjektet får 550 000 kr fra regionale samhandlingsmidler i helseforetaket. Det utarbeides ny søknad til Helsedirektoratet, og i juni innvilges prosjektet 2, 38 mill. Kommunene utarbeider prioritert forslag til diagnoser egnet for pasientforløp. I denne fasen: Styringsgruppen tre møter, prosjektgruppen etableres og har to møter. Kick-off seminar i november.

Konkretiseringsfasen, august til november 2011:

Høst 2011: Utvelgelse av pasientforløp, utvikling av kurs og hospiteringsordning. Med utgangspunkt i kommunenes forslag utarbeider prosjektgruppen et forslag til tre pasientforløp, som styringsgruppen vedtar i august. Helseforetaket har erfaring i arbeid med sykehusbaserte pasientforløp og arrangerer kurs for prosjektets deltakere. Prosjektet knytter til seg en fagperson fra høgskolen for å utvikle og gjennomføre diagnoserelaterte dagskurs knyttet til forløpene. Hun kontakter innledningsvis alle kommunene for å få innspill på deres behov. Temaer på styringsgruppemøtene er bl.a. utforming av frikjøpsavtaler mellom kommunene og prosjektet, rapportering og organisering av prosessgruppene. I oktober vedtar styringsgruppen sammensetning, mandat og mål for første prosessgruppe, etter forslag utarbeidet av prosjektgruppen. Sammensetning: en deltaker fra hver kommune, en prosessleder fra helseforetaket, en sykepleier fra ortopedisk avdeling, en brukerrepresentant, en forløpssansvarlig lege. Samtidig vedtas mandat for prosjektgruppen, som skal være saksbehandlende organ og informasjonsorgan for styringsgruppen. I oktober går prosjektleder ut i permisjon, vikar inn fram til sommeren 2012.

I denne fasen: styringsgruppen tre møter, prosjektgruppen tre møter.

Introduksjonskurs for utarbeiding av pasientforløp i september.

Gjennomføringsfasen, f.o.m. november 2011 t.o.m. 5. oktober 2012:

To pasientforløp utarbeides, første forløp kan implementeres fra sommeren. Første prosessgruppe har første møte i november og siste i mai. Andre prosessgruppe har første møte i februar og siste i oktober. Sammensetning i andre prosessgruppe: en deltaker fra hver kommune, en prosessveileder fra helseforetaket, en forløpssansvarlig lege. Gruppen utvides etter hvert med brukerrepresentant. På slutten hentes det inn fysioterapeut, ergoterapeut og sykepleier fra lokalsykehusets lungeavdeling. Styringsgruppen vedtar ikke sammensetning og mandat for andre prosessgruppe. Det er prosjektleder som tilrettelegger og leder arbeidet i gruppene. Det gjennomføres hospitering på sykehusene i denne perioden. Styringsgruppen drøfter og vedtar forslag til høring og implementeringsplan for de to forløpene etter hvert som disse nærmer seg avslutning. Tema som går igjen på styringsgruppemøtene er store IKT-utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom sykehus, kommunikasjon mellom kommuner og fastleger, samt dårlige eller fraværende kommunale kvalitetssystem. Også implementeringsarbeidet nevnes. I juni vedtar

styringsgruppen å skrinlegge det tredje pasientforløpet fordi man fikk mindre penger enn omsøkt fra Helsedirektoratet. Man får 600 000 kr. De vedtar å arrangere sluttkonferanse.

Det skjer flere endringer i styringsgruppens sammensetning denne perioden:

- Helseforetakets representant går av, sommeren 2012, ny person inn.
- Styringsgruppeleder blir rådmann i en av deltagerkommunene sommeren 2012, og går inn i stedet for assisterende rådmann. Ingen ny rådmann inn for avtroppende rådmann.
- En rådmann i en annen kommune går av, ny inn sommeren 2012
- Hovedtillitsvalgt slutter pga. jobbskifte, ny inn i mars 2012
- Brukerrepresentanten går ut ved årsskiftet, ny representant møter på siste møte.

I denne fasen: Styringsgruppen ni møter, prosjektgruppen fire møter, første prosessgruppe ni møter, andre prosessgruppe 12 møter, prosessgruppene og prosjektgruppen to møter. To diagnoserelaterte kurs. Åpen erfaringskonferanse.

Avslutningsfasen, 6. oktober, november og desember 2012:

Forløpsarbeidet er avsluttet. Kommunene rapporterer litt om erfaringer med forløpene så langt, men disse er begrenset pga. få pasienter, og fordi implementeringen ikke er kommet særlig langt. De planlegger og gjennomfører sluttkonferanse i desember, kun for de involverte og noen eksternt innhentede foredragsholdere. Tema i perioden er implementering og videreføring av erfaringer, samt de stadige IKT-vanskelighetene.

Prosjektgruppens medlemmer ønsker å fortsette å møtes etter prosjektslutt og støttes av styringsgruppen. Styringsgruppe og prosjektgruppe har sitt første og eneste fellesmøte 14. desember. Det markerer også avslutningen av prosjektet. Resterende prosjektmidler på ca. 300 000 kr, avsettes til prosjektgruppen for videreføring av sitt nettverk. De oppfordres samtidig til å se om de kan få det tredje pasientforløpet opp å stå.

I denne fasen: Styringsgruppen og prosjektgruppen to møter inklusiv siste fellesmøte.

Lukket sluttkonferanse for alle som har vært tilknyttet prosjektet arrangeres i desember.

Oppsummert:

Som denne oversikten viser så går det ca. to år fra prosjektets spede idefase høsten 2009 til man kommer i gang med det konkrete pasientforløpsarbeidet. Tiden som går med til å utvikle prosjektets konkretiserte mål, nemlig selve pasientforløpene, er 11 måneder. Da er to av tre pasientforløp utviklet.

3.3 Trekk ved eierkommunene

De fem kommunale prosjekteierne består av en mellomstor bykommune og fire landkommuner. Til sammen har disse kommunene et samlet innbyggertall på ca 37 000. Alle kommunene har en administrativ tonivåorganisering. Bykommunen har en organisering som i større grad minner om en to og et halvt-nivåmodell, en modell som Torsteinsen (2012) viser til at i økende grad er i ferd med å vokse frem. I det ligger at kommunalsjefene kan se ut til å få et mer spesifikt og avgrenset sektoransvar og går inn på et slags halvnivå mellom rådmannen og enhetslederne, i for eksempel helse- og omsorgssektoren. Normalt forventer man med en tonivåmodell at kommunalsjefene har et mer tverrsektorielt ansvar som gjerne også rullerer mellom dem (Torsteinsen 2012).

Rådmannsteamet er sammensatt noe ulikt i disse kommunene. Det typiske er at de består av rådmann og kommunalsjefer/rådgivere/avdelingsledere. Kjørt barn har mange navn, men i oppgavens fortsettelse vil jeg bruke begrepet kommunalsjef uansett kommunenes egne benevnelser, så sant funksjonen er den samme. Dette for å forenkle og understreke tilknytningen til rådmannsnivået. På nivå to finner man enhetsledere/avdelingsledere/avdelingssykepleiere. Alle disse titlene er i bruk i kommunene. De er normalt øverste leder for den institusjonen det er snakk om, og ofte er det bare én slik omsorgsinstitusjon i kommunen. De som ikke er enhetsledere har ofte en enhetsleder over seg, men ikke alltid. For å unngå unødvendig uklarhet mht. ansvarsområde og forvirring rundt titler, bruker jeg begrepet mellomleder.

Fordi kommunene er anonymisert har jeg måttet finne et annet system for å skille dem fra hverandre. Jeg har valgt å gi dem navn, som om mulig definerer roller eller særtrekk som kan ha betydning for å forstå funn bedre, men uten at de blir for gjenkjennbare. Jeg kaller dem initiativkommune, bykommune, øykommune, landkommune, og randkommune. Jeg vil nå kort presentere den enkelte kommune, men tar utgangspunkt i data jeg innhentet i 2011. Relevante endringer som har funnet sted etter den tid vil komme fram i sammenfatningen av empirien i kapittel fem.

Initiativkommunen har fått dette navnet fordi initiativet til prosjektet kom herfra. Rådmannen var initiativtaker og leder i styringsgruppa. Dette er den største av landkommunene, med mellom 5000 og 6000 innbyggere. Det er litt uklart hvordan rådmannen organiserer sitt team, men kommunen har fire stab- og støttfunksjoner og 11

tjenesteenheter. Politisk har kommunen fire hovedutvalg. Kommunen har en enhetsleder for sykehjem, en enhetsleder for omsorgssenter, en enhetsleder for hjemmetjenesten. Planlegging av nybygg og omlegging i sektoren startet samtidig med at prosjektet startet. Enhetsleder for sykehjem ble leder for den lokale prosjektgruppen. Gruppen bestod i tillegg av: enhetsleder for hjemmesykepleien, enhetsleder for omsorgssenteret, tillitsvalgt fra fagforbundet, kreftsykepleier og representant for sykepleierforbundet og kommunelege. Denne kommunen valgte en fysioterapeut i først prosessgruppe, og kreftsykepleieren i andre prosessgruppe.

Bykommunen er regionsenter og den desidert største med mellom 20 000 og 30 000 innbyggere. Kommunen har fire kommunalsjefer, der kommunalsjefene har en overordnet ledelse for sine rammeområder. Som nevnt over er denne kommunen organisert som en variant av tonivåmodellen, nemlig to og et halvt nivå, der kommunalsjefene har et mer tydelig og avgrenset ansvar knyttet til sektor. Bykommunens representant i styringsgruppen er kommunalsjefen med ansvar for helse, omsorg og sosial. Bykommunen har enhetsleder for hvert sykehjem (fire) og hvert hjemmetjenestedistrikt (tre), til sammen sju enhetsledere. Politisk har kommunen fire hovedutvalg. Bykommunen etablerte aldri en lokal prosjektgruppe, men utpekte to kontaktpersoner der en ble med i prosjektgruppen, enhetsleder, og en ble deltager i begge prosessgruppene. Hun var utviklingspsykepleier.

Øykommunen kjennetegnes til en viss grad av at den over tid har utviklet visse særtrekk på grunn av manglende fastlandsforbindelse bl.a.. Den har noe over 2000 innbyggere. Rådmannen har to rådgivere (rådmannsteamet) og 10 enhetsledere. Rådgiver med ansvar for personal og helse og omsorg satt i styringsgruppen. Helse og omsorg er egen enhet med enhetsleder. Sykehjemmet og hjemmetjenesten ledes av hver sin avdelingsleder. Politisk har kommunen tre hovedutvalg. Avdelingsleder for sykehjemmet ble leder for den lokale prosjektgruppen. Fra starten av bestod gruppen av to leger som etter hvert ble forløpsansvarlige leger for hvert sitt pasientforløp, fysioterapeut, sykepleier, avdelingsleder for hjemmetjenesten, hjelpepleier, enhetsleder og ergoterapeut. Både enhetsleder og avdelingsleder for hjemmetjenesten slutter i perioden. Fysioterapeuten ble valgt til å sitte i første prosessgruppe og sykepleieren satt i den andre prosessgruppen.

Landkommunen har litt over 3000 innbyggere. Kommunen har ingen relevante særtrekk, derav navnet. Øverste ledelse i administrasjonens består av rådmann, assisterende

rådmann, plan- og utviklingsleder og oppvekstleder. Disse kommer nærmest begrepet kommunalsjef. Assisterende rådmann satt i styringsgruppen frem til et rådmannsskifte i kommunen, da gikk denne ut til fordel for styringsgruppens leder som ble ny rådmann her. Kommunen har ni virksomhetsledere. Aktivitets- og omsorgstjenesten og helse- og sosialtjenesten hadde hver sin virksomhetsleder i 2011. Sykehjem og hjemmetjeneste har hver sine avdelingsledere. Politisk har kommunen tre hovedutvalg. I den lokale prosjektgruppen var først assisterende rådmann leder, siden ble avdelingsleder for sykehjemmet leder. Gruppen bestod videre av tildelingsenheten, leder helse- og omsorgstjenesten, kommunelege og medlem i styringsgruppen og tillitsvalgt fra NSF. Prosjektgruppen ble etter hvert endret og utvidet og inkluderte bl.a. kommunens deltakere i prosessgruppene, som var sykepleiere.

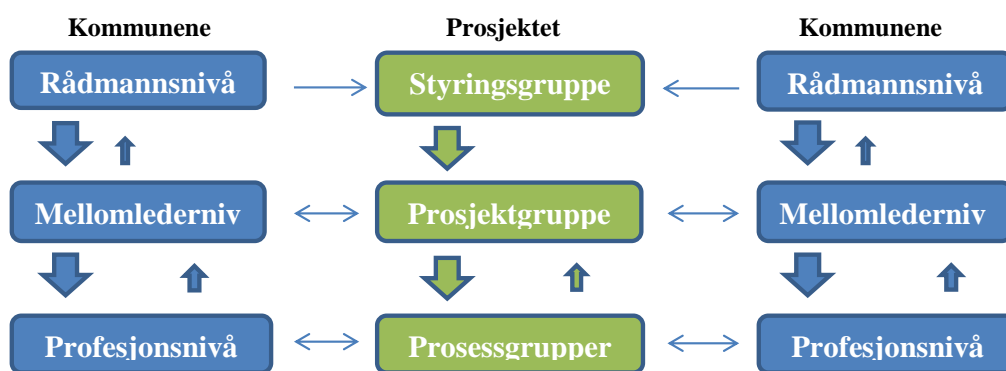
Randkommunen har godt og vel 2000 innbyggere og ligger i randsonen både mellom to regioner, og når det gjelder sin anstrengte økonomiske situasjon. I tillegg har de hatt en vanskelig bemanningssituasjon i sektoren. Kommunen er organisert med tre avdelinger. Rådmannen har en støttegruppe som består av personalsjef og økonomisjef og avdelingslederne for de tre avdelingene, deriblant helse og omsorg. Politisk har kommunens formannskap funksjon som økonomi- og planutvalg. De har i tillegg to ad hoc-komiteer: Livsløpskomite og ressurskomite (nevnes fordi de skiller seg ut fra de andre kommunene). Sykehjemmet og hjemmetjenesten ledes av hver sin avdelingssykepleier. Leder for den lokale prosjektgruppa var avdelingsleder for helse og omsorg. Andre medlemmer var: kommunelege, sjefsfysioterapeut, representant fra skjermet avdeling, avdelingssykepleier, psykiatrisk sykepleier, avdelingssykepleier hjemmetjenesten. Det var flere endringer underveis, bl.a. går representantene fra psykiatri og skjermet avdeling ut. Fysioterapeuten gikk inn i første prosessgruppe, en sykepleier gikk inn i andre prosessgruppe.

3.4 Forholdet mellom prosjektet og kommunenes organisasjonsstruktur

I første kapittel viser jeg til flere definerende trekk ved prosjektorganisasjoner. De har flat, ikke-hierarkisk struktur, er tidsavgrenset, har ekstern finansiering, og er enklere å administrere og kontrollere enn basisorganisasjonen. Etter gjennomgangen så langt, går det fram at dette prosjektet har en hierarkisk organisasjonsstruktur, ikke ulik den weberske

byråkratimodellen (Weber 2000). Prosjektets ledelsesform og kommunikasjonslinjer gir assosiasjoner til en top-down-modell med relativt lite kontakt mellom makro- og mikronivå, og med ganske høy formaliseringsgrad. Dette er trekk vi mer forventer å finne hos de fem kommunene, som er store organisasjoner med en formell struktur som samsvarer mer med det vi forstår som en byråkratisk struktur. Slik struktur er rasjonel og effektiv når det er snakk om modne og stabile organisasjoner (Nonaka og Takeuchi 1995). Byråkratier kjennetegnes ved arbeidsdeling, stor grad av regelstyring og over- og underordning (Hagebakken 2012). Dette gjelder langt på vei for våre fem kommuner selv om alle har innført organisatoriske strukturendringer i tråd med resultatenhetsmodellen (Torsteinsen 2012).

Jeg har i figur 3.1 forsøkt å se prosjektet og kommunene i sammenheng, både hva gjelder organisasjonsstruktur og kommunikasjonslinjer. Pilene angir kommunikasjonslinjene. Slik jeg har observert relasjonene vertikalt mellom de tre nivåene har prosjektet en noe tydeligere top-down innretning i sin kommunikasjonsstrøm enn kommunene. Horisontalt er det gjensidig kommunikasjon på de to nederste nivåene, men mer enveis på styringsgruppenivået.



Figur 3.1 Horisontal og vertikal organisering av og mellom prosjektet og eierkommunene.

Når prosjektorganisasjonen har så mange likhetstrekk med basisorganisasjonene blir det interessant å se hvordan disse kan utfylle hverandre når prosjektet ikke ser ut til å ha den fleksibilitet som Nonaka og Takeuchi (1995) legger til grunn for sin hypertekstorganisasjon.

4 Undersøkellesdesign og metode

Før jeg går videre til analysen, vil jeg redegjøre for premissene for valg av undersøkelsesdesign og metodebruk. Jeg vil i dette kapitlet begrunne hvordan disse valgene har bidratt til å belyse problemstillingen min, og hvilke utfordringer og begrensninger dette valget samtidig har gitt. For å hente opp tråden fra problemstillingen så stiller den spørsmålet om eierkommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring. Hva har kjennetegnet samhandlingen og kunnskapsdelingen i prosjektet, både vertikalt i prosjektet, men også horisontalt i gruppene og i egne kommuner? Jeg skal undersøke om ny kunnskap er skapt, og i tilfelle om og hvordan den overføres til kommunene. Om kunnskapsdelingen har gitt resultat i form av endringer i rutiner og organisatoriske strukturer i kommunene, er også viktig.

4.1 Undersøkellesdesign

En undersøkelsesdesign er avgjørende for å belyse problemstillingen på en hensiktsmessig måte. Gjennom valg av design påvirkes til syvende og sist både undersøkelsesens gyldighet og pålitelighet (Jacobsen 2005), altså om man har målt det man skulle, og om funnene er til å stole på. Den indikerer videre hvordan man skal gå frem for å hente inn og analysere data for å belyse problemstillingen. Et hovedskille går mellom kvalitativ og kvantitativ design. En kvalitativ design går i dybden og studerer trekk og kjennetegn ved fenomener ved å studere en eller få enheter. Kvantitative designer studerer hyppighet eller utbredelsen av et fenomen uavhengig av kontekst, og der enhetene er mange (Jacobsen 2005). Jeg har hatt tilgang til en studie med mulighet for å gjøre observasjoner, og dermed er en kvalitativ forskningsdesign ganske gitt. Et slikt intensivt undersøkelsesopplegg har både muligheter og begrensninger. Valg av kvalitativ metode er fornuftig når det man skal studere er sammensatt og vanskelig å måle, særlig i form av tall og statistikk. I min studie ønsker jeg å måle læringsevne, altså om kommunenes deltagelse i prosjektet har bidratt til å utvikle noen grad av organisatorisk kunnskapsbyggingsevne. Dette er ikke en størrelse som er lett å måle, det er vanskelig nok bare å definere hva selve begrepet betyr. Jeg må da som forsker forsøke å trenge inn i miljøet og de lokale prosessene (Repstad 2007), og jeg må være innstilt på å bruke tid for å kunne studere en mulig utvikling over en periode.

I mitt forskningsprosjekt var utvelgelsen av case gitt. Jeg "fikk" et kommunalt prosjekt med tilgang til mye empiri, noe som i utgangspunktet indikerer en induktiv tilnærming,

typisk for case-studier (Andersen 1997). Samtidig har jeg også hatt en deduktiv tilnærming ved at jeg ønsket å prøve ut en bestemt teori på den empirien som casen ga innblikk i. I følge Andersen (1997) er ikke utprøving av teori bare knyttet til ekstensive studier, også case-studier kan være egnet til å teste ut en eksisterende teori. Det ledet meg videre til et begrep som jeg synes er dekkende for min tilnærming, nemlig *abduksjon*.

Abduktionen utgår från empiriska fakta liksom induktionen, men avvisar inte teoretiska förföreställningar ock ligger i så måtto närmare deduktionen. (Alvesson og Sköldberg 2008, 56).

Jeg hadde tilgang til en mengde generelle observasjonsdata. Disse var riktignok mine egne, men primært knyttet til prosjektets følgeforskning, uten at jeg på det tidspunktet hadde utarbeidet en egen problemstilling. Disse dataene ga meg etter hvert tanker og ideer rundt en teoretisk tilnærming, som kunne utforskes ytterligere ved å utforme en videre undersøkelsesmetode for bedre å belyse den teoretiserte problemstillingen min. Det ble en slags totrinnsrakett. Første trinn var som ansatt forskningsassistent med rollen som observatør og dokumentinnsamler, uten spesifisert observasjonsmandat. Andre trinn i raketten var å utvikle et selvstendig forskningsprosjekt bl.a. på bakgrunn av de data jeg hadde bidratt til å samle inn. Denne totrinnsløsningen muliggjorde en abduktiv metodisk tilnærming.

Videre er det vel riktig å karakterisere denne studien som longitudinell (Hagebakken 2012) ved at prosjektet ble fulgt hele perioden på ca. tre år. Riktignok var jeg ikke personlig med fra starten, men jeg har fått tilgang til det aller meste av skriftlig dokumentasjon fra den første tiden, samt muntlig orientering fra forskningsgruppa. En utfordring i forhold til problemstillingen min er at jeg pga. innleveringsfrist på oppgaven bare får et kort innblikk i prosessen videre i kommunene etter at prosjektet avsluttes (siste intervju ble gjennomført i midten av mars 2013). Det gir ikke nødvendig rom for det faktum at endringer normalt trenger tid for å manifestere og befeste seg. Mitt inntrykk er likevel at jeg har fått ganske gode indikasjoner gjennom intervjuene, på hvordan utviklingen videre fremover vil være. Jeg vil kunne si noe om hva som har skjedd i kommunene under, og til en viss grad etter prosjektet. Jeg kan gå inn på ulike stadier i prosessen, f.eks. på ulike møtedatoer og undersøke på bakgrunn av dokumenter og intervju, hva som skjedde på disse tidspunktene. Jeg har derfor tilgang til tidsseriedata (Jacobsen 2005). En oppgave jeg fikk tidlig i prosjektet var å utarbeide en statusoversikt over de kommunene som deltok. Oversikten

omfattet politisk og administrativ organisering, omfang på helsetjenestene inklusive antall ansatte innen ulike profesjoner, lokal prosjektorganisering, utfordringer innen sektoren etc.. Denne oversikten oppdaterte jeg på eget initiativ helt i slutten av prosjektet. Dermed forelå det data over mulig målbare endringer målt i begynnelsen og slutten av en lengre periode. En utfordring er å fastslå om det er kausale sammenhenger (Jacobsen 2005) mellom prosjekt og endringer i kommunene.

4.2 Om studien og valg av metode for innhenting av empiriske data.

Som sagt så var undersøkelsesobjektet i mitt tilfelle gitt. Jeg har altså ikke startet ut med å innhente informasjon om ulike prosjekt som kommuner er eller har vært involvert i, for så på et gitt grunnlag ha foretatt et begrunnet utvalg av undersøkelsesobjekt. Det er allikevel grunn til å nevne at når jeg, som her, hadde anledning til å følge et prosjekt uten å måtte knytte an en problemstilling allerede fra starten av, så var det selvfølgelig trekk ved dette prosjektet som gjorde at jeg valgte den problemstillingen og den teoretiske tilnærmingen jeg gjorde. Det var derfor ikke et helt åpent spørsmål hvorvidt denne studien var egnet til å bidra med relevante data for å belyse min problemstilling. Jeg hadde en berettiget forventning om at jeg ville gjøre relevante funn. Jeg vil her nevne noen slike trekk:

Prosjektets størrelse var viktig: at det inkluderte hele fem kommuner, et helseforetak og en høyskole, at det hadde et stort budsjett med rom for å ansette prosjektleder, at det gikk over lang tid, og hadde et definert sluttidspunkt. Videre var det viktig at prosjektet hadde en veldig klar organisasjonsstruktur, som var sammenlignbar med kommunenes organisasjonsstruktur. Dette var en viktig egenskap når jeg skulle analysere den ontologiske dimensjonen ved kunnskapsbyggingen, men også hvordan deling av kunnskap, SEKI-prosessen, langs den epistemologiske dimensjonen, foregikk på de ulike nivåene. Andre relevante trekk var at prosjektets organisasjonsstruktur var knyttet til tre klassiske byråkratihierarkiske nivå: toppledelsen i form av rådmannsnivå/direktør knyttet til styringsgruppa, mellomledelsen i form av enhetsledere og avdelingsledere knyttet til prosjektgruppa, og frontlinjearbeidere i form av sykepleiere og fysioterapeuter knyttet til prosessgruppene. Dermed var det også mulighet for å se på et annet, og for meg viktig anliggende, nemlig mellomledelsens betydning i kunnskapsbyggende prosesser, i lys av Middle-up-down-modellen. Fire av kommunene var små landkommuner, den femte kommunen var en mellomstor bykommune. Kommunestørrelsen bidro til at det var mulig å få et godt overblikk over den kommunale organiseringen, særlig av helse- og

omsorgstjenestene, og hvordan dette var med å påvirke gjennomføringen av prosjektet og implementeringen i kommunene. Og sist, men ikke minst, at jeg hadde rimelig forventning om god tilgang til data og mange potensielt interesserte respondenter.

Etter nøye vurdering har jeg valgt å studere alle kommunene i prosjektet, vel vitende om at det vil medføre håndtering av en stor mengde data. Lenge så jeg på samhandlingsprosjektet som en enkeltstående case-studie. I følge Robert Yin (1994) er en enkelcase (single-case) analogt med et enkelteksperiment. I prosessen med å bestemme hvor mange kommuner jeg ville ta med i studien, kom det stadig klarere frem at jeg her hadde å gjøre med fem enkelttilfeller, som jeg like gjerne kunne kalle enkelteksperimenter. Jeg hadde observert alle fem på likt grunnlag og med samme utgangspunkt. De var alle utgått av samme prosjekt, men de var samtidig enestående. Alle fem kommunene gikk inn i prosjektet etter selvstendige vurderinger av hvor nyttig de antok at dette prosjektet ville være for dem. Ingen av kommunene var avhengige verken av prosjektet, eller av hverandre, for å kunne nyttiggjøre seg videre de erfaringer og den kunnskap som ev. ble utviklet. Prosjektet hadde ingen myndighet over kommunene. De måtte ta selvstendige avgjørelser i alle deler av prosessen. Eventuelle endringer eller effekter ville man i stor grad måtte legge til rette for på selvstendig grunnlag gjennom interne prosesser. Det var kommunenes læringsevne jeg ville studere, ikke selve prosjektets læringsevne, men kunnskapsoverføringer fra prosjektet og til den enkelte kommune. Prosjektets mål og sektortilknytning hadde ingen selvstendig betydning for mitt valg av tema og problemstilling. Jeg kunne derfor i prinsippet valgt tilfeldige prosjekt med tilfeldige eierkommuner, for så å studere hvordan prosjektene bidro til organisatorisk læringsevne hos disse. På samme vis er det her mulig å skille ut de enkelte kommunene som selvstendig caser, eller som singel-case i Yins terminologi. Jeg mener derfor det er mulig å finne støtte hos Yin i hans resonnement, for å designe dette forskningsprosjektet som en multiple-case studie. Singel-caser og multiple-caser hører til innenfor det samme metodiske rammeverket, men multiple-caser kan gi mer robuste og kanskje mere overbevisende funn (Yin 1994). Casene må være like nok hverandre, være "sufficient replications" for å kunne overbevise om man har med et generelt fenomen å gjøre, et fenomen som kan settes inn i et teoretisk rammeverk (Yin 1994, 46). Jeg kan teste en metode, som her kan forstås som prosjektet, på fem kommuner, og jeg har et teoretisk rammeverk gjennom Nonaka og Takeuchis teorier, som setter betingelser for analysen.

The same study may contain more than a single case. When this occurs, the study has to use a multiple-case design (Yin 1994, 44).

I følge dette sitatet er det nærmest et "påbud" om å benytte en multiple-case design i pasientforløpsprosjektet. Jeg mener derfor det er grunnlag for å se på dette som en komparativ casestudie, og har tatt det som utgangspunkt for problemstillingen og det videre arbeidet med oppgaven. Som gevinst får jeg økt kontroll med uønsket variasjon (Andersen 1997). Det gir meg også flere muligheter til å utforske prosesser og teste årsakssammenhenger, selv om fem caser ikke gir nok grunnlag for å påberope noen statistisk representativitet (Andersen 1997, 95).

En viktig diskusjon knyttet til kvalitative metoder er altså om generalisering er mulig. I den debatten er det heller ikke uten betydning hvordan man forstår begrepet generalisering. I boken *Case-studier og generalisering*, skriver Andersen (1997) følgende:

"Generalisering er imidlertid ikke et enten-eller. Ambisjonen om å generalisere må ikke forveksles med troen på at det finnes universelle lover" (Andersen 1997, 10). Han viser til at mange grunnbegreper og teorier innen samfunnsforskningen har opphav i casestudier, og bruker Max Webers byråkratimodell som eksempel på det (Andersen 1997, 10). Også Nonaka og Takeuchis teori om kunnskapsbyggende organisasjoner kan sies å ha sitt opphav i dyptpløyende studier av et utvalg caser hentet fra Japan. Deres ambisjon var like fullt at teorien skulle ha universell relevans og være anvendelig også utenfor Japan.

Hagebakken (2012) bruker begrepet *analytisk generalisering* i sin avhandling der hun analyserer tre caser i en kommune. Jeg har ambisjon om det samme i denne studien av de fem kommune-casene. Kanskje kan funn herfra fortelle noe om fenomenet prosjekt og læringsoverføring, i lys av et teoretisk rammeverk, som er teoretisk generaliserbart til hvordan tilsvarende virkeligheter kan forstås.

I denne studien har jeg tatt i bruk alle de tre typiske metodene for datainnsamling ved kvalitative forskningsdesign, nemlig observasjon, intervju og dokumentundersøkelse (Jacobsen 2005). Jeg deltok som observatør på mitt første styringsgruppemøte i oktober 2011, og observerte 30 av til sammen 54 møter og to endagskonferanser i regi av prosjektet (se tabell 1). Det arrangeres to fellesmøter med prosjektgruppa og de to prosessgruppene, der prosessgruppene presenterer sine pasientforløp. Jeg har hatt tilgang til alle dokumenter knyttet til prosjektet og til aktivitetene i de ulike gruppene. Jeg har i etterkant gjennomført fem individuelle intervju, ett gruppeintervju og 8 e-postintervju.

Nedenfor følger en skjematisk oversikt over type data hentet inn på de ulike gruppenivåene.

Gruppenivå	Antall observasjoner	Antall og type intervju
Styringsgruppa	Observerer 8 av 21 møter	3 individuelle intervju
Prosjektgruppa	Observerer 3 av 12 møter	1 gruppeintervju med 3 til stede, 2 individuelle intervju
Prosessgruppe 1	Observerer 6 av 8 møter	4 e-postintervju, skriftlig besvarelse
Prosessgruppe 2	Observerer 11 av 11 møter	5 e-postintervju, skriftlig besvarelse
Fellesmøter med prosjekt- og prosessgrupper	Observerer 2 av 2 møter	
Konferanser og kurs	Observerer 2 av 3 konferanser, ingen kurs	
Totalt	Observerer 30 av 54 møter, 2 konferanser	8 (muntlige)+ 8 (skriftlige) - en respondent er med i begge prosessgruppene

Tabell 4.1 Oversikt over observasjoner og antall og typer intervju

4.3 Observasjon

Da jeg kom inn i prosjektet ble min oppgave raskt å delta som observatør på så mange møter som mulig. Jeg skrev observasjonsnotat fra alle møter jeg deltok på. Notatene fikk et preg av kombinert referat og egne kommentarer/observasjoner. Det skyldes både at det av og til var vanskelig å helt skille mellom referat og observasjon, men hovedsakelig fordi jeg syntes at prosjektets referater til tider var mangelfulle eller knappe, og delvis fraværende, særlig i prosessgruppemøtene, som hadde en annen type arbeidsform enn de andre to gruppene. Jeg laget etter hvert et dokument for hver av de fire gruppene med løpende oversikt over møteinnkallinger, referat og observasjonsnotat for hvert møte, så sant alle tre typer data forelå. Alle møtene jeg kjente til ble dokumentert enten ved referat- og møteinnkalling og/eller mine observasjonsnotat. Da er de innledende møtene våren i 2010 unntatt. Det forelå ikke andre observasjonsnotat enn mine egne. Også andre typer notat ble lagt inn i disse dokumentene, hvis jeg syntes de var relevante. Det kunne være kurs- og seminaragendaer, ulike utkast eller manualer til bruk i pasientforløpsarbeidet, høringsnotat, implementeringsplaner etc.

Det at jeg skrev egne referat fra møtene viste seg nyttig i ettertid. Min ganske muntlige referatteknikk gjorde det i etterkant enklere å forstå både historikken og mine egne

kommentarer. Slik kunne jeg lettere lese hvordan kommunikasjonen gikk og aktørene forholdt seg til hverandre, enn om jeg bare hadde hatt de "offentlige" referatene. Ulempen med å bruke egne referat er at disse blir helt subjektive fordi de ikke ble gjennomlest, og godkjent som virkeligheten, av deltakerne på møtene. Samtidig er vel nettopp det kjernen i observatørens lykkelige rolle som selvstendig og egenrådig tolker av det observerte.

Alle gruppene hadde stort sett halvårslige møteplaner som ble fulgt ganske langt på vei. Fra januar 2011 var det prosjektleder som innkalte til møter på alle gruppenivåene, og hadde ansvar for forslag til møteinnkallinger og referat. Det var derfor lett å planlegge min deltakelse i forkant. Når jeg ikke deltok på alle møtene skyldes det en kombinasjon av at jeg som sagt kom litt sent inn i prosjektet, og at jeg som fulltidsstudent fikk noen kollisjoner mellom møter og forelesninger/seminar.

Et viktig anliggende i et hvert forskningsprosjekt, men som blir særlig påtagelig ved tilstedeværende observasjon, er den utilsiktede og uoversiktlige undersøkelseeffekten man får. Fordi høgskolen var koblet til prosjektet gjennom følgeforskning, var det både ønskelig og forventet at forskningsgruppen deltok på så mange møter som mulig. Hvem fra forskningsgruppen som deltok hadde deltakerne i prosjektet ikke kontroll på, og de var vant til at dette varierte. Prosjektdeltakerne var kjent med at jeg skulle tilknyttes prosjektet som forskningsassistent, men man hadde nok ingen særlig formening om hva mine oppgaver skulle være. I begynnelsen var jeg derfor en litt fremmed fugl som plutselig dukket opp på møtene og satt musestille og noterte. Etter hvert som jeg ble den som regelmessig deltok som observatør, ble både gruppene og jeg mer kjent med og vant til hverandre og situasjonen. Det var allikevel innimellom tydelig at de var nysgjerrige eller usikre på hva jeg skrev og tenkte om dem. Dette var mest uttalt i prosessgruppene. Deltakerne her var også de som kom sist inn i prosjektet, og de fleste av dem hadde liten eller ingen kunnskap om følgeforskningens rolle. Jeg orienterte dem om at jeg hadde et todelt fokus, der det ene var selve følgeforskningsoppdraget, og det andre var min egen masteroppgave. I all hovedsak ble jeg allikevel overlatt til meg selv, og jeg kunne i ro og mak studere den sosiale interaksjonen mellom deltakerne internt i gruppene. Likeens kunne jeg observere hvordan gruppene oppfattet sine oppgaver og forholdet til prosjektets andre grupper, samt relasjonene til egen kommune. I størstedelen av observasjonsfasen var problemstillingen min ikke klar, så jeg kunne ikke fortelle dem mye om hva mitt fokus var. Det var antagelig en fordel fordi jeg da i mindre grad risikerte å ha for ensidig fokus på

hva som kunne ansees som relevant for min problemstilling. På samme måte fungert jeg kanskje mindre "instruerende" på gruppedeltakerne, ved at de ikke helt visst hva jeg så etter. Jeg passet også på å berolige dem med at jeg ikke studerte enkeltpersoner, men selve prosjektet og dets prosesser og gruppedynamikk. Slik ble prestasjonsansvaret forhåpentligvis fordelt på alle, og antagelig i større grad glemt. Det at prosjektet gikk over lang tid, og hadde mange møter med mange matpauser der jeg deltok i den alminnelige småpratene, bidro nok også til å normalisere min tilstedeværelse. Særlig gjaldt dette prosessgruppene der jeg deltok på nesten alle møtene, og der arbeidsprosessen var mest uformell.

Det er også viktig å huske på den "motsatte" undersøkelseeffekten, nemlig hvordan prosjektet påvirket meg som observatør (og senere som intervjuer). Det er klart at egne erfaringer og holdninger påvirket også mitt syn på prosjektet, og bidro til å påvirke min tolkning av hva som foregikk. Jeg merket at jeg av og til ble utålmodig, særlig i andre prosessgruppe, når arbeidet trakk ut i tid og fikk dårlig fremdrift. Da var det vanskelig å holde seg fra å komme med innspill, og jeg må innrømme at det hendte også at jeg kom med noen tips, eller rett og slett minnet dem om hva som var sagt i gruppa tidligere, for eksempel. Den samme utålmodigheten bidro også til at jeg lenge overså at å bruke tid ofte er en nødvendig del av prosessen for å utvikle noe man ikke har kunnskap om fra før. Det tok for eksempel en stund før tanken slo meg, at særlig prosessgruppene bestod av handlingsorienterte og klinisk arbeidende deltakere, som normalt ikke jobbet med å skriftliggjøre sin kunnskap og sine arbeidserfaringer. Det at de ganske enkelt måtte bevege seg fra taus til eksplisitt kunnskap, og det Nonaka og Takeuchi kaller eksternalisering i SEKI-prosessen, måtte nødvendigvis ta tid. Slik ble jeg påminnet om hvor vanskelig det er å unngå å ha med seg fordommer inn i observasjonsrollen.

En viktig fordel for meg som observatør var tilknytningen til forskningsgruppen. Møtene der ga meg viktig hjelp gjennom at jeg hadde noen å dele og drøfte prosjektet med. I gruppen fikk jeg brynet mine observasjoner på erfarne forskere. Jeg fikk luftet spørsmål rundt bl.a. hva som var relevant å se etter. Selv om tilbakemeldingene ikke kunne være like konkret bestandig, fordi de normalt ikke hadde vært på de samme møtene som meg, så var det nyttig å få faglige innspill og få teste ut tanker jeg gjorde meg underveis. Slik sprakk det noen små troll i blant. Jeg kan oppsummere med at jeg i analysen har forsøkt å ta med i betraktning at min tilstedeværelse har hatt en viss undersøkelseeffekt, både på

meg som observatør og på de observerte. Å gå fra den erkjennelsen til å vise til på hvilken måte den har påvirket selve undersøkelsen, er derimot noe helt annet.

4.4 Intervju

Til tross for at jeg hadde omfattende observasjons- og dokumentdata ønsket jeg også å snakke mer inngående med noen av deltakerne i prosjektet. Den viktigste årsaken til det var at de dataene jeg hadde ikke var gode nok til å svare på problemstillingen og underproblemstillingene. Det datagrunnlaget jeg hadde var primært knyttet til selve prosjektet og dets gjennomføring, og berørte i for liten grad den kommunale virkeligheten og hva som skjedde der. Det trengte jeg mer innsyn i. Jeg var dessuten interessert i å få individuelle tilbakemeldinger på hvordan deltakerne i prosjektet hadde tenkt rundt, og opplevd den prosessen de hadde deltatt i, og hvordan de opplever at arbeidshverdagen og kommunen deres har blitt påvirket i etterkant. Da var intervju nødvendig. Idet jeg skulle i gang med intervjuene hadde jeg ikke lenger føringer knyttet til følgeforskningen. De valgene jeg tok nå måtte jeg stå for selv. Problemstillingen og det teoretiske inntaket var redegjort for, og jeg måtte nå gjøre helt konkrete datainnsamlingsvalg for første gang i studien. Det gjaldt både valg av respondenter, antall intervjuer som trengtes og hvordan intervjuene skulle gjennomføres.

Intervju kan grovt sett deles i to typer: gruppeintervju og individuelle intervju. De kan være helt åpne der alt overlates til respondentene, eller de kan være mer eller mindre lukket, også kalt prestrukturerte (Jacobsen 2005). Individuelle intervju kan gjennomføres ansikt til ansikt, over telefon eller som e-postintervjuer. Jeg fant det hensiktsmessig å bruke både gruppeintervju og individuelle intervju. Jeg endte opp med å bruke både ansikt til ansikt-metoden og e-postintervju. Fordi jeg ønsket en viss styring av intervjuene for å sikre at jeg fikk belyst delproblemstillingene mine, laget jeg en intervjuguide som jeg tilpasset de ulike intervjuene, og som i utformingen ble nøye sammenholdt mot delproblemstillingene. Det endte med at det ble ganske mange spørsmål. Før jeg startet intervjuene var jeg opptatt av at dette ikke måtte bli for styrende for samtalen. Underveis i intervjuene registrerte jeg at intervjuguiden var god å ha, for jeg opplevde at respondentene hadde en forventning om å bli spurt konkret om ting, og kom i mindre grad med frie innspill. Her er det selvfølgelig betimelig å spørre om hva som kom først, høna eller egget, men det var i hvert fall mitt inntrykk. Jeg hadde ikke konkrete hendelser i kommunene å knytte spørsmålene til for så å hente ut respondentenes erfaringer med disse.

Abstraksjonsnivået ble kanskje noe høyt fordi det var vanskelig å stille spørsmål som ikke ble for ledende eller konkret, med fare for å "velge bort" refleksjoner og tanker respondentene hadde gjort seg gjennom prosjektperioden og tiden etter (Thagaard 2009). E-postintervjuet ble utformet som et spørreskjema, men uten de typiske svaralternativene som kjennetegner kvantitative spørreskjema. Denne metoden gir ikke mulighet for å stille oppfølgende spørsmål. Det var opp til respondentene å svare så mye eller lite de ønsket. Åtte av ni respondenter svarte.

Før jeg redegjør for mine kriterier for utvalg av intervjuobjekt, og hvilke intervjuetoder jeg brukte, vil jeg si litt om hvordan intervjuene ble gjennomført. Da jeg sendte forespørselen om deltakelse i intervju, orienterte jeg om at det var frivillig å delta, og at jeg ikke kunne sikre full anonymitet, bare konfidensialitet pga. prosjektets gjennomskiktighet. Før ansikt-til-ansikt-intervjuene startet, gjentok jeg dette og spurte også om det var greit at jeg brukte en digital lydopptaker. Ingen hadde motforestillinger til lydopptak. Intervjuene varte pluss minus en time og ble gjennomført på kontoret til respondentene. Gruppeintervjuet ble gjennomført der møtet fant sted i en av kommunenes omsorgssenter. I etterkant transkriberte jeg alle intervjuene helt ut.

Til forskjell fra mange andre studier, var populasjonen i denne studien gitt. Med min problemstilling om hvorvidt prosjektet har bidratt til kunnskapsdeling og organisatorisk læring i kommunene, ble populasjonen naturlig avgrenset til de fem kommunenes representanter i de ulike gruppene i prosjektet. Populasjonen var liten og oversiktlig med prosjektet og kommunehverdagen som felles referanseramme, og der rolleforståelsen må antas å ha vært ganske klar (Repstad 2007). Jeg valgte å ikke innlemme sentrale aktører som prosjektleder(ne) som respondenter, fordi jeg ikke så hvordan det vil bringe relevant informasjon som kunne bidra til å belyse problemstillingen ytterligere. Jeg holdt allikevel muligheten åpen for å kunne kontakte en eller begge i forbindelse med analysen, dersom jeg fant det nødvendig.

Et viktig kriterium ved utvelgelse av respondenter var at jeg ville intervju personer fra alle tre gruppenivåene i prosjektet. Første delproblemstilling spør etter samhandling og kunnskapsdeling vertikalt mellom gruppene. Dermed måtte jeg få alle tre gruppenivåene i tale. Jeg måtte så vurdere hvor mange jeg trengte å intervju fra hver gruppe, og hva slags type intervju jeg skulle bruke. Valg av intervjuetode avhang litt av antall respondenter.

Jeg hadde ikke mulighet for å gjennomføre individuelle intervjuer med alle deltakerne, men gjennom å kombinere gruppeintervju og e-postintervju med individuelle intervju, nådde jeg mange. Kriterier for utvelgelse av respondenter fra styringsgruppa var som følger: Som redegjort for i kapittel tre, skjedde det flere utskiftninger i kommunenes toppledelse, og dermed i styringsgruppa, i løpet av prosjektperioden. Bare to av kommunene hadde samme representant hele perioden. Dermed konkluderte jeg med at kriteriet for valg av respondenter var at de skulle ha vært med fra start til slutt. Da fikk jeg samtidig også intervjuet en nøkkelperson, nemlig initiativtaker og leder av styringsgruppa.

Når det gjaldt prosjektgruppa, var jeg kjent med at den skulle ha et møte i januar 2013. Ved å invitere meg selv til dette møtet kunne jeg nå alle fem kommunerepresentantene på mellomledernivå med ett intervju, uten at det krevde egen organisering. Fordelen med gruppeintervju i forhold til individuelle intervju, utover at du når mange, er at det kan by på en egendynamikk mellom deltakerne som du ellers ikke oppnår (Repstad 2009). Flere bidrar med innspill og nye tanker som kan utdypes i fellesskap. Ulemper kan være at deltakerne kan påvirke hverandre for mye, forsterke og gi for stor plass til enkelte tema på bekostning av andre. Det er også lett at noen i gruppa snakker mer enn andre og på virker hvorvidt alle blir hørt like godt. Man kan også få et "flink pike-syndrom", ved at man ønsker å framstille seg selv og sin organisasjon på en fordelaktig måte, og at man er redd for å stille kritiske spørsmål til hverandre selv når det er berettiget. Man risikerer kanskje å få litt mindre ærlige intervju. I denne gruppen registrerte jeg ikke utslag knyttet direkte til gruppedynamikken, men man var nok forsiktig med å kritisere både seg selv, andre og prosjektet som sådan. Det gjaldt antagelig ikke bare i gruppeintervjuet. Da intervjuet ble foretatt var det bare tre til stede. En av deltakerne hadde meldt forfall, og den femte kommunen hadde gjort et bytte, slik at derfra møter nå en helt ny enhetsleder som ikke hadde noe kjennskap til prosjektet. Det hadde derfor ingen hensikt å ta henne med. Etter å ha vurdert litt frem og tilbake endte jeg opp med å gjennomføre individuelle intervju med de to som ikke hadde vært med på gruppeintervjuet. Jeg brukte samme intervjuguide i gruppeintervjuet og i de to individuelle intervjuene.

Prosessgruppene bestod av til sammen ni deltakere fra kommunene fordi en av kommunene brukte samme deltaker i begge gruppene. Jeg vurderte lenge å gjennomføre noen få individuelle intervju fra en eller begge gruppene, men jeg endte opp med å bruke e-postintervju. Fordelen var at da kunne jeg nå alle, og få ganske utfyllende svar uten at

det ble for omfattende å gjennomføre. Dette var to grupper som jeg hadde fulgt tett og som hadde en konkret og avgrenset oppgave. Jeg hadde hatt flere uformelle samtaler underveis med mange, og gjennom gruppediskusjonene hadde jeg fått litt innblikk i deres hverdag, holdninger og faglige utfordringer. Manglende fleksibilitet som følge av bruk av skriftlige intervju, kunne derfor reduseres noe fordi jeg hadde mye bakgrunnsinformasjon tilgjengelig når jeg skulle tolke svarene. Det tok tid og flere purringer å få inn alle svarene. Svarene var korte og greie med lite utbrodering.

4.5 Dokumentundersøkelse

Jeg har i kapitlet om observasjon sagt litt om hva slags skriftlige kilder som var tilgjengelig, og hvordan jeg organiserte og brukte disse. I tillegg til møteinnkallinger, kursoppsett, diverse fagstoff, ulike typer pasientforløp etc., var prosjektstøttesøknader, del- og årsrapporter, intensjonsavtalen mellom prosjektet og høgskolen, viktig informasjon jeg trengte for å forstå og følge opp prosjektet. Jeg innhentet og systematiserte det jeg fikk av dokumenter fra tiden før jeg begynte, siden la jeg bare til det som kom. Jeg har ikke søkt opp kommunestyrevedtak eller kommunale strategiplaner etc. som informasjonskilder, bare de kildene som har vært utarbeidet, brukt eller distribuert i prosjektet. Det gjelder ikke dokumenter som St.meld. nr. 47 (2008-2009) som har vært et viktig grunnlag for å forstå drivkraften for igangsettelsen av prosjektet, og ulike databaser hos departement og direktorat osv., eller tematisk relevante case-studier.

Selv om jeg har mange dokumenter fra prosjektet, så har disse som nevnt tidligere, vært litt mangelfulle. Jeg har ikke sett de endelige stønadssøknadene med underskrift og dato, så jeg kan ikke være helt sikker på at det er de endelige utgavene jeg har kopi av. Jeg har heller ikke underskrevne og daterte intensjonsavtaler mellom prosjektet og deltakerne. Og som nevnt over så har jeg ikke innkalling og utfyllende referat fra alle møter. Jeg har allikevel mer enn nok tilgjengelige dokumenter til å hevde at jeg har inngående kunnskap om prosjektets bakgrunn og historikk. Bare en sånn ting som begrepsbruken i de to søknadene til Helsedirektoratet, sier mye om innledende intensjon og ambisjon i prosjektet, men kanskje også om forståelsen for at bruk av rette fynd- og honnørord er lurt. I analysen vil disse dokumentene kunne holdes opp mot den informasjon jeg tilegnet selv gjennom observasjon og intervju.

4.6 Om dataanalysen

Fordi jeg har ønsket en komparativ tilnærming har jeg valgt å analysere først prosjektet, deretter alle fem kommunene. Med utgangspunkt i Nonaka og Takeuchis (1995) teoretiske rammeverk, har jeg bygget analysen på femfasemodellen. I den har jeg lagt inn SEKI-modellens fire trinn og de fem muliggjørende vilkårene som variabler. Alle seks casene ble analysert fase for fase. Deretter har jeg sett på hvordan organisasjonsdesign og ledelsesmodell har påvirket casene, før jeg til slutt har holdt tolkningen opp mot problemstillingene. Fordi jeg under gjennomgangen av empirien fant mange fellestrekk, valgte jeg å analysere kommunene under ett, og heller fortløpende påpeke ulikheter der disse fantes. Ved å undersøke disse teorivariablene håper jeg å kunne si noe om hvilke vilkår som har hemmet eller fremmet kommunenes kunnskapsbyggende evne.

4.7 Om studiens pålitelighet og gyldighet

Begrepene reliabilitet og validitet brukes for å vurdere kvaliteten på den forskningen man har utført (Repstad 2007). Jeg velger å bruke de tilsvarende norske begrepene pålitelighet og gyldighet, ganske enkelt fordi jeg synes de er enklere å bruke og forstå. Pålitelighet knytter seg til måleinstrumentene og hvor presist disse er brukt, hvor etterrettelig informasjonen vi har innhentet er, og om analysen er gjennomført på en god måte uten feil og mangler. Har undersøkelsen høy gyldighet betyr det at man har målt det man skulle måle. Man opererer her med begrepene ekstern og intern gyldighet. I kvalitative undersøkelser vil intern gyldighet sier noe om hvorvidt resultatene kan anses som sannferdige i betydningen at resultatet oppfattes av flere som riktig. Ekstern gyldighet sier noe om overførbarhet utover studien. Et kritisk spørsmål ved en gyldighetsvurdering er om den empirien man har innhentet har bidratt til å belyse problemstillingen (Repstad 2007). En styrke ved denne undersøkelsen er at jeg har brukt tre ulike metoder for å innhente empiri. Dermed har jeg kunnet sammenholde funn fra de ulike datakildene og se om de bekrefter og støtter opp om hverandre, eller om de avdekker feil og avvik. En slik metodetriangulering (Jacobsen 2005) bidrar til å vurdere bedre undersøkelsens gyldighet, men den påvirker også påliteligheten fordi man har større mulighet til å kontrollere at informasjonen er riktig. Observasjonsnotatene mine ble nedskrevet fortløpende i ordnede system og kan et stykke på vei holdes opp mot prosjektlederens referat. Det at jeg deltok på mange møter og hadde god tilgang på relevante dokumenter, bidro til inngående kunnskap om, og forståelse for, prosjektets innhold og målsetning. Det styrket

forutsetningene for å gjøre etterrettelige analyser. Likeledes gjennomførte jeg mange intervju, som enten ble tatt opp digitalt eller skrevet ned av respondentene selv. Det gjør at materialet jeg har innhentet er nøyaktig nedtegnet, og bruken av dette kan kontrolleres bl.a. av de som har deltatt i undersøkelsen. Det er videre en styrke for undersøkelsen at respondentene er hentet fra alle nivå i prosjektet. De hadde god kunnskap om prosjektet og kommunehverdagen, sett fra sitt nivå. Dermed har jeg også kunnet vurdere hvordan informasjons- og kunnskapsflyt har gått mellom individene på de ulike nivåene. Det hadde vært ønskelig å observere mer direkte ute i kommunene, men det var det dessverre ikke tid til. Jeg ville dessuten fått en vanskelig oppgave med å avgrense observasjonsfeltet hvis jeg skulle observert den enkelte kommune.

Forholdet mellom nærhet og distanse er en utfordring i casestudier (Jacobsen 2005; Repstad 2007). Jeg har i kapittelet om observasjon, redegjort for undersøkelseeffekten særlig knyttet til min deltagelse som observatør. Samtidig er det heller ikke uten betydning hvordan prosjektet og prosjektets deltakere har påvirket meg. Det har vært en utfordring å ikke bli for engasjert og mene for mye, særlig i prosessgruppene. Også en intervjusituasjon er relasjonell og bidrar til å påvirke både intervjuer og respondent, og dermed også den informasjonen som hentes ut. Her spiller det man ofte kaller intervjuereffekt inn (Jacobsen 2005). Måten jeg stilte spørsmålene på, eller også spørsmålene jeg ikke stilte, var på en eller annen måte påvirket av mitt syn på prosjektet og mitt behov for å belyse en problemstilling. Begge disse momentene kan ha hatt en førende effekt på intervjuet. Jeg registrerte også at jeg i de muntlige intervjuene var forsiktig med å stille for direkte spørsmål som kunne tolkes som kritikk av prosjektet. Jeg har i ettertid lurt på om jeg var for forsiktig.

Det at jeg har fått testet ut både observasjonsnotater, tanker og erfaringer underveis med erfarne forskere, styrker undersøkelsens pålitelighet og gyldighet. Jeg har prøvd å være påpasselig med å teste ut intervjuguider og tanker rundt valg av respondenter o.l. med min veileder, for å sikre meg så mye refleksjon rundt disse spørsmålene som mulig.

4.8 Forskningsetiske refleksjoner

I alle forskningsprosjekt er det viktig at man følger gode etiske retningslinjer. Når enkeltindivid brukes i en undersøkelse er det tre grunnleggende etiske krav som må møtes:

krav til informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen 2005). Disse kravene har jeg forsøkt å etterleve. Jeg har redegjort over for hvordan forskningsprosjektet ble presentert for gruppemedlemmene og respondentene mine. Det spesielle i denne undersøkelsen er at følgeforskningen var koblet inn fra starten av. Det forutsatte at alle deltakerne allerede da, måtte gå med på å bli forsket på. Hvorvidt den enkelte var godt nok orientert om dette da de ble spurt om å være med i prosjektet, vet jeg ikke mye om. Jeg mistenker at for mange, særlig i prosjektgruppa og prosessgruppene, var ikke dette noe de reelt hadde blitt forelagt og bedt om å samtykke til. Derimot fikk alle mine intervjuobjekt beskjed om at det var frivillig å delta. Jeg fortalte bare litt om min problemstilling, av hensyn til effekten det kunne ha på påliteligheten.

Jeg har vært bevisst på å ivareta prosjektdeltakernes rett til privatliv, ved at jeg har forsøkt å unngå navn og betegnelser som kan knyttes til enkeltpersoner. Når det er sagt så var dette et stort og kjent prosjekt for mange, og bare noen få kommuner og en liten gruppe mennesker som ble undersøkt, så faren for gjenkjennelse er til stede. Alle respondentene ble orientert om dette, altså at jeg ikke kunne sikre full anonymitet, kun konfidensialitet. Jeg fikk ikke inntrykk av at dette var problematisk for dem. Det er nettopp hensynet til respondentene og særlig de som jobber i førstelinjen, som gjorde at jeg valgte å anonymisere prosjektet og deltakerkommunene, til tross for at det ikke er spesielt sensitiv informasjon knyttet til prosjektet. Jeg har vært opptatt av å være lojal mot mine respondenter og deres interesser (Thagaard 2009), bl.a. ved at jeg etter beste evne har etterstrebet korrekt gjengivelse, og sitatbruk som ikke er hentet ut av sin sammenheng. Jeg har stor respekt for at respondentenes lojalitet til prosjektet og egen kommune kan ha fungert som mild tvang til å si ja til intervju.

Jeg har ikke brukt noen form for navneregister eller andre personalopplysninger som kommer inn under Personopplysningsloven. Dette forskningsprosjektet ble derfor ikke meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste fordi datainnhenting og databehandling ikke kommer i konflikt med Personopplysningsloven, slik jeg ser det.

4.9 Oppsummering

Den metodiske fremgangsmåten skal nå helst være så godt redegjort for at den kan danne det nødvendige grunnlaget for å kunne kritisk vurdere særlig de to neste kapitlene, men også oppgaven sett under ett. Min vurdering er at bruken av både observasjon, intervju og

dataanalyse, har vært et riktig metodevalg, og som samtidig har gitt en metodisk triangulering som styrker studiens pålitelighet. Også en grundig og nøyaktig håndtering av data bidrar til god pålitelighet. I sum vil dette også styrke den interne gyldigheten, fordi jeg tror det vil være vanskelig å bestride funnene, og fordi jeg mener at jeg gjennom metoden har greid hente ut og vurdere det jeg trengte for å besvare problemstillingene. Hvorvidt analysen og konklusjonen vil stå ubestridt er noe helt annet.

Som jeg har vært inne på tidligere, er det en klar utfordring i studien knyttet til tidsdimensjonen. Jeg har ikke hatt mulighet til å undersøke endringer over tid i kjølvannet av prosjektet, jeg kan bare si se om det har skjedd endringer så langt, eller om det er indikatorer på at endring kan finne sted i fremtiden. Mer tid hadde også gitt mulighet til å gå dypere inn i den enkelte kommune.

Når det gjelder studiens eksterne gyldighet vil jeg oppsummere det i siste kapittel.

5 Presentasjon av empirien

Så langt har jeg redegjort for tema og bakgrunn, og presentert det teoretiske inntaket og den metodiske fremgangsmåten i tråd med problemstillingene. I denne delen skal jeg oppsummere empirien og foreta en teoretisk belyst analyse og drøfting av denne, holdt opp mot problemstillingene, før jeg konkluderer og sier noe om en mulig videre forskningsvei.

Jeg har, med utgangspunkt i hovedproblemstillingen, fem caser som skal gjennomgå en komparativ analyse. Den sjette casen er selve prosjektet og faller utenfor hovedproblemstillingen, som spør:

- Har samhandlingsprosjektet bidratt til at eierkommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring? Spørsmålet tilsier at det er kommunene som er hovedobjektet for undersøkelsen. Prosjektet er allikevel forskningsoppgavens nav, fordi det er herfra kunnskapen skal samles, videreutvikles og internaliseres i de fem kommunene. Ikke minst dreier det seg om hvorvidt man får til en sirkulær kunnskapssløyfe gjennom de to organisatoriske strukturene, basisorganisasjonen, altså kommunen, og prosjektteamet med kunnskapsavsetning i kunnskapsbasen (Hustad 1998). Prosjektet er derfor det selvfølgelig utgangspunkt for første delproblemstilling:

- Hva kjennetegner samhandling og mulig kunnskapsdeling i prosjektet, både horisontalt og vertikalt? Med horisontalt mener jeg mellom deltagerne i de ulike gruppene, og med vertikalt mener jeg mellom de tre gruppenivåene. Her må jeg se om det skjer læringsprosesser langs den epistemologiske aksene som kan leses med utgangspunkt i SEKI-prosessen, horisontalt på alle tre gruppenivåene. Aktørene må sosialiseres, hente ut og eksternalisere egen taus kunnskap og utvikle forståelse og innblikk i hverandres virkeligheter gjennom dialog, refleksjon og samhandling. Sentrale begrep i prosjektet er ukjente for de fleste, og må brytes ned, konkretiseres og gis mening før de kan utvikles og skape nye konsept som kan gi grunnlag for endring i kommunene. De må bli kjent med egne rutiner og sin og kollegaers mer intuitive fagforståelse på tvers av ulike skillelinjer. Det skal videre helst skje en forsterkning av denne kunnskapen vertikalt gjennom prosjektorganisasjonen, både på gruppe- og organisasjonsnivå.

Også i andre delproblemstilling er prosjektet fremdeles sentralt, men nå må det sees i tydelig sammenheng med kommunene:

- Kan man se at det er skapt ny kunnskap, i eller gjennom prosjektet, som videreføres til den enkelte kommune, i tilfelle hvordan? Hvem har i tilfelle bidratt til dette?

Kunnskap er alltid knyttet til personer. Det er individet som lærer. Jeg må starte med å undersøke om prosjektdeltagerne har lært noe nytt, om de har evnet å dele sin kunnskap med flere, eller enda bedre at noen i fellesskap har bidratt til å bygge ny kunnskap. Her må jeg lete etter faktiske endringer i form av nye prosedyrer, tankesett, om mulig konkretisert ny kunnskap i kommunene, som kan spores til prosjektet.

Til slutt spør jeg i tredje delproblemstilling:

- Har kunnskapsdeling gitt resultat i form av endringer i rutiner og organisatoriske strukturer i kommunene? Her er det helt konkret de fem casene som skal vurderes, etter at prosjektet er avsluttet. Andre og tredje problemstilling leder oppgaven tilbake til hovedproblemstillingen og vurderingen av de fem ulike casene og deres evne til organisatorisk læring. Det betyr at jeg tar prosjektet med både i empiripresentasjonen og i analysen så langt det er nødvendig, men ikke inn i den komparative delen av drøftingen. Jeg må undersøke om det kan registreres konkrete, prosjektrelaterte endringer på det operative feltet, eller på andre områder i kommunene, i form av nye prosedyrer, nye rutiner eller andre typer organisatoriske endringer. Ikke minst må jeg se etter trekk som kan identifisere hvorfor/hvorfor ikke endring skjer.

I dette kapittelet presenteres funn både fra prosjektet og de fem kommunecasene. Jeg har problemstillingene i mente og bruker de fem fasene, jf. kapittel 3.1, som jeg har delt prosjektperioden inn i, som strukturerende element, ser på de enkelte casene, og beskriver det som skjer i de ulike fasene så langt det er mulig og hensiktsmessig. Til slutt i dette kapittelet vil jeg kort sammenfatte funnene og hva de ulike deltagerne mener de og kommunene deres har lært av prosjektet.

5.1 Prosjektets gang gjennom prosjektfasene

Selve prosjektets gjennomføring er ganske grundig gjennomgått i kap. 3.1 og 3.2. Jeg vil nå derfor mer se på roller, aktører, drivkrefter, type organisatoriske grep etc., som kan ha bidratt til å påvirke prosjektet gjennom de ulike fasene. Her vil særlig intervjudataene bidra til innsyn i hvordan deltakerne har oppfattet prosjektet og opplevd prosessene.

Innledningsfasen. Initiativtager, leder av styringsgruppen og rådmann i initiativkommunen, sier hun alltid følger med på muligheter for nasjonale omstillingsmidler og visste derfor at det var mye slike midler på vei i forbindelse med samhandlingsreformen.

Så for meg, som alltid jakter på omstillingsmidler, var det helt naturlig og nødvendig å se på samhandlingsreformen, både fordi at det har med kjernen i pleie- og omsorgstjenestene våre å gjøre, og er vi ikke modernisert der, så får kommuneøkonomien problemer. Viktig å være utviklingsorientert i tjeneste (Intervju initiativtager).

Hun var bevisst på at man må opp i format fordi man "får aldri utviklingspenger til å drive et lokalt utviklingsarbeid". Om starten sier hun videre "Og så var vi noen som snakket sammen". Disse *noen* var særlig direktøren fra helseforetaket. Høgskolen ble også tidlig kontaktet med tanke på følgeforskning. De neste som ble direkte forespurt var landkommunen og randkommunen, som hun visste var utviklingsorientert og i stand til å handle raskt. Disse tre kommunene har et "personlig nettverk på ledernivå, på rådmannsnivå", i følge initiativtager. Alle kommunene i regionen ble så orientert og invitert med. Bykommunen i regionen var viktig å få med, både fordi den er regionscenter, og fordi de har så mange innbyggere at prosjektets format og samlede nedslagsfelt blir langt større med dem inkludert. Prosjektet måtte også ha et visst pasientvolum, i følge initiativtager. Bykommunen sier først nei, den har et "konkurrerende" kommunalt samarbeidsprosjekt knyttet til Samhandlingsreformen under planlegging, men slutter seg etter hvert til dette prosjektet etter "litt bearbeiding", som initiativtager uttrykker det. Siste kommune som blir med er øykommunen. "Lokal mobilisering i kjente nettverk av ledere" kaller initiativtager denne prosessen.

Initiativtager sammen med direktør fra helseforetaket, utarbeidet selve prosjektskissen som danner grunnlag for første søknad til direktoratet i mai 2010. Begrepet pasientforløp var med fra begynnelsen. Det hadde florert i ulike sammenhenger og var et kjent begrep i helseforetaket, men for initiativtager var det mest kjent på et "overskriftsnivå".

Når en brukte ordet pasientforløp i overskriften i søknaden, så visste en kanskje ikke helt omfanget av et pasientforløp. [...]skal kommunene gjøre oppgaver som i dag gjøres i sykehus, så må en ha et bilde av forløpet, både av hvordan det er og hvordan det skal bli. Skal du ha pasienten i fokus så må du ha krysset organisasjonsgrensene. Og det var en veldig viktig del av Samhandlingsreformen, at vi skal jobbe på nye måter med tydelig pasientfokus (Intervju initiativtager).

Begrepet *pasientforløp* "bringer bud om fremtiden", i følge henne. Man brukte pasientforløp som metode og koblet det med begrepet *breddestrategi*. Man oppfattet nemlig at statlige signaler ga inntrykk av at man må "bygge opp store interkommunale institusjoner" og at bare kommuner med minst 30 000 innbyggere kunne håndtere

reformen på en god måte. Det å gå sammen i dette prosjektet var nærmest "et mottrekk til en sånn tenkning", sier hun i intervjuet. Man ville med begrepsbruken vise at også små kommuner kan håndtere dette ved å argumentere for en breddestrategi ment for alle kommuner uansett størrelse, ved å "få en arbeidsmetode (pasientforløp) som kunne fungere, som var knyttet til kvalitet", sier initiativtager videre. Hun var ikke i starten kjent med hvor diagnosebasert hun senere oppfattet at begrepet var, hennes tanke var primært at "vi må se pasienten gjennom hele behandlingskjeden." Også for de fleste i styringsgruppen var nok begrepet ganske fremmed når det etableres i prosjektet.

Begrepet pasientforløp var for meg ganske ukjent. Mer et helseforetaksbegrep enn et kommunehelsetjenestebegrep. [...] Mulig at det var mer kjent på fagnivåene i kommunehelsetjenestene enn på mitt nivå (Intervju kommunalsjef i øykommunen).

Begrepet pasientforløp viser seg å være relativt ukjent også på det kliniske nivået.

"Pasientforløp var vel et ikke-ord" sier en av sykepleierne fra landkommunen. Allikevel var den rådende oppfatningen når konseptet blir presentert for kommunene innledningsvis, at dette var viktig, og at det var pasientforløp det skulle dreie seg om. Bykommunen hadde innledningsvis litt innvendinger mot at initiativtager:

... presenterte dette her som et slags regionsamarbeid om samhandlingsreformen, og det hadde jeg innsigelser på, for dette er et konkret prosjekt i forhold til pasientforløp. Samhandlingsreformen er mye annet (Intervju kommunalsjef i bykommunen).

Bykommunen så prosjektet som et rent pasientforløpsprosjekt, og mener den fikk oppslutning i gruppa om denne presiseringen.

Prosjektet er selvaktiviserende ved at det er drevet innenfra, men muliggjort på grunn av en varslet reform som mobiliserer aktørene (kommunene og helseforetaket) fordi det følger statlige, søkbare utviklingsmidler med, og fordi man ser at reformen vil ha stor effekt for kommuner og for helseforetak. Vi ser at i innledningsfasen er prosjektet avhengig av initiativtagere, som går aktivt ut og engasjerer, og som evner å utvikle og formulere et mål. Når prosjektet får tilskudd kjøres det i gang med full bredde. I denne fasen er prosjektet stort sett bare forankret på rådmannsnivå. Initiativkommunen og landkommunen rapporterer om litt involvering nedover på mellomledernivå i helsesektoren, og flere opp til politisk nivå som godkjenner tiltaket etter hvert, men det er nok riktig å si at idé og

fremdrift ligger på rådmannsnivået. I denne studien er det for øvrig ikke sett på involvering av politisk nivå.

Etableringsfasen starter med at prosjektets styringsgruppe formelt nedsettes, og man starter prosessen med å ansette prosjektleder. Nå gis oppbygging av organisasjonsstrukturen, og det å få oppmerksomhet, kunnskap og oppslutning om prosjektet, full oppmerksomhet. Initiativtager, og nå leder i styringsgruppa, har en viktig rolle i dette. Lokale prosjektgrupper etableres i de fire småkommunene i denne fasen, og flere av dem får mandat som også innebærer å se på strukturen i egen sektor, og planlegge for innføring av reformen. Det arrangeres oppstartsmøter i fire av fem kommuner, og man har et Kick-Off- seminar, som man ønsker skal være en "motivasjon- og entusiasmearena" (Referat styringsgruppemøte 23.09.10). Det ser ut til å ha effekt. I følge lokal prosjektleder i randkommunen var det i deres kommune: "Veldig store forventninger. Dette var noe stort som kommunen skulle være med på" (Gruppeintervju). Hun sier videre at man opplevde både dette prosjektet og den varslede reformen som så stor at "man nesten ikke greide å ta det innover seg" og at prosjektet "skulle på en måte være svaret på mye, det at vi var med på dette her". Øykommunen kommer med i prosjektet i denne fasen, men hadde vært på informasjonsmøtet i regionrådet allerede våren 2010. På spørsmål om hvor mye hun visste eller forsto av prosjektet i begynnelsen, sier kommunalsjefen:

Jeg forstod ganske klart at dette her var innenfor et område som var ganske sentralt i samhandlingsreformen, at det med ansvarsfordeling i forhold til pasientforløpet var ganske sentralt i det som på en måte er den nye fremtiden vår (Intervju kommunalsjef i øykommunen).

Hun hadde på samme måte som initiativtager oppfattet signaler om at bare store kommuner ville evne å håndtere Samhandlingsreformen. Det er derfor rimelig å anta at dette var et viktig incitament for de små kommunene til å delta i prosjektet.

Man er tidlig i denne fasen opptatt av forankring og ansvarliggjøring i kommunene. Samtidig skal man tenke samarbeid og nettverksbygging på tvers av kommunegrenser, og mellom kommuner og foretak og fagprofesjoner. Det bestemmes at kommunene skal etablere lokale prosjektgrupper.

Partene har selv ansvar for å forankre prosjektet i egen organisasjon og etablere arenaer for samhandling på faglig nivå. Herunder lage prosedyrer (Referat styringsgruppemøte 13.08.10).

Prosjektgruppen etableres i slutten av denne fasen og består av de lokale prosjektgruppelederne pluss en representant fra helseforetaket. Man lykkes dermed i å etablere en formell link mellom prosjektet og eierkommunene på mellomledernivå. Og man rykker også nærmere praksisfeltet. Kombinasjonen av en stor og foreløpig uklar helsereform på vei, og deltagelse i dette store fellesprosjektet med ganske ukjente og uklare begrep som breddestrategi og pasientforløp, gjorde at det tok tid for deltakerne både i styringsgruppen og prosjektgruppen, å sette seg inn i hva de hadde blitt med på. Her er en uttalelse fra en i prosjektgruppen: "Jeg jobbet mye første tida for å skjønne hva prosjektet skulle være for noe. Jeg jobbet mer med å forstå det enn å påvirke det" (Gruppeintervju). Uttalelsen ble støttet av flere i gruppen. "Det var først da vi hadde bestemt pasientforløp at vi fikk en følelse med hva vi faktisk skulle jobbe med", var en annen uttalelse i samme intervju. Avgjørelsen om hvilke pasientforløp man vil utvikle skjer først i konkretiseringsfasen. Da hadde flere av de lokale prosjektgruppene vært i gang omtrent et halvt år. Man skilte heller ikke helt mellom prosjektet og reformen og forberedelser til den, så man diskuterte begge deler på samme møter. For noen ble prosjektet tilnærmet kommunens svar på reformen.

I denne fasen er styringsgruppen premissleverandør på alle plan og prosjektgruppen (og særlig prosjektlederen) har utførerrollen.

Konkretiseringsfasen. Nå konkretiseres flere ambisjoner i prosjektet. Først og fremst vedtar styringsgruppen de tre diagnosene prosjektgruppen foreslår å lage pasientforløp til. Også kompetansehevingstiltakene utformes nå. I samarbeid med høgskolen planlegges og arrangeres kurs og hospitering på sykehus, som ledd i prosjektets mål om kompetanseheving. Styringsgruppen opprettholder sitt faste grep om prosjektet og skal godkjenne alle trinn i prosessen knyttet til utformingen av mandat, mål, gruppenes møteplan og prosessgruppesammensetning. Også prosjektgruppen får mandat og definerte oppgaver i forhold til styringsgruppen. Styringsgruppen slipper litt taket når andre prosessgruppe planlegges. Igangsettelsen her skjer mer administrativt. Prosjektet fremstår nå med en klar, hierarkisk linjeorganisering, der eneste kontakt på prosjektnivå mellom styringsgruppen og prosjektgruppen, og etter hvert prosessgruppene, skjer gjennom prosjektlederens rapporteringer. Det er registrert lite debatt rundt dette, men i et intervju med en av enhetslederne i prosjektgruppen, sier vedkommende:

Periodevis var frustrasjonen høy fordi det var en sånn komplisert prosjektorganisering. [...] En ting er styringsgruppen, topptung gruppe, og den prosjektledergruppen, og samtidig hadde vi prosessveilederne (deltagerne i prosessgruppene) – det var veldig nivåpreget, og at de neste prosessveilederne ikke skulle ha noe med de første prosessveilederne å gjøre (Intervju lokal prosjektleder).

Både i styringsgruppen og prosjektgruppen, er det representanten fra helseforetaket med erfaring fra utforming av sykehusets pasientforløp, som foredrar om utarbeiding av forløp, rolleforståelse og behovet for klar definering av roller ved implementering av forløp, og at eierskapet på kommunenivå må ligge i ledelsen. Oppsummerte stikkord fra diskusjon i møtet i styringsgruppen i etterkant:

Er ansatte i kommunene klare for å tenke "system"? Eller vil vi fortsette å gjøre det på vår måte? [...] Forløpene som beskrives forplikter. [...] Kommunene blir mer lik hverandre når forløpene beskrives (Referat styringsgruppemøte 30.09.11).

I prosjektgruppen diskuterer man hva slags modell man skal bruke ved utformingen av pasientforløpene. Høgskolen og deltager fra helseforetaket er viktige innspilleverandører når prosjektgruppa diskuterer modellvalg. Det er allikevel styringsgruppa som til sist skal beslutte organiseringen av forløpsarbeidet.

Gjennomføringsfasen. Dette er fasen da prosessgruppene kobles inn som siste trinn i byggingen av den hierarkiske pyramiden. Her finner vi fronlinjearbeiderne, profesjonene, de som jobber pasientnært, de som skal konkretisere begrepet pasientforløp, samt lage kunnskapsbaserte rutiner knyttet til diagnosene. De kommer sist inn i prosjektet, men er de som skal gi substans til begrepet. De fleste av dem hadde liten eller ingen kunnskap om prosjektet eller kjernebegrepene. Det virket ikke som deltagerne i andre prosessgruppe visste nevneverdig mer enn de som satt i første. Kanskje en betegnende observasjon fra en av deltakerne i første prosessgruppe på spørsmål om hva hun synes om arbeidsprosessen: "Litt famlende i starten, flere som ikke helt visste hva prosjektet gikk ut på og hvilken rolle de skulle ha. Det måtte brukes en del tid på å klargjøre dette" (E-postintervju).

Prosessgrupped medlemmene måtte forholde seg både til egne kollegaer og til lokal prosjektgruppe, for å gjøre en god jobb. Med det menes at for å kunne utarbeide forløpet måtte de bl.a. innhente informasjon om status quo rundt egen kommunes rutiner og prosedyrer, ofte utover egne konkrete arbeidsoppgaver og avdelingstilknytning. Et

eksempel er fysioterapeutene som normalt ikke kjenner til sykepleierutiner ved inn- og utskrivning, eller hva slags kompetanse sykepleierstaben ved de ulike avdelingene har med hensyn til å legge inn veneflon f.eks.. Dermed var kommunikasjon horisontalt med kommunene viktig, og en slags lakmustest på om kunnskapen om prosjektet var godt innarbeidet. Erfaringene med engasjementet fra egen kommune var varierende og ikke økende etter som man går fra første til andre pasientforløp. Man ser ingen tydelige tegn på en gryende kunnskapsdeling utover i prosjektperioden. Jeg observerer at intern samhandling i kommunene ofte rapporteres som vanskelig. På prosessgruppenivå registrerer man ikke økt interesse eller engasjement rundt pasientforløpsarbeidet fra rådmannsnivået/styringsgruppen. Det uttrykkes tidvis frustrasjon over dette i prosessgruppene. Kommunikasjonen med dette nivået ble ikke påvirket i perioden. Man har i hovedsak fulgt tradisjonell tjenestevei når det gjelder kommunikasjonslinjene, ser det ut til. Et av prosessgruppemedlemmene sier følgende i e-postintervjuet: "Har ingen følelse av at dette har vært rådmannsstyrt. Vi har kun sett vår avdelingsleder. Heller ikke virksomhetsleder har vært synlig"

Deltakerne i prosessgruppene rapporterer om god kommunikasjon i gruppene sine, og at de synes det har vært lærerikt å være med. Den mest fremtredende læringseffekten på individnivå er kanskje tydeligst knyttet til å lære om og av hverandre: "Ga meg utrolig mye å bli kjent med, og lære av kollegaer fra andre kommuner. Lærerikt å høre hvordan andre har det og gjør det." En annen uttalte: "Kjempekjekt! En kan se at en ikke har det så verst likevel. Utveksling av erfaringer er kjempeviktig". De er også i hovedsak fornøyd med forløpende som ble utviklet. En innvending av mer overordnet karakter var denne: "Er svært usikker på om det er hensiktsmessig å ha diagnoserelaterte forløp. Tenk på alle typer brudd, skader, sykdommer... Bedre å finne fellesnevner enn å lete etter ulikheter?" (E-postintervju). Den type diskusjon lå ikke til prosessgruppenes mandat, selv om den nok ble berørt, men det er en relevant refleksjon i en oppsummeringssammenheng.

På spørsmål om organiseringen av gruppearbeidet var hensiktsmessig kom det flere innsigelser: "Organiseringen virket lite gjennomtenkt i forkant, ble ikke veldig mye klarere underveis." En annen sa "Ja, men vi trengte en myndig leder som stoppet opp når det ble for mye løsprat. Mye frem og tilbake." En tredje sa: "Forholdsvis, ble bedre etter at vi fikk ny leder. Mere strukturert og ikke så flytende." Disse kommentarene bekrefter også det jeg

observerte underveis, at noen møter ble lite konstruktive og preget av manglende fremdrift. Særlig gjaldt det første del av andre pasientforløp.

I sum virker det som det har gitt et godt personlig læringsutbytte å være med i arbeidet, men at man føler en noe svak forankring oppover i prosjektet og innad i egne kommuner. Likeledes at gruppearbeidet kunne vært styrt bedre. Til tross for den formelle linjen med godkjenning i alle ledd, har verken styringsgruppen eller prosjektgruppen tatt en overordnet styring med prosessgruppens fagsammensetning. Dermed brukes fysioterapiressursene opp i første forløp og man får en alt for faglig ensartet gruppe i andre forløp. Dette skyldes at kommunene utnevner deltagere til gruppene ut fra egne behov, uten at man har sett gruppens sammensetning under ett og fordelt fagressursene jevner. Til tross for lang forberedelsestid i prosjektperioden, glipper det altså på et sentralt punkt.

I denne fasen halveres møtehyppigheten i prosjektgruppen, men styringsgruppen møtes like ofte. Samhandlingsreformen iverksettes nå, første januar 2012, og kommunene begynner så vidt å få føling med virkninger av den. De rapporterer særlig om håndtering av utskrivningsklare pasienter, finansieringsmodellen, og hvordan dette påvirker de ulike kommunenes økonomi. Styringsgruppen holdes orientert om pasientforløpsarbeidet via prosjektlederen. Utover det er det ingen oppfølging annet enn det som skjer på kommunenivå. Leder i styringsgruppen oppfordrer alle i gruppen til å begynne å forberede forankring og implementering av forløpene, men det blir ingen reell drøfting eller konkretisering av hvordan dette best kan gjøres. Det samme gjelder hennes forslag om å tenke rundt videreutvikling/opprettholdelse av fagnettverkene som nå har begynt å ta form gjennom prosjektet. Representanten fra høgskolen er opptatt av om overgangen mellom sykehus og kommune er så smidig som mulig. Dette er et uttrykt mål, som det ligger til rådmanns- og direktørnivået å behandle, altså styringsgruppenivå. I prosjektets årsrapport 2011 på side fire, står det om implementeringen av pasientforløp at: "Dette forutsetter samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forhold til utarbeidelse av pasientforløp og gjensidighet i kompetanseoverføring mellom kommune og spesialisthelsetjenesten slik at forløpene blir gjennomførbare i praksis." Hun får ingen debatt rundt innspillet. Initiativtager intervjues om dette, om at man f.eks. ikke har fått legene på sykehuset til å fylle ut førstesiden i det kommunale pasientforløpet, og at det å få til denne typen systematisering og brobygging mellom organisasjonene har vært lite berørt i styringsgruppen. Hun svarer bl.a.:

Vi har bygd på de faglige nettverkene i bunnen. Både av ledere og av folk som jobber klinisk i praksisfeltet. Men hva levekrafta av dette her i etterkant er da, er disse nettverkene operative over tid, det vil nå vise seg. [...] Forbedringen sitter gjennom hvordan vi forbedrer pasientbehandlingen, så jeg ser på en måte ikke kritisk på at det ser ut som vi mangler et systemnivå, selv om jeg kan se at på noe av dette her så har vi ikke gjort det vi sa. Men jeg tror at det vi har gjort, det bærer kimen i seg til de rette tingene hvis vi skal få til innovasjon, nemlig at fagfolk snakker sammen, deler kompetanse, praksisnær kunnskap endrer seg, ledere får tillit til hverandre, systemene våre åpner seg mer for dialog. Ja, om jeg ikke ser hele resultatet, så ser jeg i hvert fall direkte sporene. Om sporene er dype nok, er jo alltid et spørsmål (Intervju initiativtager).

Styringsgruppen opprettholder den formelle godkjenningsrollen og vedtar implementeringsplan og høringsplan for forløpene etter hvert som de nærmer seg ferdigstilling. Formalia som dette, og søknader om prosjektmidler, regnskap/budsjett og rapporter, er man opptatt av nå. I denne tiden, mens prosessgruppene jobber med pasientforløpene, benyttes ikke tiden til å utvikle strukturer, system og modeller som kan fungere på tvers av organisasjonene, forvaltningsnivå eller profesjoner, og binde disse sammen for å sikre mer sømløse overganger, i tråd med prosjektets delmål.

Avslutningsfasen er kort og innledes med at prosessgruppene har avsluttet sitt arbeid. Styringsgruppen og prosjektgruppen har ett møte hver før de møtes til et siste felles møte i desember. Når andre pasientforløp sendes ut på høring, oppfordrer prosjektleder styringsgruppen til å ha møter med prosjektlederne sine, og vise støtte og engasjement i implementeringsarbeidet. Hun sier direkte at prosjektgruppen føler seg alene i arbeidet og at styringsgruppen for dem blir for usynlig. Leder av styringsgruppen oppfordrer kollegiet til å "skjerpe seg" og å etterspørre mer hva som skjer i egen kommune, men det er få deltagere til stede på dette møtet.

Fordi særlig det andre pasientforløpet, har trukket ut i tid, blir ikke siste forløp formelt godkjent av styringsgruppen før på prosjektets siste møte i desember. Da skal også sluttrapport, regnskap, samarbeid og veien videre behandles. Prosjektgruppen ønsker å videreføre sitt nettverk. Styringsgruppens leder ønsker en formell strukturering av dette nettverksarbeidet, med rapportering til rådmann om fremdrift i forløpsarbeidet etc., men holdningen i styringsgruppen er at man nå avslutter prosjektet. Det oppsummeres med at det har vært viktig å bli kjent med hverandre, det gir tillitskapital og at samarbeidet skal fortsette.

5.2 Initiativkommunens gang gjennom prosjektfasene.

Innledningsfasen. I og med at initiativet til prosjektet har sitt utspring hos rådmannen her, kommer denne kommunen litt i en særstilling, særlig innledningsvis, men også hva gjelder oppfølging og kommunal organisering rundt prosjektet. Prosjektet er, i følge rådmann, forankret i ny omsorgsplan som ble vedtatt i mai 2010, der Samhandlingsreformen er en av tre endringsområder, og der hun mener det er viktig å lykkes. Prosjektet er ikke konkretisert i planen, men rådmannen så på prosjektet som en måte å svare på utfordringen som lå der.

Vi drøftet i ledergruppa, med lederne innen pleie og omsorg, er dere interessert, makter dere et nasjonalt prosjekt? Sånn at jeg vil si at den planen var et arbeidsoppdrag, og så jobbet vi parallelt med disse prosessene (Intervju rådmann).

Enhetsleder for sykehjemmet, som senere ble leder i den lokale prosjektgruppen, sier om sin rolle i denne fasen: "I og med at det var rådmannen vår som søkte, så var vi med litt i søknadsprosessen, og hva det gikk ut på" (Gruppeintervju). Hun ble dermed tidligere involvert i prosjektet enn sine kollegaer i prosjektgruppen, men hun var ikke tungt involvert i denne fasen. Som rådmannen viser til over, så var det rådmannen og direktøren i helseforetaket som utarbeidet prosjektskissen.

Etableringsfasen. I desember i 2010 opprettes lokal prosjektgruppe. Om utvelgelsen av deltagere til gruppen, sier rådmannen i intervjuet: "Jeg drøftet det med pleie- og omsorgslederne, hvem som er aktuelle å ha med. Det er en kombinasjon av fagkunnskap og institusjonell forankring når vi skal sette ned en arbeidsgruppe." Prosjektgrupelederen så det slik: "Det var rådmannen som satte sammen gruppa hos oss. [...] Jeg tror vi hadde stor påvirkningskraft hvis vi mente at det var feil folk i gruppa, det tror jeg" (Gruppeintervju). Spesielt for denne kommunen er at prosjektets prosjektleder har kontor i kommuneadministrasjonen og forventes å møte på alle møter. Også rådmann møtte på noen møter. Rådmannen utarbeider gruppens mandat, som er omfattende og omhandler i stor grad endringer knyttet til omorganisering av egne tjenester. Omorganiseringen går parallelt med prosjektet. Stikkord i mandatet er: kompetansevurdering, IKT-behovsvurdering, utvikle korttidsavdeling, lederstruktur, system for samarbeid mellom legene og ledere/ansatte i tjenestene osv.. Konkret knyttet til prosjektet står det i mandatet: "Prosjektet skal ha eit tydeleg pasientfokus der kvalitet i pasientbehandling, pasientbehandling etter BEON prinsippet og heilskapelege behandlingsskjeder er sentralt"

(Internt kommunalt notat 24.02.11). Leder for prosjektgruppen så gruppens mandat som todelt: "Vi fikk jo et eget mandat som vi skulle jobbe med i forhold til at vi skulle møte Samhandlingsreformen, i tillegg til prosjektet her. Det har vært litt tosidig det vi har jobbet med" (Gruppeintervju). Gruppen har rapporteringsplikt til rådmannen med halvårlig rapporter om arbeidets gang. Lokal prosjektleder rapporterer om månedlige møter fra januar 2011 "Mye har blitt diskutert, men det meste har vel skjedd utenom møtene."

Av den lokale prosjektgruppens halvårsrapport våren 2011, går det frem at mye av tiden brukes til å planlegge lokale omorganiseringer i tråd med mandatet, og relativt lite rundt prosjektet. Det avventes tall og statistikk fra helseforetaket som skal danne grunnlaget for valg av pasientforløp. "Leder i arbeidsgruppen ivaretar samarbeid med de andre i hovedprosjekt ved å delta på felles møter. De andre kommunene i prosjektet har heller ikke kommet til noe mer konkret" (Lokal halvårsrapport 2011). Det er altså en litt avventende holdning i gruppen frem til det kommer tydeligere signal og arbeidsoppgaver fra styringsgruppa. På spørsmål om det har vært tid og muligheter til å påvirke og komme med tanker og ideer, både i prosjektet og i egen kommune, svarer lokal prosjektleder: "Jeg syns ikke det var spesielt vanskelig i og med at jeg er enhetsleder og har rådd over min egen tid, og at initiativtaker som var rådmann, var veldig ivrig på prosjektet."

Konkretiseringsfasen. I denne fasen bestemmes det hvilke diagnoser man ønsker å lage pasientforløp til. Det virker som det har vært lite uenighet rundt dette både lokalt i kommunen og i prosjektgruppen. Det er den lokale prosjektgruppen som velger kommunens deltagerer til prosessgruppene. Utvelgelsen er faglig begrunnet, og begge deltar på prosjektets kurs. At deltageren hadde lyst og interesse var også viktig, i følge den lokale prosjektlederen. Deltageren i første prosessgruppe opplever likevel at det var tilfeldig at hun ble valgt, og at hun kom inn ganske sent i prosessen, likeledes at hun visste lite om prosjektet da hun ble spurt. Deltager i andre prosessgruppe tenkte at hun var et naturlig valg ut fra at hun var fagleder på avdelingen som ville bli mest omfattet av reformen, og at hun hadde en del kunnskap om diagnosen. Hun kjente prosjektet godt fordi hun også satt i prosjektgruppen.

Gjennomføringsfasen. Her tar jeg utgangspunkt i arbeidet i prosessgruppene. Opplevelsen av pasientforløpsarbeidet var til dels ulik hos de to deltakerne. Det første

forløpet hadde den enkleste diagnosen. Deltageren her synes allikevel ikke at ramme og mandat for oppgaven var tydelig. Om selve arbeidsprosessen sier hun:

Nyttig læring, og det var rom for å prøve ut nye ting. Det ble etter hvert god kjemi i gruppa med mye faglige diskusjoner.[...].. vi trengte en myndig leder som stoppet opp når det ble for mye løsprat. Fikk tidsnød på slutten [...] Mye frem og tilbake (E-postintervju).

Hun opplevde god kommunikasjon med lokal prosjektleder og prosjektgruppe, men merket underveis lite til rådmannsnivået. Om kommunikasjonen med kollegaer og deres interesse for prosjektet, sier hun: "litt forskjellig alt etter hvor man jobbet." Som fysioterapeut beveger hun seg rundt på flere avdelinger. Rundt spørsmål om pasientforløpene er svaret: "Visste lite på forhånd. Er fornøyd med å ha fått deltatt. Tror ikke vi hadde kommet i gang med egne pasientforløp uten prosjektet. Var nyttig å delta, men det tok en del tid og ressurser" (E-postintervju).

Når det gjelder det andre forløpet, som hadde en mer komplisert diagnose, skriver deltakeren følgende om arbeidsprosessen: "Syns det var rom for prøving og feiling. Ikke noe problem å si sine meninger og ev. få diskutert dem." Hun svarer "Tja" på om ramme og mandat for oppgaven var tydelig. På spørsmål om organiseringen av arbeidet var hensiktsmessig, sier hun: "Ikke i begynnelsen nei, synes det så ut som et evigvarende prosjekt uten struktur, men følte at den faste prosjektlederen (da hun kom tilbake) fikk et godt tak på det" (E-postintervju). Hun opplevde kommunikasjonen som bra med den lokale prosjektlederen, og ok med prosjektgruppa. Hun jobbet mest hjemme med prosjektet, og hadde derfor lite kontakt med kollegaer om temaet. Hun syntes det var: "Nyttig å høre om hva andre gjør, samt dele erfaringer med hverandre. Også greit å bli kjent med folk fra andre kommuner." Hun anså ikke at rådmannen hadde direkte innvirkning på pasientforløpet, men: "Prosjektet som helhet, så hadde vel kommunen vår en klar fordel av rådmannen." Før hun ble med i prosjektet visste hun "fint lite" om pasientforløp. Hun synes eget forløp ble veldig bra til slutt, men svarer klart nei på om kommunen ville ha utviklet pasientforløp på egenhånd.

I denne fasen gjennomføres det diagnoserelaterte kurs og hospitering på sykehus. To personer hospiterer i forbindelse med første pasientforløp, ingen på andre. Lokal prosjektleder oppsummerer: "Det var litt bob bob hva de fikk med seg. Ble litt bortkastet ene dagen, som var å se hva de gjør på sykehuset, som de egentlig gjør likedan hos oss.

Men dagen hos fysioterapeuten var veldig interessant" (Gruppeintervju). På kursene derimot er mange med, men jeg har ikke funnet ut hvor mange. Om kursene sier deltageren i andre prosessgruppe: "Fagkursene var kjempebra, mange som fikk deltatt og mye god informasjon" (E-postintervju).

Avslutningsfasen. For kommunene vil avslutningsfasen i praksis si implementeringsfasen. Første forløp var ferdig sommeren 2012, endelig vedtatt tidlig på høsten, og har i praksis hatt ca. et halvt års implementeringstid når prosjektet avsluttes til jul. Det andre forløpet har bare hatt en måned på seg etter høringsrunden. Gruppeintervjuet gjennomføres i slutten av januar, de andre intervjuene gjennomføres i løpet av februar og første del av mars. Det er dermed litt ulikt hvor lenge forløpene har vært tilgjengelige når mine undersøkelser gjennomføres.

Om implementeringen i initiativkommunen sier prosjektgruppeleder at de løste det på den måten at det var de to prosessgruppedeltagerne som skulle spre det. Det fungerte bra for andre forløp, men ikke for det første, til tross for at det hadde vært ferdig lengst. De har slitt med kommunikasjon med legene i forhold til forløpene.

Jeg overlot litt av ansvaret til dem som var i prosessen. Det var nok dumt, for jeg burde ha drevet mere på. Dette kom opp i den uheldige tida da jeg hadde mer enn nok med samboerperioden med aldershjemmet og alt sånn, jeg hadde ikke kapasitet mer. Men det hadde vært en klar fordel hvis den lokale gruppa hadde drevet det litt mer aktivt. [...] Det var ingen der som tok noe spesielt ansvar. Den hadde jobbet mye med alt det andre som skjedde i kommunen [...] alle hadde nok med sine oppgaver (Gruppeintervju).

Man har når intervjuet gjennomføres, ennå ikke hatt pasienter fra siste diagnosegruppe, dermed er ikke implementeringen konkret testet ut. Prosessgruppedeltageren her er usikker på om ansvaret for implementeringen er fordelt på en god måte. Heller ikke det første forløpet virker å være vellykket implementert, uten at det går nærmere inn på hvorfor. Fysioterapeuten i første prosessgruppe viser til at: "De faste lederne er byttet ut.", som mulig forklaring. Ved årsskiftet gikk bl.a. enhetsleder og leder for prosjektgruppen over i ny stilling, rådmannen hadde sluttet et halvt år tidligere etc. Hun syns ikke ansvaret for implementeringen har vært fordelt på en god måte. Det er med andre ord en felles forståelse både hos prosessgruppedeltagerne og leder av lokal prosjektgruppe, at implementeringsarbeidet ikke er godt nok gjennomført.

Prosjektrelaterte endringer og læringseffekter. I initiativkommunen startet man tidlig å planlegge, og etter hvert gjennomføre, store organisatoriske endringer parallelt med prosjektet. Disse endringene kan knyttes opp mot den lokale prosjektgruppas arbeid, men kan i mindre grad sees som et resultat av kunnskapsdeling og læring gjennom prosjektet. Endringene er i tråd med målsetting og mandat som rådmannen utarbeider for kommunen tidlig i prosjektet, og som er knyttet tett til omsorgsplan 2020, vedtatt i 2010. "Det var altså vår del av prosjektet. Vi fikk et mandat fra rådmannen om hva vi skulle gjøre lokalt også, og det var at vi skulle utvikle korttidsavdelingen til diverse" (Gruppeintervju).

Omleggingen av lederstruktur blir ikke fullt ut gjennomført pga. økonomiske innstramminger i 2013. Det man derimot helt konkret får av endring som kan relateres til prosjektet, er at denne kommunen etablerer et KOLS-team bestående av sykepleier, lege, fysioterapeut og ergoterapeut, høsten 2012. Denne typen team var det mye debatt rundt, særlig i prosessgruppene, men også i prosjektgruppen. For småkommunene har det å ha diagnoserelaterte team eller kontaktpersoner, fremstått som for krevende når man har få ansatte og mange typer diagnoser. Det har ikke hindret at temaet kom opp gjentatte ganger i de ulike gruppene. I initiativkommunen bidro det til at man oppretter et team, men uten at det tilføres midler eller gjøres organisatoriske endringer.

Når det gjelder læringseffekt er tilbakemeldingene fra respondentene positive.

Prosessgruppedeltagerne rapporterer begge om at det har vært nyttig og lærerikt å få innblikk i hverdagen til kollegaer fra andre kommuner. De er også veldig fornøyd med fagkursene. Deltager i første gruppe hadde mest nytte av å dele kunnskap og informasjon med helseforetakets representanter. Personlig er hun blitt faglig tryggere på den aktuelle diagnosen. Deltager i andre prosessgruppe svarer på spørsmålet om det har vært en kunnskapsoverføring fra prosjektet til kommunen: "Ble jo en kunnskapsoverføring i forbindelse med pasientforløpet, men det har ikke vært i bruk fordi vi ikke har hatt pasienter på sykehjemmet etterpå" (E-postintervju). Hun ser en kunnskapsoverføring betinget av at man lykkes med implementeringen. I sum har begge erfart personlig læring, men sier lite om hva kommunen har "lært". Rådmannen svarer følgende på spørsmålet om det har skjedd konkrete ting i kommunene i kjølvannet av prosjektet:

Jeg tror dette har noen ringvirkninger. Den viktigste effekten jeg håper finnes, er jo at vi ser det i konkret pasientbehandling. Og så skjer det sånne organisatoriske ting, det at en organisasjon blir mere endringsvillig, at den ser at den kan ta i bruk faglige utfordringer og gjøre noe med det selv. Det å få utløst denne energien og kunnskapen

nedenfra organisasjonen, det tror jeg har skjedd, i hvert fall en del plasser (Intervju rådmann).

5.3 Bykommunens gang gjennom prosjektfasene.

Innledningsfasen. For bykommunens del har jeg lite empiri som kan fortelle om prosessen fram til at man bestemmer seg for å være med, utover det som initiativtager rapporterer om i kap. 5.1. Det har åpenbart vært noen forpostfektninger, der bykommunen på et tidspunkt har valgt å delta i prosjektet etter litt overtaling. Det var kommunalsjefen med bl.a. ansvar for å forberede Samhandlingsreformen, som gikk inn i styringsgruppen.

Vi utvikler jo egne prosjekt i stort monn, det har vært gjort over lang tid, og vi får tilbud om å være med i prosjekter. Det her var et tilbud vi synes var veldig godt gjennomarbeidet og godt fundert og godt grunnlag, og ikke minst et interessant tema. Det var vel bakgrunnen for at vi sa ja (Intervju kommunalsjef).

Kommunalsjefen nevner senere i samme intervju en annen motivasjon for å bli med, nemlig å styrke byens rolle som regionsenter og å bidra til samarbeid i regionen.

Etableringsfasen. Bykommunen deltar på første styringsgruppemøte i august 2010. Kommunen får aldri en lokal prosjektgruppe opp å stå, i følge referatene fra styringsgruppa, der det innrapporteres om de ulike kommunenes progresjon i prosjektet. På spørsmål om hvorfor slik gruppe ikke etableres, svarer kommunalsjefen:

Nei, det er det ikke sikkert jeg har noe forklaring på, men vi etablerte nå kontaktpersoner som tok dette her videre i kommunen. Det ble enhetsleder fra det ene sykehjemmet, med prosjektleder fra utviklingssykehjemmet, som tok dette videre, og som kanskje erstattet den lokale gruppen som sådan (Intervju kommunalsjef).

Begge disse to som kommunalsjefen ber om å være med i prosjektet, opplever at egen kommune kommer sent inn, til tross for at den faktisk var med helt fra første møte i styringsgruppen, og var den fjerde siste som kom med. "Bykommunen kom sent inn i prosjektet. Slik jeg har forstått det så har de andre kommunene vært prosjektorganisert et år ca. før bykommunen kom inn." (Intervju lokal prosjektleder). På spørsmål om hvorfor og hvordan hun ble spurt om å være med i prosjektet, svarer prosessgruppedeltager: "Vet ikke hvorfor, men hvordan. Ble bedt av kommunalsjef om å være kommunens representant et år etter at prosjektet hadde startet. Bykommunen var ikke med fra starten" (E-postintervju). Det går ikke frem av intervjuene om respondentene er kjent med følgende,

hentet fra prosjektets *Årsrapport for 2011*: "Bykommunen vil opprette egne arbeidsgrupper i forhold til utarbeiding av pasientforløp hvor gruppene spisses etter hvilke pasientforløp som skal utarbeides." Hvem som har spilt inn denne arbeidsmetoden vites ikke, men dette reflekterer et annet tankegods enn det som de lokale deltagerne har oppfattet, og det kommunalsjefen forteller i intervjuet, og er ikke i tråd med hva som faktisk gjøres. Det vises videre i rapporten til at kommunen har fokus på rehabilitering, og at de også har et annet prosjekt gående, som ledes av enhetsleder ved det kommunale opptreningscenteret. Verken dette prosjektets eller opptreningscenterets rolle rapporteres det senere om fra kommunens side. I samme rapport på side 14, står det videre: "Omorganiseringen av korttidsavdelingene/rehabiliteringstilbudet vil ikke bli diskutert i forbindelse med dette prosjektarbeidet (altså Samhandlingsprosjektet, slik jeg forstår utsagnet)."

Det var uklarerheter rundt gruppeorganiseringen. Innledningsvis var personen som ble deltager i prosessgruppene den som skulle være lokal prosjektleder. Fordi man i begynnelsen ikke hadde oppfattet at det skulle opprettes et tredje gruppenivå, nemlig prosessgruppene, velger de to etter hvert en ny arbeidsdeling der enhetslederen blir lokal prosjektleder og går inn i prosjektgruppen, og den som opprinnelig satt i prosjektgruppen, går inn i begge prosessgruppene. Lokal prosjektleder oppsummerer:

Og sånn forstod vi etter hvert den prosjektorganiseringen, med en overordnet styringsgruppe som var på sitt nivå, og så kom prosjektlederbiten mer på enhetsledernivå, og så var det da mer variert (deltagelse) i den prosessveiledergruppen. Derfor ble det sånn (Intervju lokal prosjektleder).

Det ser med andre ord ut til at både prosjektets struktur, og hvordan man skulle organisere seg lokalt, har vært uklart. Samtidig går det fram av møterefater at denne kommunens representanter på alle gruppenivå har deltatt fra første møte, slik som alle andre.

Den kommunale prosjektdeltagelsen får minst omfang i den største kommunen, fordi man ikke etablerer en lokal prosjektgruppe som har flere deltagere med ulike profesjoner og organisatorisk tilknytning, og fordi man velger å bruke samme deltager i begge prosessgruppene. Kontakten mellom kommunalsjefen og de øvrige to prosjektdeltagerne virker å være begrenset. Når det gjelder mandat har lokal prosjektleder hatt stor frihet innenfor egen kommune, men opplever at det har vært et gap opp til styringsgruppen, og at det har manglet noe på forankring. "Du føler at du jobber veldig alene på mange områder,

men samtidig har vi fått friheten og tilliten, så det går jo begge veier". Man får inntrykk av en relativt løs kobling mellom styringsgruppenivå og prosjekt- og prosessgruppenivå i kommunen i denne fasen. Om de andre kommunene i prosjektet sier lokal prosjektleder: "De hadde hatt lengre tid til å se på omorganisering og en annen strukturbygging. Det var litt utfordrende." Noe av det forklarer hun med kommunestørrelsen, men ser samtidig at en større lokal prosjektgruppe med flere enheter, kunne kompensert for kommunestørrelsen.

Konkretiseringsfasen. Nå skal pasientforløp og gruppedeltagere velges. Jeg har redegjort over for rollebyttet i forhold til prosjektgruppen og prosessgruppen. Så mye mer er det ikke å tilføye om bykommunens aktivitet i denne fasen, annet enn å si litt om begrunnelsen for å velge samme person til å sitte i begge gruppene. Det var begges holdning og et bevisst valg. Kommunalsjefen virker ikke å ha vært involvert i denne avgjørelsen. De var uenig med de andre kommunene som valgte å bruke to forskjellige deltagere ut fra typen diagnose. "Vår deltager lå kanskje gjerne et hestehode foran når man kom i neste forløp. Da kom folk inn og var helt blanke på veldig mange ting, og lurte på hva er min rolle her. Så brukte man jo mye tid på at nå er det en prosess slik og sånn." sier lokal prosjektleder. Samtidig reflekterer lokal prosjektleder rundt hva som var lurt og ikke, hvem skal ivareta prosesskunnskapen i ettertid og kunne veilede eller delta hvis andre forløp skulle dukke opp. De konkluderte ved igangsettelse med at det var bedre å bli god på noe, enn å kunne litt om mere. Når prosessgruppene starter sitt arbeid har deltageren der også deltatt på tre prosjektgruppemøter.

Gjennomføringsfasen. Bykommunen har som kjent hatt samme deltager i begge pasientforløpene. Prosessgruppedeltageren opplevde ikke at rammen og mandatet for oppgaven var tydelig, og hun hadde "forsvinnende lite" kunnskap om prosjektet da hun ble spurt om å delta innledningsvis. Hun deltok ikke på de siste fem møtene i andre prosessgruppe. Det som riktignok må nevnes om den andre gruppen er, at når prosjektleder kommer tilbake fra permisjon i juni, henter hun inn fysioterapeut og ergoterapeut, og etablerer dem som faste medlemmer på de siste møtene. Disse to er ansatt i bykommunen og dermed er kommunen sterkere representert enn den opprinnelige sammensetningen av gruppen tilsa, og litt bredere forankret i egen organisasjon. Disse to er knyttet til opptreningscenteret. De ble ikke tatt med i min intervjuundersøkelse fordi de hadde en avgrenset oppgave og ikke var en del av gruppen fra starten.

Innledningsvis i første prosessgruppe organiserte deltageren et møte for ansatte innen sektoren, der de laget et "gråpapirforløp" for å kartlegge hverdagen i egen organisasjon. Hun rapporterer om god respons på møtet, og på de spørsmål hun har hatt til dem i etterkant. Gråpapirforløpet avdekket en del utfordringer i kommunen, bl.a. når det gjelder effektivitet. På spørsmål om organisering og arbeidsprosess i prosessgruppene, svarer deltageren: "Forvirrende organisering – flere uklarheter. Hva er prosjekt og hva er prosess. Organiseringen virket lite gjennomtenkt i forkant, ble ikke veldig mye klarere underveis" (E-postintervju). Hun karakteriserer kommunikasjonen med lokal prosjektleder som god. Hun synes det har vært lærerikt å sitte i gruppe med kollegaer fra flere kommuner. Kommunikasjonen innad i kommunen mellom de tre nivåene synes hun har fungert ok. På spørsmål om engasjement fra rådmannsnivået svarer kommunal prosjektleder: "Fra det nivået? Hva skal man si, det er vel kanskje der man også føler litt avstand."

Kommunalsjefen svarer på hvordan han har lagt til rette for gjennomføringen av prosjektet, at han "ikke har gjort noe spesielt, bortsett fra å sette det på dagsorden på en del enhetsledermøter og etterspurt det" (Intervju). Deltageren i prosessgruppen er en av få i hele prosjektet (sammen med egen prosjektleder) som svarer at hun visste en del om begrepet pasientforløp på forhånd. Om pasientforløpene som utarbeides synes hun at de har "god kvalitet kunnskapsmessig, men ganske upraktisk å bruke så lenge vi ikke har et elektronisk kvalitetssystem hvor forløpene er lenket til pasientjournal" (E-postintervju). Lokal prosjektleder blir spurt om hvorvidt man hadde utviklet forløp uten dette prosjektet: "Jeg hadde nok kanskje gjort det ja, men innenfor egen enhet. Siste tiden min på sykehuset utarbeidet jeg et par forløp, men mye enklere organisatorisk" (Intervju). Her er det en samforståelse mellom henne og deltager i prosessgruppene, som også tror at man ville ha utviklet pasientforløp, men antagelig ikke diagnoserelaterte. Prosjektleder er mer usikker på om det ellers i kommunene ville blitt utarbeidet pasientforløp. Samtidig sier hun: "Alle har jo et pasientforløp, det er bare å beskrive det."

Når det gjelder prosjektets diagnoserelaterte kurs samt hospitering på sykehus, så deltok det mange fra bykommunen på kursene. Lokal prosjektleder har fått veldig positiv tilbakemelding på disse. Utfordringen for kommunen i følge henne, er å få nyttiggjort seg kunnskapen, få til en "kompetansemobilisering" i ettertid. De hadde ingen som deltok på hospitering, begrunnet med at det ble for vanskelig med vikarer.

Avslutningsfasen. Hvordan har det så gått med implementeringen i denne kommunen? "I startgropa" svarer deltager i prosessgruppen. Hun er usikker på om ansvaret for implementeringen ble fordelt på en god måte. "Vi ser jo at vi skulle jobbet mere med implementeringsbiten fra dag en. Det går på forankring utad i enhetene. Måten vi har organisert tjenestene våre på, og størrelsen vår, er vår svakhet" (Intervju lokal prosjektleder). Ansvaret for implementeringen er nå lagt til enheten for forebyggende og rehabiliterende tjenester og ventes å tas videre derfra. Lokal prosjektleder begrunner det med at: "det ligger mer til deres type tjenester." Og at fysioterapeutene og ergoterapeutene derfra er i kontakt både med hjemmetjenestene og avdelingene i institusjonene i kommunen, og med dag- og hverdagsrehabilitering. Slik får man også plassert ansvaret for den toårige revideringen av forløpene. Hun sier videre at fordi den andre avdelingen jobber praksisnært, kan de spisse forløpet enda mere og passe det mer inn i kommunen. Når det gjelder responsen fra andre ansatte, sier hun at det er en del som syns at forløpene er store. Man har ikke fått hyperlenkene til å fungere i det ene pasientforløpet, og da blir det mye skrolling. Kommunalsjefen har vært opptatt av at man har lagt mye penger ned i utviklingen av et verktøy, og at dette nå må tas i bruk, men avventer hvordan man får det til. Han viser til at det er en stor kommune med mange enheter, som man skal prøve å få til å henge sammen.

Prosjektrelaterte endringer og læringseffekter. Det rapporteres ikke om endringer i bykommunen, som kan knyttes til prosjektet. De endringer som har skjedd, for eksempel at implementeringen av forløpene flyttes til en annen enhet, skyldes at man ikke har fått implementeringen til å fungere, og ikke at man har gjennomført prosjektstimulerte endringer. Det samme gjelder etableringen av et nytt samarbeidsorgan i kommunen. Når jeg etterspør læringseffekt på individuelt eller organisatorisk nivå, er det en interessant tilbakemelding at man syns man har lært mer om hva som ikke fungerer i egen kommune. Man har fått tydeliggjort flaskehalsen i systemet. Ellers trekkes det fram som en læringseffekt, at folk har blitt kjent med selve begrepet pasientforløp. Det å bli kjent med fagfolk fra andre kommuner nevnes også som positivt. Likeledes deltagelse på kursene. At man i sum er betinget positiv til prosjektet går fram av følgende svar på spørsmålet om hva hun har lært gjennom deltakelse i prosjektet: "At god prosjektledelse krever grundig planlegging. At veien blir ikke til mens man går når man ikke vet hvor man skal" (E-postintervju). Kommunalsjefen oppsummerer hva han tenker man har lært:

Når et slikt prosjekt blir såpass stort så har du mindre kontroll på det og hva slags forståelse folk rundt bordet har av begrepene og innholdet av ting. Med egne prosjekt kan man være mere treffsikker både i forhold til mandat og mål i forhold til gjennomføring. Den andre siden er at vi kommunene på forskjellige nivå snakker sammen, jobber sammen, nærmer oss hverandre og forstår hverandre bedre. Det er et bidrag til utvikling av samarbeid/samhandling over kommunegrensene, som man ikke skal kimse av (Intervju kommunalsjef).

Han uttrykker til slutt noen betenkeligheter rundt hvorvidt deltagelse i et så omfattende prosjektet har vært riktig prioritering sett i sammenheng med de utfordringene kommunen har stått overfor.

5.4 Øykommunens gang gjennom prosjektfasene.

Innledningsfasen. Øykommunen var med på informasjonsmøtet som initiativtager arrangerte våren 2010, men kom av ukjente grunner med først i september 2010.

Kommunalsjefen som ble rådmannens representant i styringsgruppen, har ansvar bl.a. for helsesektoren i kommunen. Hun sier følgende om hvorfor kommunen ble med:

Vi hadde en ganske klar strategi på at vi er en kommune som ønsker å samarbeide med andre, f.eks. på prosjekt i innføringen av Samhandlingsreformen. Det var ganske klart kommunisert fra statlige myndigheter at småkommuner ville være for små til å håndtere dette her på egen hånd. Mye var veldig usikkert, og da var vi i hvert fall klar på det at å ha et godt samarbeid med nabokommuner var viktig for oss. Derfor har vi vært med i dette prosjektet her, og på flere andre prosjekt. Vi har stort sett deltatt på de samarbeidsarenaer som finns vi, som har med Samhandlingsreformen å gjøre (Intervju kommunalsjef).

Pasientforløpsbegrepet var ukjent for kommunalsjefen i begynnelsen, men hun forstod "at dette var innenfor et område som var ganske sentralt i Samhandlingsreformen, det med ansvarsfordeling i forhold til pasientforløpet" (Intervju). Hun mener at de var helt bevisste på hva de gikk til, selv om ikke de hadde vært med å utforme prosjektet helt fra starten av, og det har vært støtte i organisasjonen rundt deltagelse i prosjektet. Samtidig har hun tidvis jobbet for å forankre prosjektet nedover i organisasjonen, i prosjektgruppen bl.a. for å motivere og å skape forståelse for at prosjektdeltagelse er en del av jobbhverdagen på linje med de daglige oppgavene, om man har tid og lyst eller ikke.

Etableringsfasen. Det var kommunalsjefen som satte sammen den lokale prosjektgruppen med avdelingsleder på sykehjemmet som lokal prosjektleder. I følge gruppens leder så konfererte de med hverandre om dette. Kompetanse innen sykepleie, medisin, ergoterapi og fysioterapi begrunnet personsammensetningen i gruppen (Intervju). Til avdelingsleders

stilling lå det at hun skulle ha ansvaret for inntaket av pasienter og den slags i forhold til reformen. I tillegg til god oversikt over helse- og omsorgstjenesten, tror hun det var bakgrunnen for at hun ble spurt om å være leder av gruppen. I en lengre periode under prosjektet var kommunen uten både enhetsleder og avdelingsleder for hjemmesykepleien, dermed var prosjektgruppen svært redusert og ble i hovedsak holdt oppe av kommunalsjef og leder av prosjektgruppen. Sistnevnte fikk i denne perioden også ansvar for de funksjonene som falt bort. De hadde bare to møter i perioden, men hadde mye uformell kontakt. Fysioterapeut og sykepleier ble valgt til å sitte i hver sin prosessgruppe. Det er riktignok litt uklart om disse to faktisk var med i lokal prosjektgruppe fra begynnelsen av. Uansett ser det ut som kommunikasjon og samhandling har skjedd i stor grad utenom formelle gruppemøter. I denne kommunen er det meste av kommunens helse- og omsorgstjenester samlet på ett sted. Det forenkler muligheten til uformell kontakt på tvers av avdelingsstrukturer.

Leder av den lokale prosjektgruppen syntes det var vanskelig å fatte prosjektet til å begynne med, men at "lyset gikk opp etter hvert, ganske så fort." Hun opplevde et klart mandat og sier følgende om handlingsrommet hun hadde: Jeg hadde egentlig ganske frie tøyler for hva jeg mente skulle inn og hva vi måtte jobbe med og sånn. Absolutt påvirkningsmulighet" (Intervju). På spørsmål om hun hadde nok tid, svarer hun at de var frikjøpt 20 %, men at det ikke alltid fungerte helt, men hun tok seg tid "..for jeg syntes dette var veldig viktig og veldig spennende ikke minst. Det var mye arbeid ja."

Når det gjelder prosjektgruppen sier hun følgende:

Da vi ble samlet til å begynne med, var vi mange fremmede mennesker som møttes for første gang, og praten gikk jo litt tregt, da. Men vi ble veldig godt kjent. Stemninga i gruppa ble veldig god og det var rom for å komme med ideer. Vi diskuterte hett noen ganger, og vi var både enige og uenig. Vi har lært mye av hverandre (Intervju lokal prosjektleder).

Konkretiseringsfasen. Lokal prosjektleder i øykommunen hadde ønsket å gjennomføre det tredje forløpet før det andre, fordi dette forløpet omhandlet en stor pasientgruppe. Ellers virker det også her å være konsensus rundt valg av pasientforløp. Kommunalsjef og lokal prosjektleder diskuterte valg av deltagerer til prosessgruppene. Kommunalsjefen la noen føringer, bl.a. at deltagerne skulle være fast ansatt med en viss langsiktighet i sin tilknytning til organisasjonen, ha engasjement på fagområdet eller i utviklingsarbeid, og

helst evne å engasjere andre. Hun la til: "Ja, og så var det opp til prosjektlederen å plukke ut videre. Kan ikke drive å detaljstyre." Sykepleieren jobbet på korttidsavdelingen og hadde erfaring med pasientgruppen, og antok at det var grunnen til at hun ble spurt om å være med i andre prosessgruppe. Det ble også i denne kommunen kun tatt interne hensyn ved utvelgelse av deltagere.

Gjennomføringsfasen. Kommunen var i den spesielle situasjon, at to leger herfra påtok seg å delta i hver sin prosessgruppe. Tatt i betraktning det gjennomgående problemet rundt om med å involvere fastlegene, var dette ganske spesielt, og antagelig en ressurs, uten at det konkretiseres i intervjuene. I denne kommunen har jeg bare én respondent fra prosessgruppene. Hun opplevde mandat og ramme for oppgaven som tydelig, men kjente ikke prosjektet spesielt godt, i følge e-postintervjuet. Om prosessgruppen sier hun at det var greit å komme med egne tanker, forslag og løsninger, og "Gruppa jobbet bra sammen og kommuniserte etter min mening stort sett greit. Ikke alle var like aktiv, men slik er det i alle grupper" (E-postintervju). Hun synes det var synd at det ble bytte av prosjektleder i perioden, fordi den som da skulle avslutte ikke hadde helheten gjennom hele prosjektet, men at vedkommende hentet dette raskt inn og fikk fortgang på arbeidet.

Om kommunikasjonen med den kommunale prosjektgruppen, sier prosessgruppedeltageren: "Kunne hatt mer møter, gjennomgang av prosjektene" (E-postintervju), men synes kommunikasjonen med lokal prosjektleder fungerte bra. Respondenten har ingen kunnskap om rådmannsnivåets rolle/tilrettelegging gjennom prosjektperioden. Om kommunikasjonen mellom de tre nivåene i kommunen sier hun:

Kunne til tider fungert bedre, men noe informasjon fra styringsgruppedlem har vi fått. Veldig bra kommunikasjon mellom oss som utfører tjenesten og avdelingsleder. Videre oppover er det ikke så veldig mye kontakt for oss, men avdelingsleder har en del kontakt videre oppover (E-postintervju).

Når det gjelder kollegaenes interesse for prosjektet sier hun: "Noen viste interesse for det, men ikke alle visste/vet helt hva det dreide seg om. Vi har kommet i gang og jobber etter de fleste målene prosessgruppa har satt på jobben" (E-postintervju).

Lederen for den lokale prosjektgruppen har inntrykk av at arbeidet gikk lettere i den andre prosessgruppen, at de hadde lært noe underveis, selv om de hadde to forskjellige deltagere. Hun hadde god mulighet til å følge opp arbeidet i prosessgruppene.

Jeg er mye ute i avdelingen hver dag, jeg sitter sentralt plassert. Dem tar kontakt og jeg tar kontakt, så vi har snakket sammen hele tiden. Så jeg føler at jeg har vært med inn i begge forløpene hele tiden og fått tilbakemelding, Dem har spurt meg om råd og jeg har spurt hvordan det går, hva de gjør nå og sånn, uten at vi avsatte fast tid til det (Intervju lokal prosjektleder).

Hverken hun eller kommunalsjefen registrerer noen kommunikasjonsendring mellom de tre nivåene i kommunen. "Jeg har min sjef som er enhetsleder, men jeg kan også gå direkte på rådmannsnivået" (Intervju lokal prosjektleder). Om ev. tilretteleggelse fra rådmannsnivået sier hun: "Kommunalsjefen har vært med, hun har vært delaktig i dette, så hun vet hva det har gått ut på. Men egentlig har jeg styrt selv."

Når det gjelder kurs og hospitering sier lokal prosjektleder at kommunen har hatt veldig mange på kurs og hospitering fra alle avdelinger og hjemmetjenesten. Korttidsavdelingen er stedet pasientene kommer til, derfor ble alle der sendt på hospitering, minus en. Til andre pasientforløpet ble ikke hospitering like godt fulgt opp.

Det stoppet der, og hvorfor det, har jeg lurt på mange ganger. Det var min oppgave å organisere det hele, men det kokte bort i kålen pga. en travel periode med ferieplanlegging etc. Det var synd (Intervju lokal prosjektleder).

Respondenten fra prosessgruppen er fornøyd med forløpet. På spørsmålet om de ville utviklet egne pasientforløp uten prosjektet, svarer hun: "På en måte, ubevisst, så har man jo pasientforløp i de fleste sykdommer, men ikke standardiserte og at alle gjør det likt." Får man tid til å sette seg inni pasientforløp, er det en god måte å organisere arbeidet på, mener hun.

Avslutningsfasen. Kommunalsjefen sier om tilretteleggelsen for implementeringen av pasientforløpene i øykommunen:

Jeg tenker at vi har på plass noen viktig strukturer i forhold til å få til implementeringen. Og så er det slik at i en sånn type prosjekt vil det ta noe tid. For oss fordi vi er en liten kommune, og fordi at å endre praksis i forhold til et så omfattende forløp, vil ta lengre tid enn 14 dager eller en måned altså. [...] Det at vi har med begge legene oppi dette, som begge vet hva forløpstenkning og metodikken er, de er også sentrale når det skal implementeres, og at vi har med sykehjemslegen, er også viktig. Vi har noen grunnpilarer på plass som gjør at vi greier å implementere dette i hele organisasjonen (Intervju kommunalsjef).

Så langt kan det se ut som om etableringen av forløpene i det daglige arbeidet har kommet i gang, i hver fall på sykehjemmets korttidsavdeling. I hjemmetjenesten derimot, tror ikke

lokal prosjektleder at forløpene er tatt i bruk. Hun involverte dem i forbindelse med gjennomgang av de ferdige forløpene, men så slapp hun taket i dem. Det er ny leder ved denne avdelingen. Respondenten fra prosessgruppen synes at pasientforløp er en god måte å organisere arbeidet på forutsatt at man får tid til å sette seg inn i det. Om hvordan implementeringen har gått, sier hun: "Greit, men i en travel hverdag er det ikke alltid ting går helt som man ønsker." Hun trekker fram at det at leger og ledere på sykehjemmet ønsker å følge forløpene gjør det enklere for de ansatte, og fremmer implementeringen. Lokal prosjektleder synes at implementeringsprosedyren var bedre på det andre forløpet, at man lærte av feil i første runde, og hadde større fokus på andre. De hadde felles informasjonsmøter, og deltager fra prosessgruppen fikk et lite ansvar for å følge opp de ansatte på korttidsavdelingen der hun jobber. Lokal prosjektleder ser ingen direkte sammenheng mellom god implementering og legenes rolle i arbeidet. Ansattes respons har vært positiv. "De ser på det som et godt supplement i behandlingen de skal gi til pasientene. De har fått mye god og ny kunnskap f. eks. om trening med pasienten ved brudd" (Intervju).

På spørsmål om de ville ha utviklet egne pasientforløp uten prosjektet, svarer både lokal prosjektleder og prosessgruppedeltageren, nei. "Jeg tror ikke jeg ville sett behovet uten, men vi ser det jo i etterkant. Og det er en kjent sak at man kjører seg fast i et spor" (Intervju lokal prosjektleder).

Prosjektrelaterte endringer og læringseffekter. Det har ikke skjedd veldig konkrete endringer i kommunen i kjølvannet av prosjektet. Det eneste som nevnes er at sykepleieren fra andre prosessgruppe har fått hovedansvaret for pasienter som kommer inn med den diagnosen. Lokal leder for prosjektet, forteller at man nå jobber mer målrettet med pasientene, uavhengig av diagnose, for at de raskt skal kunne gjenopprette funksjonsnivå, og reise hjem. Oppholdets varighet og mål formuleres nå i innleggingsvedtaket. Er de ikke frisk nok til utskrivelse når datoen kommer, fattes nytt vedtak. Denne nye praksisen henger klart sammen med Samhandlingsreformen, fordi man må få til rullering på korttidsavdelingen. Den henger også sammen med prosjektet, fordi man nå har en plan for hva man skal og bør gjøre, i følge respondenten. Dette kan tolkes som en konkret læringseffekt og mulig prosedyreendring. Prosjekt har også gitt andre læringseffekter i følge respondentene. Lokal leder mener at hun selv har lært masse, ikke minst av å utveksle erfaringer med likesinnede, og at hun vet at prosessgruppedeltagerne mener det

samme. Hun tror at de på korttidsavdelingen som ikke har vært med i prosjektet, har fått økt bevissthet og er blitt mer fokusert på hvordan ting må være. Hun mener også at kommunen har lært noe om interkommunalt samarbeid, som er noe man driver mye med for tida. Kommunalsjefen trekker fram at hun har lært mye om hva som må være på plass for å drive store prosjekt sammen med mange parter. Kommunene lærer noe om hva man kan og må samarbeide om, og hva som kan håndteres selv. Det gir en "samarbeidskompetanse kommunene imellom", som er særlig viktig for de små kommunene, sier hun.

5.5 Landkommunens gang gjennom prosjektfasene.

Innledningsfase. Det var assisterende rådmann som satt i styringsgruppen i denne kommunen. Jeg har ikke intervjuet ham fordi han gikk ut av prosjektet da rådmannen fra initiativkommunen ble ansatt. Den nye rådmannen har begrenset innsikt i de forutgående prosessene i landkommunen. Det blir derfor ingen selvstendige intervjudata fra rådmannsnivå/styringsgruppenivå i denne kommunen. Landkommunen var den første kommunen som ble med i prosjektet. Kommunen er utviklingsorientert, ifølge initiativtager, og ble kontaktet tidlig. Det var her første informasjonsmøte ble holdt våren 2010. Hva slags beveggrunner kommunen hadde for å bli med, går ikke fram av mine data.

Etableringsfasen. Ass. rådmann gikk også inn i lokal prosjektgruppe en periode. Det var rådmannen og leder i helse- og omsorg som bestemte gruppens sammensetning, og som etter hvert ba avdelingsleder ved sykehjemmet om å bli leder i prosjektgruppen. Ved årsskiftet 2010/2011 blir gruppen etablert. På samme måte som for de andre lokale prosjektlederne, var det også her uklarheter rundt roller, og hvem som skulle delta i prosessgruppen eller i prosjektgruppen. "Det var litt vagt hva min rolle skulle være. Det var litt mye sånne begrep som ikke har vært brukt før., og hva var den enkeltes jobb oppe i dette" (Gruppeintervju). Hun er enig med landkommunens representant i gruppeintervjuet, som opplevde at "dette var nærmest svaret på Samhandlingsreformen". I den lokale prosjektgruppa har de månedlige møter i startfasen. Aktiviteten reduseres til tre møter i 2012. På spørsmål om tid og mulighet til å påvirke var svaret:

Du måtte finne tid innenfor den eksisterende tiden du hadde, for det var ikke noen oppgaver som ble løftet av deg for å kunne jobbe med dette. Mesteparten av endringene som har skjedd har jo skjedd innad på sykehjemmet som jeg var leder for, så jeg kunne bestemme selv om jeg kunne bruke tid på dette (Gruppeintervju).

Konkretiseringsfasen. I gruppeintervjuet kom man lite inn på den lokale prosessen rundt valg av diagnoser. Prosessen med å velge ut deltagere til prosessgruppene skjedde ved at lokal prosjektleder sendte ut e-poster og "oppfordret avdelingslederne til å sjekke ut med sine. Det gikk på interesse. Det var vanskelig å få noen særlig respons egentlig" (Gruppeintervju). Kriterier for deltagelse var at de skulle ha lyst, være endringsvillig, ha interesse og ønske å lære noe nytt. "Vi gikk og spurte direkte på personene, det var slik det ble gjort til slutt" (Gruppeintervju). Den ene prosessgruppedeltageren opplevde det slik:

Ble kalt inn på avdelingsleders kontor hvor jeg fikk høre om prosjektet, og at hun har sendt ut forespørsel og ikke fått noe positiv tilbakemelding. Jeg kunne få lov hvis jeg ville (siden ingen andre ville...) (E-postintervju).

Gjennomføringsfasen. Den lokale prosjektgruppen kaller seg etter hvert arbeidsgruppen, og man endrer på gruppesammensetningen når utviklingen av forløpene begynner.

Vi bestemte i gruppa å gjøre den om da vi kom til selve utformingen av forløpene. Da syntes vi at det var mer logisk at det var med representanter fra de ulike faggruppene som skulle jobbe med forløpet. Da gikk noen fra overordnet nivå ut av gruppa og så kom det fagpersoner inn i stedet. [...] Dette fungerte best på det første forløpet, tror jeg. De var med en del på innsamling av data og slikt der, og ble brukt av prosessveileder. På andre forløpet var det mer sviktende i forhold til å få samlet folk, og jeg tror ikke de bidro så mye med å skaffe informasjon heller (Gruppeintervju).

På spørsmål om det var vanskelig å kommunisere til prosessgruppedeltagerne hva de gikk til, svarer lokal prosjektleder: "Jeg var usikker på min jobb i dette her, det ble litt formidlet videre, vi var litt usikre alle mann før vi begynte med forløpene. Det var da det løsnet.." (Gruppeintervju). Kommunikasjon oppover med lokal prosjektleder oppleves som god av begge prosessgruppedeltagerne. Når det gjelder kontakt med den lokale prosjektgruppen var kontakten kun gjennom leder, i følge deltager i første prosessgruppe. Her er det med andre ord litt divergerende syn, alternativt husker man forskjellig. Deltageren i andre prosessgruppe bekrefter at det var vanskelig å samle alle sammen, og at det også var vanskelig å få svar på spørsmål via e-post. Når det gjelder respons fra kollegaene sine har de helt ulik opplevelse. "Lite interesse fra de andre. (Kommentarer som: borte nå igjen...?)", svarer deltager fra gruppe en, mens deltager fra gruppe to svarer ubetinget ja på om det har vært kollegial interesse. Det kan kanskje bety at interessen har vært økende i kollegiet, eller at det har tilflytt dem mer informasjon. Samtidig sier leder for lokal prosjektgruppe:

Begge prosessveilederne har opplevd at det har vært veldig liten etterspørsel i den menige masse og likedan i den øverste ledelsen. [...] Jeg synes egentlig personalgruppen var delt i to, som det generelt er med det meste. Når det er endring på gang er det ei gruppe som er interessert og etterspør, og ei gruppe som ikke engasjerer seg og håper at man slipper borti det (Gruppeintervju).

Deltager i første prosessgruppe deltok både på metodekurset og fagkurset, og hadde, i følge henne "grei nok" forståelse av mandat og ramme for oppgaven. Deltager i andre gruppe svarer klart ja på spørsmålet. Hun sier ikke noe om hvorvidt hun deltok på kurs. Begge opplevde at det var rom for ideer og stor takhøyde i gruppene sine. De var mer kritiske til organiseringen av arbeidet i gruppene, og syntes at prosjektleders evne til å strukturere arbeidet var varierende. "Viktig hvilke modus prosjektleder var i. [...] Kunne kanskje fordelt arbeidet mer med hjemmelekser for å være litt mer produktive" (E-postintervju). Begge var samtidig godt fornøyd med gruppen sin og opplevde det som lærerikt å høre hvordan andre kommuner løser sine oppgaver, samt å få utveksle erfaringer. "Kjempekjekt, en kan se at en ikke har det så verst likevel" (E-postintervju).

Ingen av deltagerne i prosessgruppene har sett noe til at rådmannen har tilrettelagt for prosjektet på noen måte.

På meg virker det som at prosjektleder har hatt frie tøyler i den forstand at hun har gjort det hun har følt har fungert. Ingen rådmann til stede ved framlegg, men de har vel fått det framlagt på "sine" møter (E-postintervju).

De har kun forholdt seg til sin avdelingsleder og har ikke inntrykk av at det har skjedd noen endringer i kommunikasjonsmønstre hva gjelder hyppighet, tema eller lignende. Om hvordan leder for lokal prosjektgruppe har opplevd interessen fra rådmannen, sier hun: "Vi har arvet interessen fra initiativkommunen (med ny rådmann), jeg har vært heldig. Så jeg har vel kanskje mer pådriver nå enn jeg hadde tidligere. Nå blir det etterspurt" (Gruppeintervju). Samtidig forteller hun at tidligere rådmann hadde informasjonsmøter med eldrerådet og at begge har orientert politikerne i ulike sammenhenger. I tillegg til interne diskusjoner i det daglige, har det vært informert en del om prosjektet på etablerte arenaer som avdelingsmøter, tverrfaglige møter, personalmøter (Gruppeintervju).

På spørsmål om det har skjedd en kunnskapsoverføring fra prosjektet til kommunen, svarer en av prosessgruppedeltagerne at det var "helt klart en kunnskapsberikelse å ha deltatt i dette prosjektet. Det at så mange deltok på kursene var veldig bra." Deltageren fra den

andre prosessgruppen svarer: "Har jo fått forløpene, noe usikker på om disse vil bli aktivt brukt." Det ble gjennomført hospitering på sykehuset knyttet til første forløp, ikke til det andre. Om hospiteringen sier deltager fra første prosessgruppe: "Ser at vi har det bra der vi er, pluss at en ser at vi gjør mesteparten av jobben i forhold til rehabilitering i kommunen" (E-postintervju). Om kursene sier de: "Fagkurs har vært kjempepositivt." "Bra at mange fikk delta, flere sitter nå med samme kompetanse."

Når det gjelder hvor fornøyd de er med pasientforløpene, sier deltageren fra den første gruppen at hun ikke er helt fornøyd med sitt forløp fordi rehabiliteringsplanen de brukte mye tid på, ikke er kommet inn i journalsystemet og er derfor tungvint å bruke (E-postintervju). Deltageren fra andre prosessgruppe er fornøyd med eget pasientforløp, men sier om det første forløpet at det skulle omhandlet brudd generelt, og ikke vært så spesifikt om en type brudd. Om hvorvidt bruk av pasientforløp er en god måte å organisere arbeidet på, svarer hun at da må de forenkles. De må settes inn i system slik at de blir enkle å bruke. Den andre deltageren ser på dem som en annen måte å skrive prosedyre på. Hun tror ikke kommunen ville laget egne forløp uten prosjektet.

Avslutningsfasen. Det ble holdt to korte presentasjoner for de ansatte med en gang forløpene var ferdige, der ca. 40 personer var til stede på hvert møte. Leder for prosjektgruppen planla møtene og deltagerne fra prosessgruppene presenterte forløpene. Det går ikke frem hvilken rolle de andre medlemmene i den lokale prosjektgruppen tok, og hvordan de engasjerte seg i implementeringen av forløpene. I følge den ene prosessgruppedeltageren var det oppmøteplikt på informasjonsmøtet, men at det har vært få pasienter innlagt med diagnosene, slik at forløpene er blitt lite brukt. På spørsmål om hva som kan ha fremmet implementeringen svarer den ene prosessgruppedeltageren: "Positivt at prosjektleder er vår avdelingsleder og prosessveilederne er ansatte ved sykehjemmet." Slik jeg tolker dette utsagnet så dreier det seg om nærhet mellom deltagerne på de to gruppenivåene, og det at de jobber på sykehjemmet dit pasientene kommer. Hun synes at implementeringsansvaret har vært fordelt på en god måte. Den andre prosessgruppedeltageren svarer ikke på spørsmålet.

Prosjektrelaterte endringer og læringseffekter. Ingen av respondentene kan vise til endringer i kommunen som kan knyttes til prosjektet. Når det gjelder læringseffekt har begge prosessgruppedeltagerne opplevd personlig læring. Det viser utsagn som: "Lært å

"hive" meg ut i nye utfordringer. Har lært at vi er flinke i jobben vår i vår kommune også."

"Syns det har vært lærerikt å være med i prosjektet. Jeg personlig sitter igjen med mye kunnskap." Når det gjelder hva de tror kommunen har lært sier de: "Hm, tror dette er bare nok et prosjekt som de har kommet seg gjennom etter å ha fått tildelt midler." Og: "Er mere usikker på om kommunen sitter igjen med noe etter dette."

Lokal prosjektleder trekker fram nettverket som er etablert og at dette også kan brukes på andre områder. Tilbakemeldinger hun har fått fra prosessgruppedeltagerne tyder på det samme. Om mulige endrings- eller læringseffekter, sier lokal prosjektleder:

Dette er jo ei endring som er positiv i utgangspunktet. De fleste endringene som vi er berørt av har jo økonomisk årsak, men det her er jo endring for at kvaliteten skal bli bedre. Så det er kjempepositivt. Jeg tror at det er mange som har hatt utvikling gjennom prosjektet, både vi og prosessveilederne (Gruppeintervju).

Når jeg spør om de kommer til å lage flere forløp svarer hun at prosessgruppedeltageren fra første forløp har noen tanker om å utvikle diagnoseuavhengige pasientforløp.

Bakgrunnen for det er et forløp som ble presentert på sluttkonferansen, fra et helt annet prosjekt. Det hadde en annen innretning og tankegang og var knyttet konkret til hjemmetjenesten. Dette ble mange nysgjerrige på.

5.6 Randkommunens gang gjennom prosjektfasene.

Innledningsfasen. Randkommunen var den tredje kommunen som kom med i prosjektet. Det var rådmannen som satt i styringsgruppen fram til rådmannsskiftet i 2012. Da gikk den nyansatte rådmannen inn i hans sted. Av den grunn har jeg heller ikke i denne kommunen intervjudata fra rådmannsnivået, og har derfor begrenset innsyn i hvorfor kommunen valgte å bli med i prosjektet. Det er allikevel verdt å minne om disse tre kommunenes samarbeid om legevaktordning, som fungerte som "en naturlig faglig plattform" (Intervju initiativtager), og derfor allerede hadde en samarbeidsrelasjon.

Etableringsfasen. Rådmannen pekte ut leder for helse og omsorg som leder av den lokale prosjektgruppen. Hun sitter i rådmannsteamet og var dermed et nivå høyere plassert enn de andre lokale prosjektlederne. Hun fikk ansvar for å sette sammen den kommunale gruppen. Gruppen rapporteres etablert på styringsgruppemøtet i januar 2011. Den hadde mange møter i 2011, men når prosessgruppene starter arbeidet dabbet det av. Gruppen brukte mye tid i begynnelsen på å forstå hva dette var, og gruppemøtene ble også en arena for å drøfte

andre tema. Forventingene til prosjektet var store. Det var informert om prosjektet både politisk og på personalmøter.

Rådmannen var veldig frempå i forhold til at vi var med på dette. [...] Dette kommer en eller annen gang og skal forandre hele hverdagen vår på et eller annet vis, ikke sant. Og det var noe av det samme i Samhandlingsreformen også, det var så stort at hvordan skulle en greie å forberede seg på noe sånt "(Gruppeintervju).

I begynnelsen hadde gruppen deltagere fra psykisk helse fordi "vi snakket helhetlig pasientforløp, og da tenkte vi hele mennesket, og det er bestandig en psyke med der. Men det ble en sidevei" (Gruppeintervju). Lederen ansatte en stedfortreder i 20 % slik at forutsetningene om frikjøp kunne iverksettes. Hun er så langt jeg vet den eneste lokale gruppelederen som faktisk realiserte et konkret frikjøp.

Konkretiseringsfasen. Når det gjelder valg av diagnoser, virker dette ikke å ha vært konfliktylt i kommunen. Det sies i hvert fall ingenting om det i gruppeintervjuet. Det ser ut til at det er den lokale prosjektgruppen som velger deltagere til prosessgruppene. Fysioterapeut velges til bruddforløpet og sykepleier til det neste forløpet. Fysioterapeuten satt i kommunens prosjektgruppe, hadde lang faglig erfaring og hadde jobbet i prosjekt tidligere. Hun deltok på metodekurs og fagkurs. På spørsmål om hvorfor og hvordan hun ble valgt, svarte hun: "Ble forespurt, takket ja. Kanskje ikke så mange i kommunen å velge mellom på det aktuelle tidspunktet?" (E-postintervju). Sykepleieren i neste prosessgruppe hadde ingen tilknytning til prosjektet, men hadde mulighet til "å hente ut litt informasjon fra fysioterapeuten", i følge lokal prosjektleder. På samme spørsmål som over, svarer deltager i andre prosessgruppe: "Ble plukket ut av ledere. Vet ikke hvorfor, men ikke så mange å velge i kanskje?" (E-postintervju). Til tross for så ulik bakgrunn og tilknytning til prosjektet, så har de samme oppfatning av hvorfor de ble spurt, nemlig at det var få å velge mellom, ikke pga. deres faglige interesse, erfaring etc.

Gjennomføringsfasen. Nå er prosessgruppene i gang, og den lokale prosjektgruppens møteaktivitet opphører i denne perioden. På spørsmål om mandat og ramme rundt oppgaven var tydelig, svarte fysioterapeuten: "Ja, ble mer tydeliggjort underveis." Sykepleieren i gruppe to sa: "Ble det etter hvert, men visste ikke hva jeg gikk til da jeg ble spurt og svarte ja" (E-postintervju). Om hvordan de gikk frem for å innhente informasjon og kunnskap, svarte deltager i første prosessgruppe:

Brukte mye opparbeidet kunnskap gjennom 30 års arbeid i kommunene, brukte også kunnskap og erfaring fra tidligere prosjektarbeid (samarbeid mellom tre kommuner på nittitallet) med utarbeiding av tiltaksplaner og rehabilitering. Innhentet innspill fra sykehjem, hjemmetjeneste og lokal prosjektgruppe om eksisterende rutiner m.m. (E-postintervju).

Den andre deltageren brukte mye internett, men opplevde lite respons fra medarbeidere og fastlege. Hun synes prosessgruppen var en nyttig arena for diskusjon og refleksjon underveis. Hun hadde ingen tilknytning til den lokale prosjektgruppen, og når den også blir sovende i denne perioden, er ikke de tilgjengelig på samme måte for henne. Hun følte at et stort press på avdelingen pga. bemanningsproblemer, reduserte anledningen til å bruke den tiden hun trengte. Om arbeidsprosessen i gruppene sier første deltager at det var "litt famlende i starten, flere som ikke visste hva prosjektet gikk ut på og hvilken rolle de skulle ha" (E-postintervju). Utover det synes hun det var en grei prosess med rom for å teste ut egne tanker og ideer. Dette støttes også av deltageren i andre gruppe. De er begge i hovedsak fornøyd med organiseringen av arbeidet i gruppen.

Kommunikasjonen med den lokale prosjektlederen var god for fysioterapeuten sin del, men sykepleieren i den andre prosessgruppen "Følte at den lokale prosjektlederen stort sett prioriterte andre ting for sin del. Overlot mye av ansvaret til oss i prosessgruppene" (E-postintervju). Når det gjelder kommunikasjon med den lokale prosjektgruppen svarer deltager fra første gruppe: "Grei, det var ikke alle i gruppa som var like motivert/engasjert." Den andre svarer: "Kunne vært bedre, men hadde noe kommunikasjon." Begge opplevde kommunikasjonen i sin prosessgruppe som god. "Opplevde gruppearbeidet, særlig mot slutten som veldig bra. Engasjerte og flinke folk!" sier deltageren i den andre gruppen.

Blant kollegaene var interessen som "man kunne forvente" sier den ene gruppedeltageren, og den andre svarte: "Enkelte viste interesse, men det var vanskelig å få forståelse for at pasientforløpene var noe som skulle implementeres i vårt daglige virke. Ble litt oversett i en travel hverdag" (E-postintervju). Om kontakten opp til rådmannsnivået svarer deltager fra første gruppe: "Det har vært skifte av rådmann i perioden. Føler kanskje ikke at dette prosjektet har vært det som har vært mest vektlagt i en periode med mye nedskjæring og omstilling, naturlig nok" (E-postintervju). Den andre deltageren opplevde "avtroppende rådmann som veldig engasjert. Hadde et par lange samtaler med ham om temaet".

Om kommunikasjonen mellom de tre nivåene i kommunen tror første deltager at det har fungert greit mellom rådmanns- og mellomledernivå, men sier at kommunikasjonen mellom mellomledernivå og tjenesteutførere har vært kritisert. Dette siste bekreftes også av den andre deltageren. Hun synes at "ledelsen tok lite ansvar for informasjon til de ansatte", uten å spesifisere hvilket ledelsesnivå, men jeg forstår henne dit hen at det gjelder mellomledernivået særlig. Første prosessgruppedeltager har sett endringer i etterkant, men tror det er mer på grunn av medarbeidersamlinger enn prosjektet. Den andre vet ikke, hun har skiftet jobb i mellomtiden.

Det at lokal prosjektleder satt i rådmannsteamet ga nærhet til rådmannen, men avstand til det praksisnære feltet. Hun opplevde derfor god kommunikasjon på rådmannsnivået, "der informerte både jeg og rådmannen de andre i teamet." Om kontakten nedover sier hun: "Det er der jeg føler at jeg falt mest ut fordi jeg ikke var der i det daglige. Jeg vet egentlig ikke hvor "hot" dette temaet var der" (Gruppeintervju). Som leder for sektoren har hun ansvar for planverket. Der har hun lagt inn det å få til helhetlige pasientforløp, som en del av målene. Slik ivaretas rollen som kommunikasjonssentral i hennes tilfelle, men som hun sier: "Det er informasjon til politikerne, likedan skal jeg rapportere [...] men det er klart, det blir på et sånn overordnet nivå. Jeg har ikke kontakt med dem som utøver jobben" (Gruppeintervju).

Fagkursene opplever begge prosessgruppedeltagerne som gode. "En bekreftelse på at det man driver med ikke er helt utdatert." Og: "Når ut til mange. Bra innhold". Om hva de visste fra før om pasientforløp sier de: "lite" og: "ingenting". De er fornøyd med pasientforløpene, men første deltager er ikke fornøyd med "tilgjengeligheten til dem i vårt datasystem:" Ingen av dem tror at man ville ha utviklet pasientforløp uten prosjektet. Hvorvidt pasientforløp er en god måte å organisere arbeidet på, er deltageren fra den andre gruppen usikker på, fordi man ikke har fått prøvd dem ut. Deltageren fra første gruppe:

Er blitt litt tvilende til at man i en kommune kan nyttiggjøre seg så godt pasientforløp knyttet til spesielle diagnoser. Syns det var veldig interessant det forløpet som ble presentert på sluttkonferansen, knyttet til hjemmetjenester" (E-postintervju).

Avslutningsfasen. Fysioterapeuten fra første prosessgruppe "Tror kanskje ikke at pasientforløpene blir veldig mye brukt" (E-postintervju). Selv bruker hun "rehabiliterings-

og oppfølgingsplanen i samarbeid med korttidsavdelingen/hjemmetjeneste." Ingen av dem har særlig innblikk i eller syn på hvordan implementeringsarbeidet er gjennomført. Det at forløpene ikke er integrert i fagprogrammene, fremheves som en hemmende faktor fordi de må hentes fram spesielt. Den lokale prosjektgruppen har falt bort nesten i sin helhet fordi folk har sluttet. I hovedsak er bare leder og fysioterapeut fortsatt med. Lederen i gruppa sier: "Jeg føler at den etterspørselen, at prosjektet lever på en måte, jeg føler at eierforholdet til det har falt litt vekk. Det er kjempesårbart" (E-postintervju). Hun oppsummerer litt hvordan kommunikasjon om og implementering av pasientforløpene har fungert:

I ettertid ser jeg at vi var flinke første året til å informere overordnet og utad, hva vi gjorde for å møte Samhandlingsreformen, for det var det det var snakk om. [...] så selve prosjektet hadde vi informert om, men implementeringen av forløpene, det som de skulle bruke som arbeidsmetode, da begynte det å dabbe av (Gruppeintervju).

Prosjektrelaterte endringer og læringseffekter. Heller ikke i randkommunen kan det vises til konkrete endringer som kan knyttes til prosjektet. Men deltager i første prosessgruppe ser noen effekter: "Klar adresse i kommunen for sykehuset ved utskrivning av pasienter. Innspill til organiseringen av korttidsplasser, innspill til arbeidet for vedtaksteamet" (E-postintervju). Når det gjelder læringseffekter hentes kursene og hospiteringen fram som eksempel på kunnskapsoverføring fra prosjektet til kommunen. Likeens selve arbeidet med forløpene, og at disse kan være en kunnskapsbase for de ansatte. Personlig rapporterer de to prosessgruppedeltagerne at de har lært om måter å jobbe på, lært av andres erfaringer, gitt refleksjon rundt samhandling og sett sammenhenger/mangel på sammenhenger i det de ulike fag i en kommune tilbyr pasienter.

5.7 Oppsummering etter gjennomgang av funn

Empiriske funn har så langt ikke vist tydelige tegn på at prosjektet har bidratt til å utvikle bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatoriske endringer i kommunene av mer strukturell art. Man kan se på selve forløpet som en metode for kunnskapsdeling, men det blir en ganske avgrenset metode og mer å regne som en bruksanvisning. Det er derimot tydelig uttrykt av mange, at prosessen med å utvikle pasientforløpene har vært lærerikt på individnivå. Man kan se at det har foregått en kunnskapsforvandlingsprosess som langt på vei har SEKI-prosessen kjennetegn. Det gjelder særlig horisontalt på de to nederste gruppenivåene i selve prosjektet. Hva som skjer i den enkelte kommune i så måte, må jeg

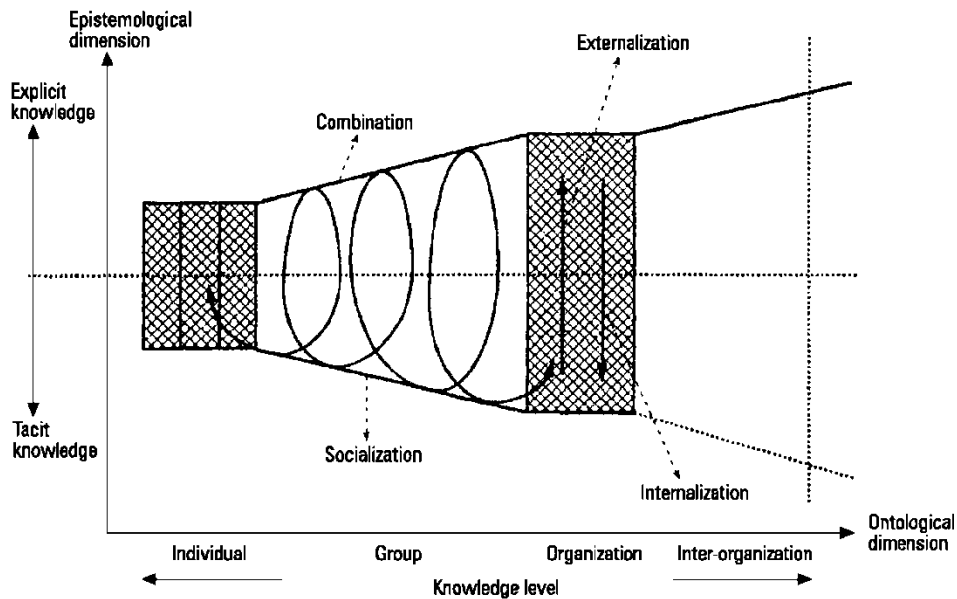
komme nærmere tilbake til i analysen, men her er det færre spor å se av det samme. Når det gjelder læringssyklusen langs den ontologiske dimensjonen, er det vanskeligere å se tegn på at samme type kunnskapsutveksling har skjedd. Det gjelder særlig i prosjektet, men også langt på vei i kommunene. De lokale prosjektlederne vet for eksempel lite om hvordan man utvikler pasientforløp. Enda mindre vet medlemmene fra styringsgruppen om dette. Vi ser allikevel noe informasjonsutveksling i styringsgruppen som må tolkes nærmere for å se om dette er mer enn nettopp bare utveksling av informasjon. Selve pasientforløpene fremheves som eksempel på at det er skapt ny kunnskap i prosjektet som er overført til kommunene. På styringsgruppenivå nevnes det også at man har lært mer om det å delta i prosjekt. En læringseffekt som gjentas av deltagere fra alle tre gruppenivå, er at man har lært mer om hverandre og om hva som skjer i de ulike kommunene. Man ser at deltagelsen i seg selv har gitt interessant innsyn. Ellers er det få endringer å spore i form av nye rutiner og organisatoriske strukturer, men det er viktig å minne om at det ennå er tidlig i implementeringsfasen, og at læring og endring er tidkrevende prosesser.

6 Analyse av prosjektet og eierkommunene

6.1 Premisser for analysen

Jeg ønsker altså å studere om det har skjedd en organisatorisk kunnskapsbyggende prosess i kommunene gjennom deres deltagelse i samhandlingsprosjektet. Selve prosjektet og premissene som legges for arbeidet her er interessant i seg selv, og ikke minst i forhold til hvordan det påvirker kunnskapsoverføringen fra prosjektet og over til den enkelte kommune. Jeg vil med utgangspunkt teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner, undersøke om ledelsen har sikret at teoriens nødvendige vilkår for å fremme kunnskapsbygging har vært til stede, og om man kan registrere endringer utledet av nyutviklet kunnskap. Det gjelder ikke bare målbar læringseffekt i form av nye tjenester eller rutiner, men særlig om kommunene har lært mer om å være en lærende organisasjon. I hovedproblemstillingen spør jeg: *Har samhandlingsprosjektet bidratt til at eierkommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring?* I analysen må jeg da, som det står i de tre delproblemstillingene, undersøke *samhandling og mulig kunnskapsdeling vertikalt og horisontalt i prosjektet*, jeg må se *om det er skapt ny kunnskap, i eller gjennom prosjektet til kommunene, hvordan og av hvem*, og i følge tredje delproblemstilling må jeg se *om kunnskapsdelingen har gitt resultat i form av endringer i rutiner og organisatoriske strukturer i kommunene*.

Spiralmodellen (figur 6.1) for organisatorisk kunnskapsbygging, slik den ble presentert i "The Knowledge Creating Company" i 1995, oppsummerer det teoretiske rammeverket. Den har i seg spiralen som viser SEKI-prosessen med deling og overføring av taus og eksplisitt kunnskap langs den epistemologiske aksene. Samtidig viser den hvordan den samme spiralen beveger seg langs den ontologiske aksene fra nivå til nivå, slik at det også skjer en interaksjon og forsterking av kunnskapen til gruppe og organisasjon. Modellen visualiserer hovedprinsippet i teorien som ligger til grunn for analysen. I tillegg er organisasjonsdesign og ledelsesmodell viktige forutsetninger for å bygge kunnskapsskapende organisasjoner, og må tas med i analysen. Målet er å foreta en helhetlig, komparativ analyse av casene som i sin tur skal svare på problemstillingene. Da må jeg se på kommunene, på hvilke variabler som kan beskrive og forklare hver



Source: Nonaka & Takeuchi, 1995 : 73

Figur 6.1 Spiral of organizational knowledge creation

kommune som en helhet, og samtidig se på relasjonen mellom prosjektet og kommunene som en enda større helhet (Repstad 2007).

For å få en tjenlig struktur på analysen, til hjelp både for meg og leseren, har jeg laget en tabell som viser hvordan jeg vil gå til verks (Tabell 6.1). Som det går frem av tabellen, lar jeg femfasemodellen være grunnstrukturen. I kolonnene for hver fase har jeg lagt inn de variablene som hører til. Dette danner utgangspunktet for analysen av casene.

	Fase 1.	Fase 2.	Fase 3.	Fase 4.	Fase 5.
Femfase-modellen:	Dele taus kunnskap	Utvikle begrep og konsept	Rettfærdiggjøre begrep/konsept	Utforme arketyp /prototype	Forsterke, gjøre kunnskapen tverrfaglig
SEKI-modellen:	<u>Sosialisering</u>	<u>Eksternalisering</u>	-----	<u>Kombinering</u>	<u>Internalisering</u>
5 vilkår:	Intensjon	Autonomi, nødvendig variasjon, fluktuasjon og kreativt kaos, redundans	-----	Nødvendig variasjon, redundans	Autonomi, intern fluktuasjon, redundans og nødvendig variasjon
Prosjekt					
Kommuner					

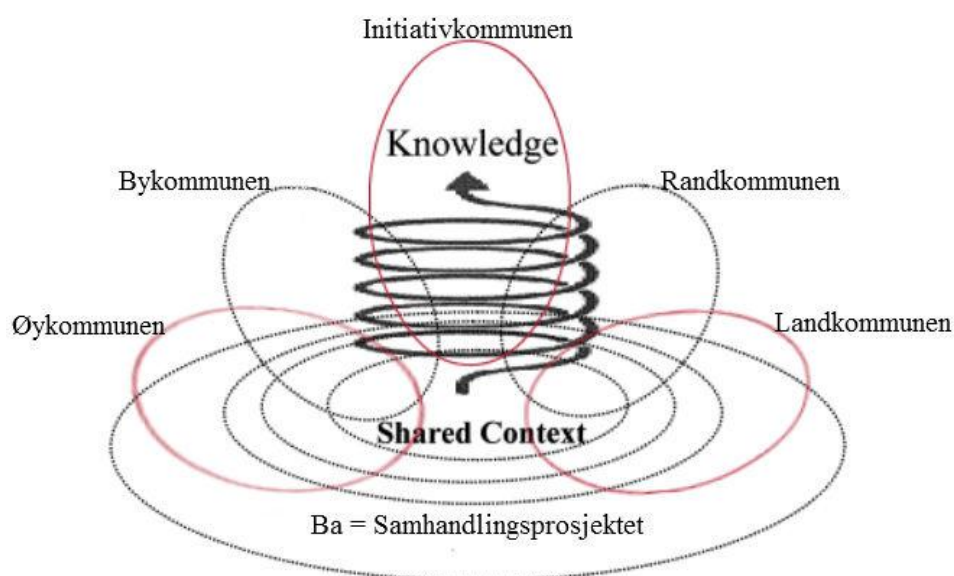
Tabell 6.1 Analysestruktur med utgangspunkt i femfasemodellen.

I kommunene vil jeg også undersøke hvordan strukturelle trekk og type ledelsesmodell har hemmet eller fremmet en mulig utvikling av en kunnskapsbyggende organisasjon.

Utgangspunktet er *hypertekstorganisasjonen* og *middle-up-down modellen*.

I hypertekstorganisasjonen kan prosjektet ses på som topplaget (Project-team layer), som er satt sammen av aktører fra bl.a. de fem kommunene. Hver kommune er en basisorganisasjon (Business-system layer), som har etablert ulike prosjekter, bl.a. dette. De henter deltagerer til prosjektgruppene fra egen organisasjon. Deltagerne skal tilbake igjen til sine basisorganisasjoner etter endt oppdrag, og avleirer underveis sin nye kunnskap i kunnskapsbasen (Knowledge-base layer).

Kunnskap må skapes i en kontekst (Nonaka og Teece 2001, 21). Uten kontekst har man kun informasjon. *Ba* er et uttrykk for slik kontekst. "*Ba* er først og fremst et felles rom som tjener som grunnlag for utvikling av kunnskap, og det blir ofte definert som et nettverk av samhandling" (Krogh, Ichijo og Nonaka 2000, 203). Samhandlingsprosjektet kan leses som kommunenes *Ba*, og er den konteksten deltagerne har felles og som skal legge til rette for kunnskapsdeling. *Ba*, altså prosjektet, danner rammen rundt arbeidet som deltagerne fra kommunene skal utføre. *Ba* samler deltageres erfaringer og utfordringer gjennom å tilby en kontekst man kjenner og som avgrensner tid og rom for å jobbe med kommunenes utfordringer. Denne konteksten er også et fleksibelt sted som påvirker og blir påvirket av dets deltagerer.



Figur 6.2. Samhandlingsprosjektet som kommunenes *Ba*. Med utgangspunkt i modellen "*Ba as shared context*" (Nonaka og Teece 2001, 21).

Jeg har med utgangspunkt i modellen "Ba as shared context" i Nonaka og Teece (2001, 2), utarbeidet denne modellen (figur 6.2) for å visualisere relasjonene mellom kommunene og deres forhold til Samhandlingsprosjektet. Modellen synliggjør hvordan prosjektet er fundamentet og drivkraften i denne studien, for en mulig kunnskapsbyggende spiral i kommunene. Samtidig viser modellen hvordan kontakten og interaksjonen mellom kommunene også er en del av *Ba*, og derfor en viktig kontekstuell forutsetning for den enkeltes kunnskapsutvikling.

Nonaka og Takeuchi (1995) er opptatt av at prosessen med å utvikle kunnskapsbyggende organisasjoner gjerne består av mange læringssykluser der den ene leder til den neste.¹ Oftest ser man at bare siste syklus kommer til internaliseringen som finner sted i femte fase i femfasemodellen. Det er i denne fasen at andre grupperinger i organisasjonen plukker opp erfaringer de ser i andre avdelinger. Det fører til læring og ny utvikling i nye avdelinger og sektorer. En slik tilnærming kan også brukes på min studie. Initiativtager tar utgangspunkt i intensjonene og begrepene i Samhandlingsreformen og utvikler en ide (Grand Theory), som hun må samarbeide med andre om for å realisere. For lederen i denne kommunen starter det en læringssyklus mye tidligere enn for de andre kommunene. Denne prosessen fra ide og fram til prosjektstart kan ses som en separat læringssyklus i hovedsak på ledernivå. I femfasemodellen vil første fase være når utfordringene, altså reformen, registreres, og dette holdes opp mot hvordan man forstår egen virkelighet, og man prøver å forstå hva dette innebærer (Sosialisering). I andre fase identifiseres viktige begrep og konsept i reformen som man skjønner kan være hensiktsmessig å bruke, og man tar disse i bruk (Eksternalisering). I tredje fase utarbeides det en projektskisse som kombinerer den nå eksternaliserte kunnskapen om egne behov og utfordringer og den kunnskapen man har fått om reformen. Det må også sikres riktig sammensetning av eiere og samarbeidsparter. Fjerde fase betyr at de får aksept og legitimering for konseptet sitt når prosjektsøknaden innvilges (Kombinering).

Denne læringssyklusen legger viktige premisser for læringssyklus nr. to, som er selve prosjektet og som vil gjennomgås i kapittel 6.2. Den tredje læringssyklusen blir prosessen

¹ I Nonakas og Takeuchis (1995) praktiske tilnærming til teorien bruker de bl.a. utviklingen av brødbakemaskinen fra Matsushita til å illustrere dette. De identifiserer tre læringssykluser som hver involverer ulike folk og avdelinger. I første syklus skapes en ide og første maskinforslag lages. I andre syklus utvikles maskinen ytterligere. I tredje syklus kommersialiseres maskinen, kunnskapen internaliseres og prosesserfaringene tas i bruk i av andre divisjoner i konsernet.

knyttet til involvering og implementering i kommunene. I denne syklusen vil vi kunne se hvorvidt kommunene kom til siste fase i femfasemodellen, nemlig internaliseringen. Jeg vil nå med utgangspunkt i følgende faktorer: SEKI- prosessen, femfasemodellen og de fem muliggjørende vilkår, samt organisasjonsdesign og ledelsesmodell, først analysere prosjektcasen, som her blir andre læringssyklus, for deretter å analysere de fem kommunecasene sett under ett. Det blir tredje syklus. Første syklus får ikke en grundigere gjennomgang enn den som er gitt så langt gjennom presentasjon av empirien og det som er redegjort for over.

6.2 Prosjektet og teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner

Til forskjell fra kommunene skal ikke prosjektet legge til rette for nye læringsspiraler i egen organisasjon etter endt oppdrag, ganske enkelt fordi organisasjonen da oppløses. Femfasemodellen blir derfor ikke relevant her, bortsett fra som del av en felles analysestruktur som skal brukes på alle casene. Det primære i denne andre syklusen blir å se om de nødvendige vilkårene har vært til stede for å få til en SEKI-prosess. Både den epistemologiske og den ontologiske dimensjonen er relevant. Prosjektet skal legge grunnlaget for videre læring i kommunene. Hvordan læringssirkelene går her er viktig for resultatet i kommunene. Jeg vil minne om at ambisjonene i prosjektet utover å lage pasientforløp, også var å utvikle og etablere ulike system og nettverk for profesjonssamarbeid, pasientflyt, samarbeid på tvers av forvaltningsnivå, samarbeid internt og mellom kommuner osv. jf. kapittel 3.1.

Første fase er å dele taus kunnskap

Samhandlingsreformen var en ny, stor utfordring for kommunene, og initiativtager identifiserte hvilken type kunnskap hun mente ville være viktig for å møte utfordringen (Nonaka og Takeuchi 1995). Hun var opptatt av at kommunene måtte ønske å lære, være kunnskapsorientert og ha innovasjonsfokus. Hun utviklet en intensjon, og ut fra den etablerer initiativtager sammen med direktøren fra sykehuset, et prosjekt med ganske konkrete mål og ambisjoner, som de andre kommunene deretter inviteres til å delta i.

Prosjektgruppene måtte gjennom hver sin første fase i femfasemodellen. Det eneste nødvendige vilkåret i denne fasen er intensjon, og den var allerede utviklet og formulert i søknaden til direktoratet. I SEKI-prosessen skjer nå sosialisering, altså konvertering fra

taus til taus kunnskap. De skal bli kjent og finne ut av både egen og hverandres kunnskap og erfaringer. Ikke minst skal de prøve å forstå intensjonen og det de er med på. Hustads (1998) og Gausdals (1998) tolkning av taus kunnskap går langs den tekniske forståelsen av begrepet. Den knyttes til ferdigheter og know how, altså at man kan dele taus kunnskap gjennom observasjon, imitasjon og øving. Ved sosialisering, slik jeg forstår Nonaka og Takeuchi (1995) og Krogh, Ichijo og Nonaka (2001), er den kognitive dimensjonen like viktig, den som knytter seg til våre implisitte mentale modeller. Derfor er sosialisering prosessen i teamet viktig som metode for å dele taus kunnskap. Man må bli kjent med hverandres definisjoner og bli enige om felles definisjoner, og hva som legitimerer handlinger (Krogh, Ichijo og Nonaka 2001, 103). Som eksempler på sosialisering bruker Nonaka og Takeuchi Hondas "brainstorming camps", som er sosiale, uformelle samlinger der problemene drøftes over et glass sake.

Empirien viser at det skjer en viss deling av taus kunnskap i alle gruppene, slik Nonaka, Takeuchi, Krogh og Ichijo definerer den. Intervjuene bekrefter det jeg observerte spesielt på de to nederste gruppenivåene. Her brukte de tid på å bli trygge på hverandre og finne ut av hva prosjektet betydde, hva de andre la inn i de ulike begrepene og om man forstod disse likt. "Litt famlende i starten, flere som ikke helt visste hva prosjektet gikk ut på og hvilken rolle de skulle ha", sier en av deltagerne. Når jeg under observasjonene syns deltagerne i prosessgruppene virket overraskende usikre på eget fag og i liten grad kunne sette ord på rutiner og erfaringer jeg trodde var veldig konkrete og fagspesifikke, skjønnte jeg etter hvert at det mer dreide seg om å trenge tid til å bli kjent med hverandres definisjoner, og sette ord og begreper på egne rutiner og erfaringer opparbeidet over tid. Dette var kunnskap som var internalisert og etablert som taus kunnskap i deres arbeidshverdag. Nettopp det å enes om felles definisjoner var en utfordring og ble nok en prosess som pågikk gjennom hele gruppearbeidet. I tillegg fikk jeg inntrykk av at de følte seg litt forsiktig frem for å sjekke om man var på samme faglige nivå som de andre, både på egne og kommunens vegne. Utsagnet "Lært at vi er flinke i jobben vår i vår kommune også", sier noe om en faglig usikkerhet noen kunne føle i begynnelsen.

De samme funnene gjelder langt på vei i prosjektgruppen, til tross for at man her var på et ledernivå der det å ta ordet og være tydelig, skulle være mer naturlig. Faktorer som at prosjektet var uklart "man jobbet mer med å forstå prosjektet enn med å påvirke det", og at man blant fagfeller kanskje var forsiktig med å fremstå dominerende, og at man trengte tid

for å bli kjent med og bli tryggere på hverandre, kan ha påvirket samhandlingen i starten. Der jeg trodde at fagfeltet hadde ganske universelle oppgaver, og at utfordringer og løsninger var ganske likt håndtert rundt i kommunene, var det åpenbart at her var det ulike problem og praksis, og man var nysgjerrige på hvordan de andre løste sine oppgaver.

Mange av medlemmene i styringsgruppen derimot, kjente hverandre fra før, bl.a. gjennom regionsamarbeidet. Denne typen samarbeid på tvers av en eller flere kommunegrenser var en kjent arbeidsform for dem. Deres utfordring i starten var å bli kjent med begrepene og få eierskap til intensjonen og målene, for å kunne vurdere egen kommunes deltagelse i prosjektet. Dermed foregår det sosialisering i prosjektets innledningsfase i ulike sammenhenger, også før styringsgruppen formelt etableres. Kjernebegrep som breddestrategi og pasientforløp måtte gis et meningsbærende innhold også her, selv om det var denne gruppen som stod formelt ansvarlig for intensjonen og målene, både for prosjektet og i egen kommune.

Andre fase er å utvikle begrep og konsept

I denne fasen skal gruppene eksternalisere kunnskapen sin, som betyr at man skal gjøre den tause kunnskapen eksplisitt, gjerne ved bruk av metaforer og analogier som skal bidra til å gi mening og gjøre kunnskapen kommuniserbar. I motsetning til gangen i Nonaka og Takeuchis (1995) modeller, så er intensjonen i samhandlingsprosjektet verbalisert og blitt til konkrete begrep og konsept lenge før alle kommunene er kommet med og teamene etablert. Oppgaven i denne fasen blir derfor mer å gjøre eksplisitt hva som kreves av et forløp, og hva som må være med. Et eksempel på det er drøftingen i prosjektgruppen om man skal bruke samme forløpsmal som sykehuset, andre maler, eller lage en egen. I prosessgruppene er utfordringene å finne en form som ivaretar alle hensyn, og ut fra det lage konkrete forslag til prosedyrer og faglige minioppslagsverk. De skriftliggjør bl.a. tanker og ideer på gråpapir på veggen, for å visualisere hva som trengs på de forskjellige stadiene i et forløp. I styringsgruppen skjer eksternaliseringen ved at de utvikler mål og mandat for gruppene, og utformer en organisasjonsstruktur med tydelige hierarkiske trekk, som man kjenner igjen fra deres egne kommuner. Denne strukturforståelsen kan tolkes som taus kunnskap som konverteres til eksplisitt kunnskap i utarbeidelsen av prosjektform. Den samme eksternaliseringen skjer ikke med delmålene. Det er lite dialog og refleksjon rundt hva styringsgruppen legger i å utvikle og etablere system og nettverk. Hva er

behovene, hvordan gå frem for å møte disse, osv.. Ut fra mine funn kan jeg ikke se at dette har skjedd.

I følge Nonaka og Takeuchi trengs fire muliggjørende vilkår i denne fasen for å få en god prosess. Bare intensjon er overflødig. Deltagerne har *autonomi* til å utforme selve pasientforløpene. Den hierarkiske strukturen og kommunikasjonslinjene åpner derimot ikke for autonomi utover den organisasjonsspesifikke konteksten med fullmakter knyttet til profesjonskunnskap og rolleforståelse. Det ser man bl.a. ved at styringsgruppen skal formelt godkjenne forløpene. Deltagerne både i de lokale prosjektgruppene og i prosessgruppene har hatt lite reell anledning til å påvirke hvordan prosjektets intensjon skulle løses. Styringsgruppen åpnet ikke for andre forslag og ideer til metoder og tolkninger. I et vertikalt perspektiv har prosjektet i utgangspunktet lagt til rette for *redundans* ved at både topledere, mellomledere og profesjonsarbeidere er med. Men i og med at det ikke er samhandling mellom gruppene, blir denne redundansen ikke nyttbar. Prosjektlederen er det nærmeste prosjektet kommer å ha en redundant ressurs (Nonaka og Takeuchi 1995). De siste vilkårene, *fluktuasjon*, *kreativt kaos* og *nødvendig variasjon*, blir mer relevant i analysen av kommunene.

Tredje fase er å rettferdiggjøre begrep og konsept

Dette er en "overflødig" fase i prosjektet. Pasientforløpene var rettferdiggjorte som konsept allerede da arbeidet startet. De eneste kravene som må rettferdiggjøres her, er at de er gjennomførbare og hensiktsmessige. Det må de som fagfolk selv vurdere fortløpende.

Fjerde fase er å utforme arketyper eller prototype

Nå skal ulike eksplisitte kunnskaper kombineres. Det skjer ved at de innhenter informasjon og kunnskap fra andre kilder som internett og pasientforløp som andre har utviklet. Deretter sammenholdes det med gruppens funn og egne rutiner og som også inkluderer tilbakemeldinger fra kollegaer. Pasientforløpene fremstår som nye kunnskapssystemer. Vilråene *redundans* er behandlet i fase en, og *nødvendig variasjon* er ikke relevant her.

Femte fase er å forsterke og å gjøre kunnskapen tverrfaglig

Også denne fasen er av mindre interesse når prosjektet analyseres. Internaliseringsfasen ligger mer til kommunene. Det er i tråd med Nonaka og Takeuchis (1995) presentasjon av

hypertekstorganisasjonen. Prosjekt eller task force-organisasjoner er best på sosialisering og eksternalisering, mens byråkratier er gode på kombinerings og internalisering.

Prosjektet oppsummert og sett i lys av første delproblemstilling

Det som konkret ble oppnådd var å utvikle to av tre pasientforløp, arrangere seminar, to ulike fagkurs samt å finansiere hospitering på sykehus. Delmålene knyttet til å utvikle mer overordnede system og strukturer oppnås ikke. Bare prosjektgruppen opprettholder et nettverk etter at prosjektet er avsluttet.

For prosjektet er første delproblemstilling mest relevant: *Hva kjennetegner samhandling og kunnskapsdeling vertikalt og horisontalt i prosjektet.* I forhold til problemstillingen så skjer det kunnskapsdeling mellom medlemmene internt i gruppene, men kanskje er dette mest utpreget på de to nederste gruppenivåene i organisasjonens hierarki.

Kommunikasjonen er god internt i den enkelte gruppe, men mellom gruppene er den nærmest fraværende. Selv de to prosessgruppene med identiske oppdrag, bare ulik diagnose, har ikke kontakt med hverandre, annet enn det som skjer på individnivå sporadisk i egen kommune. Det er med andre ord ikke samhandling på tvers av gruppene, hverken horisontalt eller vertikalt. Prosessgruppenes sammensetning gjør at informasjonsdeling med påfølgende kunnskapsutvikling blir mer begrenset enn den kunne vært med faglig bredere sammensatte grupper. Det å dele kunnskap, innhente ny og så sette ulike kunnskapsbrokker sammen, har likevel gitt ny innsikt for mange. Det å bearbeide og systematisere denne kunnskapen gjennom utvikling av pasientforløp vil jeg si er en kunnskapsskapende prosess som gruppedeltagerne tar del i. Det er nok riktig å si at pasientforløpene er et uttrykk for at det utvikles ny kunnskap. De utvikler en prosedyre som er tenkt som grunnlag for rutineendring i kommunene. Her skjer det en SEKI-prosess.

Vertikalt i prosjektet skjer det lite deling av kunnskap, ser det ut til. Det er nesten ingen møter på tvers av gruppenivå. Da ser jeg bort fra deltagelse på seminar og kurs. Dermed blir prosjektlederen eneste kommunikasjonslinje mellom gruppene horisontalt og vertikalt. Selv om ikke prosjektlederen har en sentral rolle i studien som sådan, må det understrekes at hun har en viktig funksjon som kunnskapsformidler i prosjektet. Hun er den som må operasjonalisere intensjon og begreper til de nederste gruppenivåene, og ta med erfaringer tilbake til styringsgruppen. Prosjektlederen har ingen tilknytning til noen av kommunene, så når hun slutter tar hun mye av kunnskapen med seg og blir dermed en uutnyttet ressurs i

etterkant. Prosjektet hadde vunnet på å sikre mer redundant sammensetning av gruppene på tvers av gruppenivåene. Slik det ble nå er f. eks. prosesskunnskapen rundt det å utvikle pasientforløp en ganske godt bevart hemmelighet på nederste gruppenivå.

6.3 Kommunene og teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner

Kommunene har et tosidig anliggende: på ene siden å bidra til prosjektets gjennomføring på en god måte, på den andre siden å ivareta egne behov og sikre så god utnyttelse og læring av prosjektet som mulig. Dette er den tredje læringssyklusen i studien, og det er her man skal kunne identifisere om kommunene *har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring*, slik hovedproblemstillingen etterspør. Da må man gjennom internaliseringen i SEKI-prosessen ha kommet opp på et nytt odontologisk nivå i siste fase i femfasemodellen.

Første fase er å dele taus kunnskap

Intensjonen for kommunene er den samme som for prosjektet, og er allerede gitt, slik det er redegjort for over. I tråd med SEKI-modellen skal det skje en sosialisering i denne fasen. Kommunene etablerte bare én gruppe, prosjektgruppen. De fleste lokale prosjektgruppene var satt sammen av enhetsledere og sykepleiere og/eller fysioterapeuter fra frontlinjen. Mange hadde også fagforeningsrepresentanter og kommuneleger med. I flere kommuner arrangeres det i begynnelsen flere informasjonsmøter i ulike fora for brukere, politikere og ansatte, men det ble ikke etablert uformelle møteplasser for å få økt sosialisering. Det nærmeste man kommer noe slikt er kanskje pauserommene. Ut fra det inntrykk som dataene gir, er det vanskelig å se at deling av taus kunnskap har skjedd i en teknisk forståelse av begrepet, men jeg mener å registrere at deltagerne ble mer oppmerksom på hvordan de selv og kollegaer tenkte og jobbet, og hvordan rutinene var rundt på avdelingene. Slik fikk de økt fokus på den tause delen av kunnskapen rundt seg. En gjenganger blant deltagerne i alle kommunene i denne fasen, er at man strever med å forstå prosjektets begreper og hva de innebærer. Gruppemedlemmene er fra samme sektor, og man må anta at deltagerne kjente til hverandre fra før, særlig i de små kommunene. Den tause fag- og kontekstspesifikke kunnskapen er felleseie for de fleste, men utfordres når den skal utdypes og hentes fram. De har kanskje noe ulik opplevelse av hva sektorens utfordringer og muligheter er, men de deler nok langt på vei de samme mentale modellene.

Trekk ved de enkelte kommunene i denne fasen:

I initiativkommunen registrerer jeg ikke effekt av at rådmannen involverte enhetslederne tidligere enn i de andre kommunene, i form av mer kunnskap om prosjektet, eller en mer løsningsorientert og handlingsrettet tilnærming. Denne kommunen etablerte ganske tidlig prosjektgruppen, som fikk et todelt mandat med klare mål. Like fullt var det også her en utfordring å få mening ut av begrepene. Denne kommunen var særlig aktiv med å bruke både åpne informasjonsmøter og etablerte møtefora til å orientere om prosjektet. Dette kunne ha vært en arena for sosialisering mellom ansatte, og mellom ansatte og brukere/pårørende, men formen tilsa ikke den type samvær som ga mulighet for deling av taus kunnskap. Møtene ble dessuten ikke opprettholdt med mulighet for økt sosialisering.

Bykommunen etablerte ikke en lokal prosjektgruppe. De som ble utpekt til å delta tok heller ikke initiativ til å sette sammen en slik tverrfaglig gruppe, noe som kunne ha involvert ledere på tvers av enhetene i sektoren. Prosessgruppedeltageren var ikke i det daglige en del av et kollegium som kunne vært en kontekstuell ramme for deling av taus kunnskap. Det ene møtet som prosessgruppedeltageren arrangerte var derfor viktig for henne for å få økt innsyn i de ansattes utfordringer. Møtet kan antas å ha bidratt til deling av taus, tverrfaglig kunnskap blant kollegaer rundt prosjektets begreper. Kanskje ga det også informasjon om hva kommunen var med på gjennom prosjektet, men antagelig var møtet aller mest nyttig for prosessgruppedeltageren, som kom nærmere det som kan forstås som delte mentale modeller blant kollegaer fra avdelinger rundt i organisasjonen. Selv om både lokal leder og prosessgruppedeltager kjente til begrepet pasientforløp fra før, da de ble spurt om å bli med på prosjektet, sier de at prosjektet og organiseringen av det var vanskelig å forstå.

I øykommunen kunne man forventet at deling av taus kunnskap ble vanskelig pga. lederskifter og delvis oppløsning av prosjektgruppen etterhvert. Det svekket nok den horisontale sosialiseringen på mellomledernivå i gruppen. Samtidig styrket det antagelig den vertikale delingen av taus kunnskap fordi den lokale prosjektlederen overtok det meste av ansvaret, og kommunalsjefen ble noe mere involvert. Det at begge deltagerne fra prosessgruppene var med i prosjektgruppen, likeså at både ergo- og fysioterapifaget var representert fra starten, sikret tverrfaglighet og bidro nok til å styrke kunnskapsdelingen i starten. Når den lokale gruppelederen i tillegg satt sentralt plassert rent fysisk midt i sykehjemsavdelingen, ble den daglige arbeidsrytmen en slags møteplass og naturlig

kontekst for samhandling og synkronisering av mentale modeller og testing av begrepsforståelser. Det ga styrket vertikal deling av taus kunnskap. Her får vi en effekt som kan minne om middle-up-down-modellen med mellomlederen som kunnskapssentral og brobygger.

I landkommunen skjer det lite i denne fasen som skiller den fra de fellestrekkene jeg redegjør for i starten. I randkommunen velger man ikke ledere fra hjemmetjenesten eller sykehjemmet som lokal prosjektleder, men lederen for helse og omsorg, altså et nivå opp i organisasjonen. Slik skiller denne kommunen seg ut. Dette ser ikke ut til i denne fasen å ha hatt noe betydning for sosialiseringen. Forholdene her lå godt til rette for deling av taus kunnskap på tvers av nivå fordi gruppen hadde god tverrfaglighet og redundans i sammensetningen, samt ganske hyppige møter første året.

Andre fase er å utvikle begrep og konsept

Konseptet er selve prosjektet, og det er allerede utviklet. Utfordringen blir å eksternalisere det man oppfatter at ligger i begrepsbruken, basert på taus kunnskap om pasientbehov og tradisjonelle, kommunale behandlingsskjeder. Da må deltagerne prøve å artikulere hva de tror dette kan innebære, hva deres rolle er, hvordan de skal angripe prosessen, og hva som skal til for å løse oppgaven for egen kommune, men også for prosjektet. Eksternaliseringen i andre fase kommer til uttrykk gjennom at man begynner å forstå og sette ord på hva dette dreier seg om, hva som forventes, og hva som ligger i begrepene i forhold til den tause kunnskapen de har fra før. De jobber nå med å konkretisere kommunens behov og utfordringer bl.a. med utgangspunkt i sykehusstatistikk og antagelser om hvilke utfordringer som venter og sykdommer som vil øke i omfang. Denne eksternaliseringen fra taus til eksplisitt kunnskap er sentral i alle læringsprosesser og kan bidra til ny forståelse og til å se nye muligheter (Nonaka og Takeuchi 1995).

Kommunene og dermed gruppene, opplever rikelig med fluktuasjon både eksternt pga. utrygghet rundt Samhandlingsreformen, og internt ved at det underveis må iverksettes organisatoriske endringer eller tilpasninger for å håndtere reformen. Rådmannen i initiativkommunen greier å omdefinere dette til kreativt kaos bl.a. ved å etablere prosjektet og legge klare premisser for omorganisering i egen kommune, med virkning også til de andre eierkommunene. I flere av kommunene ser man at det er lettere for den lokale gruppen å forholde seg til kjente forhold som korttidsplasser, nybygg, lederstruktur etc.,

enn det er å forholde seg til et prosjekt de har mindre kunnskap om og er vanskelig å forstå. I alle kommunene gjelder det, på samme måte som for prosjektets to nederste gruppenivå, at prosjektgruppen og etter hvert prosessgruppedeltagerne langt på vei har stor autonomi når det gjelder selve arbeidet med utformingen av forløpene. Man kunne derimot forventet at særlig i initiativkommunen, som hadde prosjektets primus motor som rådmann, ville enhetsledere og fagfolk på et tidlig tidspunkt blitt oppfordret til å kaste frem alternative ideer, eller helt andre løsningsmodeller for den saks skyld. Det samme kunne man forventet i de andre kommunene på det stadiet når deltagelsen i prosjektet ble diskutert og vurdert innledningsvis. Det er lite å finne av tilnærming som minner om Nonaka og Takeuchis teori rundt involvering av sentrale nøkkelpersoner i mellomledelsen, og blant frontlinjearbeidere, som er viktige i møtet med brukerne og deres behov.

Særlig i bykommunen ser fagmiljøet ut til å være veldig lite involvert både på idestadiet i forkant, og underveis. Det kan delvis forstås ut fra at dette er den største kommunen med mange enheter. Samtidig har bykommunen kompensert for dette ved å etablere en to og et halvt nivå-organisering med egen kommunalsjef for sektoren. Ergo har man reetablert en "koordinerende funksjon" på rådmannsnivå som minner om den gamle sektortankegangen (Torsteinsen 2012). Den kunne hatt en strukturerende og sammenkoblende effekt, med myndighet til å involvere så mange som ønskelig og sikre nødvendige vilkår for kunnskapsbyggende læringsspiraler. Funnene viser ikke at det tas slike overordnede grep.

Om *nødvendig variasjon* i gruppesammensetningen i de fire kommunene som etablerte slike grupper, kan det kort bare nevnes at initiativkommunen hadde fordel av å ha prosjektlederen med på sine møter. Intervjuene berører ikke hvordan dette påvirket arbeidet og forståelsen, men man kan nok anta at dette var en styrke. De ulike gruppenes sammensetning løste ganske godt behovet for faglig diversitet, noen bedre enn andre. Når det gjelder redundans var den også god i de fleste prosjektgruppene når det gjaldt sammensetningen i utgangspunktet. Det var representanter både fra rådmannsnivået, enhetsledernivået og frontlinjenivået, og de kom fra ulike fag og enheter. Utfordringen for alle gruppene var å finne tid til å møtes, men også det å få til et engasjement i gruppen knyttet til prosjektet, rapporteres som noe vanskelig. Mange hadde nok med egne utfordringer i en ganske krevende periode med små og store omlegginger. Så selv om man lykkes ganske godt med å sikre en redundant sammensetning innledningsvis, så utvikles det ikke et så godt kunnskapsoverskudd som man kunne forvente og også trenge.

Tredje fase er å rettferdiggjøre begrep og konsept

Denne fasen innebærer normalt at en prosjektgruppe eller team tar med seg sitt utviklede konsept tilbake til organisasjonen/ledelsen for å kontrollere at de er "justifying" i forhold til forventninger og verdier, og ulike kvalitetskrav (Nonaka og Takeuchi 1995). Dette ivaretas her gjennom styringsgruppen i prosjektet og deltagelsen der, og blir lite relevant i analysen, fordi de som utvikler "produktet" ikke blir tillagt slik funksjon og ansvar.

Fjerde fase er å utforme arketyp eller prototype

På samme måte som i tredje fase så ivaretas det meste også her av de fullmaktene som kommunene har gitt til prosjektet og dets grupper, når det gjelder å gi pasientforløpene en endelig utforming. Likevel er det et viktig nytt skritt som tas her, for idet pasientforløpene nærmer seg ferdige, skal de forlate prosjektet og passes inn i kommunene. Nå må det skje en viktig kombinerings gjennom at den eksplisitte kunnskapen artikulert i en omfattende, optimalisert, skriftlig prosedyre for to pasientforløp, skal kobles sammen med eksplisitte systemer og rutiner som finnes i kommunene. Dette kan være IKT-løsninger og kvalitetssystem, gjeldende vedtaksrutiner, organisasjonsstruktur eller rutiner rundt inn- og utskriving. Ikke minst skal forløpene kunne møte de behovene, men også forventningene som brukerne og deres pårørende har til tjenesteytelsen. Kombinering i SEKI-prosessen har mye felles med implementeringsfasen beskrevet i prosjektet.

Her er det to nødvendige vilkår som er påkrevd: *redundans* og *nødvendig variasjon*.

Dersom kommunene har bygget opp redundans og oppnådd overlapping av kunnskap, ansvar og oppgaver blant ansatte, vil prosessen i denne fasen bli enklere. Det samme gjelder nødvendig variasjon, som i denne sammenhengen betyr at man har det Røvik (2007) kaller absorberingskapasitet til å matche skiftende forhold i omgivelsene. For å få til en kombinerings mellom ny og eksisterende eksternalisert kunnskap, er det viktig at alle relevante profesjoner trekkes inn. Det gjelder også brukerrepresentanter, representanter fra frivillig sektor, hjemmetjenesten, ansattrepresentanter, tildelingstjenesten, rådmannsnivå, osv. Da vil man bedre kunne lykkes fordi man har en diversitet som kan møte utfordringene fra de komplekse og sammensatte omgivelsene utenfor kommunene. Også internt vil en slik sammensetning sikre bedre samhandling i og mellom avdelinger og sektorer, og bidra til at ansatte føler seg mer involvert. En slik prosess er ressurskrevende og fordrer at ledelsen på en tydelig måte legger til rette gjennom nødvendige tilskudd og bemanning, men også ved å vise tålmodighet i forhold til at prosess tar tid. Hvis det gis tid

til rullering slik at ansatte bl.a. kan få større innblikk i andres vilkår og utfordringer, vil det på sikt gi et kunnskapsoverskudd som kan styrke implementering av nye tenkemåter og sette fart på kunnskapsbyggingen i organisasjonen (Nonaka og Takeuchi 1995). Det er derimot ikke lett å få øye på at det tilrettelegges for dette i noen av kommunene. For initiativkommunen har det antagelig hatt betydning at rådmannen slutter idet implementeringen skal i gang, men det vises samtidig heller ikke til at det har vært planlagt ulike tilretteleggende tiltak fra rådmannens side før hun sluttet. I "sin" nye kommune merker de ansatte at implementeringen og prosjektet etterspørres mere. Altså større interesse, men jeg har heller ikke her funn som tilsier konkrete organisatoriske og ledelsesbetingede tiltak knyttet til rådmannens engasjement.

Medlemmene i de lokale prosjektgruppene (enhetsledere for andre institusjoner) virker i liten grad å ha involvert seg ved å legge til rette for tilpassede læringsprosesser i egne enheter i tilknytning til prosjektet. Hver og en er travelt opptatt med sitt, er tilbakemeldingene som gis fra prosjektdeltagerne. Involvering og implementering har derfor i stor grad blitt overlatt til de lokale prosjektlederne, som selv delvis delegerte ansvaret videre til de som deltok i utviklingen av forløpene. Flere av deltagerne i prosessgruppene etterspør bedre tilgjengelighet og fungerende datasystem for at pasientforløpene lettere skal kunne tas i bruk. De etterlyser bl.a. kobling av forløpene til kommunenes kvalitetssystem, i den grad de har dette. Dette, sammen med andre funn, viser at implementeringen ikke har vært tilrettelagt på en slik måte at de har fått til nødvendig variasjon når ny eksplisitt kunnskap skulle kombineres med gammel eksplisitt kunnskap i fjerde fase i modellen. Styringsgruppen har sporadisk snakket om implementering og hvor viktig den er, men ikke på noen måte diskutert hvordan dette best kan løses, eller hentet opp tilrådinger fra foredrag og kurs om tema. Det samme fravær av reell engasjement i styringsgruppen finner man igjen på rådmannsnivå i kommunene. Ingen, hverken prosessgruppedeltagerne eller de lokale prosjektlederne forteller om engasjement og styringsgrep fra øverste ledelse, annet enn tidvis deltagelse på informasjonsmøter o.l.

Muligheten til 20 % frikjøp også for de lokale prosjektlederne, er ikke effektivt i form av at det ansettes avlaster for mellomlederne slik at disse får nødvendig tid og overskudd til å lede arbeidet. Her er randkommunen et unntak. Mellomlederen her ansatte en avlaster, men som leder for helse og sosial satt hun i rådmannsgruppen, og følte selv at hun satt for

langt unna den kliniske hverdagen. Samtidig var det personal- og ledelsesproblematikk og vanskelig økonomi i kommunen, som man kan anta stjal fokus fra prosjektet. Det er derfor ingen lesbar effekt som kausalt kan knyttes til frikjøp på mellomledernivået, hverken positiv eller negativ.

Femte fase er å forsterke og gjøre kunnskapen tverrfaglig

I denne fasen beveger man seg over i en ny syklus i kunnskapsbyggingen, på vei til et annet ontologisk nivå i organisasjonen (Nonaka og Takeuchi 1995). Dette er selve prøvesteinen på om kommunene gjennom å ta del i prosjektet har lært mer enn bare å utnytte ny kunnskap, men også lært hvordan man skal legge til rette for at nye læringssykluser kan oppstå i kjølvannet av den forrige. Helt konkret ville en slik læringseffekt kunne ses ved at f.eks. enheten for hjemmetjenester i øykommunen lærte av erfaringene fra sykehjemmet, og tok i bruk og videreutviklet pasientforløpene i egen enhet. En ting er å ta initiativ til å bruke forløpene og tillemppe dem om nødvendig til egne behov i enheten. Da oppnår man implementering. En annen ting er å få til at nye læringssykluser starter ved at andre på grunnlag av prosjekterfaringene, tar med seg erfaringene derfra, ser på egen enhet og utvikler andre typer forløp eller helt andre løsninger. En ytterligere forsterking på ontologisk nivå ville vært om tankegodset rundt "læringsmetodikken" institusjonaliseres og etableres som akkumulert taus kunnskap og avleires i basisorganisasjonen. Da kan tankegodset "smitte" over på helt andre sektorer i kommunene, med det resultat at de setter i gang egne nye kontekstspesifikke læringsspiraler. For å oppnå vellykket internalisering i nye grupperinger i organisasjonen, må også disse grupperingene sikres de samme muliggjørende vilkår, som beskrevet i andre fase i modellen: autonomi, intern fluktuasjon og kreativt kaos, redundans og nødvendig variasjon.

Den kommunen som tydeligst ser ut til å ha tatt i bruk den nye kunnskapen som ble skapt gjennom pasientforløpene, er antagelig øykommunen. Sykepleieren herfra, som var med på å utvikle det siste forløpet, og som i etterkant har fått et hovedansvar for pasienter med denne diagnosen, sier:

Vi tar imot dårligere pasienter enn før, og vi beholder dårligere pasienter enn vi gjorde før. Vi har omorganisert litt på bemanninga slik at det er mer fagpersonell på korttidsavdelingen, så vi er bedre rustet for dårligere pasienter. Ellers følger vi

forløpene ganske bra, det blir satt i gang raske behandlinger når det trengs osv. (E-postintervju).

Her er altså siste forløp ganske aktivt tatt i bruk. De rapporterer ikke om mangel på pasienter slik flere i de andre kommunene gjør. Det er i den sammenheng viktig å huske at øykommunen også før prosjektet fortalte at de allerede behandlet pasienter med diagnosen knyttet til det andre forløpet. Vi ser altså at å ta i bruk pasientforløpet ikke trenger å bety en radikal endring, men mer en faglig styrking og organisatorisk presisering av prosedyrer man også hadde tidligere. Samtidig er det foreløpig bare korttidsavdelingen på sykehjemmet i øykommunen som har tatt forløpene i bruk, og som har gjort endringer som kan tolkes som en læringseffekt knyttet til prosjektet. Det er ikke spor av nye læringssykluser i andre avdelinger eller enheter, heller ikke i andre sektorer i kommunen, så langt jeg kan se. I initiativkommunen etablerer de et diagnoserelatert team som ikke ville skjedd uten prosjektet, men de får samtidig ikke i gang bruken av forløpene. Det kan delvis skyldes mangel på pasienter, noe som også gjelder flere av de andre kommunene. I bykommunen ser jeg ikke at man i prosjektperioden har forsøkt å implementere forløpene. Denne kommunen er så stor at pasientgrunnet ikke kan ha medvirket til manglende implementering. Her er det sannsynlig at det er en sammenheng mellom liten involvering og fravær av implementering.

Analysen viser at samhandlingsprosjektet som kommunenes *Ba*, kanskje ikke har bidratt til kunnskapslæring på organisasjonsnivå, slik man kunne se for seg innledningsvis. Idet styringsgruppen fokuserer på å utvikle pasientforløp, slipper de taket i viktige delmål, som var å utvikle system og nettverk for samarbeid på tvers av profesjoner, avdelinger, forvaltningsnivå osv.. Det kunne ha bidratt til å sette i gang andre kunnskapsspiraler. Slike mål trenger et tålmodig og fleksibelt *Ba*, fordi de involverer flere organisasjoner som må forplikte seg på mange plan hvis målene skal nås. Samhandlingsprosjektet blir ikke et fleksibelt *Ba* som gjensidig påvirkes av deltagerne og som gir rom for slik nytenkning og utprøving. Det avgrenses til et sted for utvikling av konkrete prosedyrer. Det skjer riktignok en kunnskapsdeling på individnivå i gruppene i prosjektet, slik som spiralen i modellen (figur 6.2) indikerer. Deltagerne fra kommunene lærer av hverandre, de utvikles faglig og får økt trygghet rundt egen yrkesutøvelse. Dette er kunnskap de tar med tilbake til kommunene sine. Denne eksternaliseringen fra taus til eksplisitt kunnskap og kombineringsen av ulik eksplisitt kunnskap konkretiseres i de to pasientforløpene. Det betyr ikke at det skapes nye læringssykluser på andre gruppenivå. Spiralen i modellen utvikles

ikke langs den ontologiske dimensjonen. Samhandlingsprosjektet som kommunenes *Ba*, legger ikke til rette for kunnskapsdeling både langs den epistemologiske og ontologiske dimensjonen.

6.4 Funn sett i lys av ledelsesmodell

Det er, som jeg påpeker i kapittel 2.2, en utfordring at teorien jeg tar utgangspunkt, i er så tydelig innrettet mot store kommersielle konsern. Ikke minst er det litt urettferdig overfor kommunene som teorien tas i bruk på. Det er derfor viktig innledningsvis å minne om at den øverste ledelsen i en kommune har ganske andre styringsvilkår enn toppledelsen i et konsern. Den mest åpenbare forskjellen er forholdet mellom politikk og forvaltning, samt et så vidt spekter i tjenesteyting, at det skal dekke befolkningens behov gjennom en hel livssyklus. Ikke minst er den demokratiske dimensjonen gjennom prinsippene om flertallsstyre, partsstyre, fagstyre og rettssikkerhet, viktige hensyn som en kommune må ivareta (Christensen et al. 2007). Den påvirker handlefriheten til forvaltningen, og særlig dens øverste ledelse. Samtidig hevdes det at rådmannen etter kommuneloven av 1992 har fått en tydeligere rolle som "strategisk toppleder som overlater det operative ansvaret til enhetslederne [...] Endringene skaper assosiasjoner til en konsernsjef i et divisjonalisert konsern i næringslivet" (Torsteinsen 2012, 78). En kommune kan med en slik tilnærming kanskje ses som analogt med et konsern, der rådmannen er konsernsjef og enhetslederne ledere for avdelinger eller divisjoner alt etter hvor finmasket enhetene defineres. Med andre ord kan det være relevant å bruke Nonaka og Takeuchis teori som analyseverktøy i denne studien også når det gjelder ledelsesmodell.

I et ledelsesperspektiv skulle kommunenes øverste ledelse i tråd med Middle-up-down modellen, mye tidligere involvert sine mellomledere til å eksterialisere og konseptualisere ledelsens visjoner (Grand theory) til nye forståelige konsept og begrep (Mid-range theory) for de ansatte på frontlinjenivået. Et typisk hendelsesforløp ville da vært: Styringsgruppen møtes, diskuterer utfordringer og blir enig om en intensjon. De utpeker faglig kompetente mellomledere fra alle kommunene, som danner et team. Teamets oppgave er å tenke nytt og finne alternative måter å forløse intensjonen på. De får nødvendig tid og rom til å sette sammen de fagteamene de trenger med fagfolk fra ulike avdelinger på frontlinjenivå, og leder disse i en prøve- og feileprosess der hensikten er å operasjonalisere og gi innhold til intensjonen. Mellomlederne skal så ta konsepter de har utviklet tilbake til styringsgruppen

for godkjenning, og for testing mot brukere, kollegaer og andre relevante aktører. Deretter tar de dem med tilbake til de samme, ev. nye fagteam for ferdigstilling. Dersom resultatet blir vellykket vil erfaringene og kunnskapen internaliseres i kommunene.

Når man legger denne modellen til grunn, kan det se ut som at det meste gjøres feil i samhandlingsprosjektet. Mellomlederne involveres for det første for sent i prosessen, etter at alle viktige avgjørelser er tatt. I stedet for at de som ledere og fagfolk blir tatt med på idestadiet og sparket ball med, får de en bisitterrolle, mer enn en utviklerrolle. Prosjektet skal utvikle tre pasientforløp, men dette skjer i prosessgruppene. Hva prosjektgruppen skal bidra med er lenge uklart, ikke minst for gruppen selv. Den skal i følge styringsgruppemøtet i februar 2011, være en "gruppe rundt prosjektleder". I oktober samme år vedtar styringsgruppen mandat og møteplan for prosjektgruppen. Mandatet har da blitt å bistå egne deltagere i prosessgruppene med å utarbeide forløpene. Måneden etter nedsettes første prosessgruppe. Det er derfor forståelig at deltagerne i prosjektgruppa bruker lang tid på å forstå prosjektet og egen rolle, særlig versus prosessgruppene. Det kan hevdes at mellomlederne slik prosjektet utvikler seg nærmest ikke har noen kunnskapsbyggende funksjon hverken i prosjektet eller i kommunene, annet enn som støttespillere og praktiske tilretteleggere. I den grad det er unntak, er disse person- og situasjonsavhengig og ikke knyttet til alternative løsningsmodeller. Når implementeringen skal i gang, har mellomlederne hatt en egen gjennomgang sammen med prosessgruppene, men de kjenner ikke produktet så veldig mye bedre enn de andre som inviteres til informasjonsmøtene.

6.5 Funn sett i lys av hypertekstorganisering

En hypertekstorganisasjon er ikke helt kompatibel med den organiseringsformen man kan se i denne studien. Primært fordi samhandlingsprosjektet ikke er et prosjekt opprettet som ett av flere, ulike prosjekt i én stor organisasjon med en viss gjennomstrømning av folk mellom prosjekt- og basisorganisasjon. I stedet for én basisorganisasjon med flere prosjekt, har vi her ett prosjekt med flere basisorganisasjoner. Dette blir en variant av Nonaka og Takeuchis idealtypiske organisasjonsdesign. Antagelig er den heller ikke i tråd med hvordan kommunene selv ser på sin organisering og bruk av prosjekt. Jeg synes allikevel hypertekstmodellen er høyst relevant i denne studien, ikke minst fordi den er en viktig bestanddel i forfatterens modell for kunnskapsbyggende organisasjoner.

Hypertekstorganisasjonen er en god base for kunnskapsbyggingsprosessen, sier forfatterne. Den kombinerer det beste fra to organisasjonsformer: det stabile og effektive ved byråkratiet, som er god på kombinerer og internalisering. Og det dynamiske og mulighetsutnyttende fra task-force organisasjoner (prosjekt), som er god på sosialisering og eksternalisering, altså deling av kunnskap.

Det er et interessant perspektiv at kommunen kan ses på som en basisorganisasjon som etablerer ulike task-force organisasjoner i form av f.eks. samhandlingsprosjektet, for å løse ulike oppgaver som det er vanskelig for basisorganisasjonen å få passet inn i sin daglige virksomhet. Kommunene avgir egne ansatte til prosjektet, de innvilger tid til gruppearbeid, og når prosjektet avsluttes "hentes" de ansatte tilbake til sin vanlige jobb. Avleiringen av ny kunnskap til kunnskapsbasen blir det vanskelig å si noe konkret om i en så kortvarig studie, men det knytter an til internaliseringen i femte fase, som er behandlet over. Det er meningsbærende etter mitt syn å lese relasjonen mellom prosjektet og den enkelte kommune som en hypertekstorganisasjon.

Det er liten tvil om at de fem kommunene på mange måter passer godt inn i det som kjennetegner et byråkrati. Samhandlingsprosjektet derimot er mindre sammenlignbart med task-force organisasjoner, pga. sin hierarkiske struktur og tunge involvering fra basisorganisasjonenes toppledere i styringsgruppen. Problemet er antagelig at så lenge kommunene ikke er seg bevisst at å etablere dette fellesprosjektet også er en måte å tenke en helhetlig organisasjonsdesign på, så evner de heller ikke helt å jobbe mer målrettet for å hente ut fordelene, som en slik design og tenkemåte byr på. Deling av kunnskap kan kun skje mellom mennesker. Men måten man har strukturert arbeidet på for disse menneskene, både i prosjektet og i kommunene, gjør at man ikke får forsterket denne kunnskapen i et ontologisk perspektiv. Ergo gir ikke organisasjonsdesignen den drahjelp til kunnskapsbyggingsprosessen man kunne håpe på.

Oppsummert virker det som om prosjektets formelle struktur og stramme kontakt- og kommunikasjonslinjer fungerer avgrensende, mer enn strukturerende på kunnskapsutviklingen. Man har ikke sett den innovasjonsskapende effekten som en slik project-teamorganisering kunne gitt, hvis man hadde beholdt dens typiske kjennetegn, nemlig en løs, fleksibel, dynamisk og antihierarkisk struktur (Nonaka og Takeuchi 1995). Dermed forløses ikke den kunnskapsbyggende prosessen på en god måte hverken i

prosjektet eller i kommunene. I tillegg kan det se ut som om man har skjøvet helt til side mellomlederne, i stedet for å involvere og ansvarliggjøre dem, til tross for de sentrale kunnskapsingeniørene (knowledge engineers) forfatterne mener de er.

6.6 Oppsummering av delanalysene holdt opp mot problemstilling

Innledningsvis vil jeg minne om hovedproblemstillingen, der jeg spør om *kommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring* gjennom å være med på dette prosjektet. Jeg vil innlede med å se på andre og tredje delproblemstilling. Første delproblemstilling er diskutert i kapittel 6.2 og vil ikke bli berørt her.

Spørsmålet i andre problemstilling er: *Kan man se at det er skapt ny kunnskap, i eller gjennom prosjektet, som videreføres til den enkelte kommune, i tilfelle hvordan? Hvem har i tilfelle bidratt til det?* Det kan ikke være tvil om, ut fra intervjuene jeg foretok, at alle deltagerne hadde noen grad av individuelt læringsutbytte. Utgangspunkt nå derimot er den ontologiske dimensjonen ved kunnskapsbyggingsprosessen, altså om kommunen som organisasjon har oppnådd det Glosvik (2002) kaller tredje ordens læring. I så tilfelle hvordan, og pga. hvem.

Jeg konkluderte i kapittel 6.2, med at ny kunnskap er skapt i prosjektet gjennom utviklingen av pasientforløpene. Jeg har ikke identifisert annen målbar kunnskap som har traversert fra individuell kunnskap til kunnskap på gruppe- eller organisasjonsnivå (Nonaka og Takeuchi 1995). For å finne ut om denne kunnskapen er blitt videreført til kommunene, må man se på implementeringen, altså hvordan man lykkes med fjerde fase i femfasemodellen. Analysen viser at pasientforløpene bare i svært begrenset grad tas i bruk. Øykommunen er et delvis unntak, men heller ikke den har lyktes med begge forløpene. Noen sier at mangel på pasienter er noe av årsaken, men mye av grunnen oppgis å være mangler ved tilretteleggingen. Dersom mangel på pasienter er årsaken er det grunn til å spørre seg om datagrunnlaget for valg av diagnoser har vært for svakt. Da er man helt tilbake til andre læringscyklus og andre fase i femfasemodellen. I denne oppsummeringen blir det likevel et sidespor. Analysen indikerer at viktige faktorer som har påvirket resultatet, er selve organiseringen av prosjektet og involveringen av de ansatte, særlig mellomledelsen. Likeens hvor aktivt og tett man på rådmannsnivå har koblet prosjektet og kommunene sammen, og sett på disse to størrelsene i sammenheng. Det virker som om det

er for mange premisser som bestemmes på for høyt nivå. Man utnytter ikke den viktige ressursen som mellomlederne utgjør, og som Nonaka og Takeuchi ser som helt sentral i kunnskapsbyggingsprosessen. Dermed blir heller ikke frontlinjearbeidernes utfordringer og innspill godt formidlet via mellomledelsen opp til toppledelsen, og ledelsen går glipp av viktig innsyn. Analysen viser med andre ord at prosjektstyringen har vært for toppstyrt og stram, og langt mer i tråd med Top-down modellen enn Middle-up-down.

Det virker heller ikke å være rimelig samsvar mellom grad av struktur og hierarkisk styring, og omfanget av oppgaven som skal løses. Man kan anta at dette skyldes at man har ønsket tett kontroll med prosjektet. Dette henger nok delvis sammen med at betydningen av reformen hadde uoversiktlige økonomiske implikasjoner, som det for rådmenn er viktig å ha kontroll på, og delvis fordi man ville være strategisk i forhold til det reformen etterspurte. Da ligger det i systemet at en grundig prosjektskisse må utarbeides raskt før søknad om tilskudd sendes, og der man må få med det man antar er de rette begrepene, i dette tilfellet særlig *pasientforløp*. Prestisje er et tredje moment som gjør kontroll viktig. Det kan se ut til at man har prøvd å fylle noen begrep med innhold uten helt å vite om det samtidig ville være svaret på kommunenes utfordringer.

Nå er det viktig å huske at det har gått kort tid siden prosjektet ble avsluttet. Samtidig tyder ikke funnene på at implementeringen gikk bedre med første forløp, som var ferdig medio 2012, enn med andre forløp som var ferdig i oktober, vedtatt i desember. I øykommunen f.eks. er det tvert i mot andre forløpet som er best implementert. Det rapporteres om særlig én, og delvis utenforstående faktor som har hemmet implementeringen, og det er dataproblematikk av ulik art. Delvis lå det utenfor kommunenes styring, men samtidig viser analysen at man manglet diversitet i implementeringsfasen, bl.a. ved at kommunenes IT-avdelinger ikke var særlig godt involvert. Det er et eksempel på mangelfulle vilkår.

Tredje problemstilling: *Har kunnskapsdelingen gitt resultat i form av endringer i rutiner og organisatoriske strukturer i kommunene?* Det er lite i tolkingen av funnene som tilsier at det har vært endringer som kausalt kan kobles til kunnskapsdeling i prosjektet, utover det som har skjedd i tilknytning til pasientforløpene, og som er omtalt over. Ett unntak er initiativkommunen som høsten 2012 etablerte et KOLS-team, riktignok uten å avsette egne ressurser til det. Et annet er øykommunen som la et hovedansvar for denne pasientgruppen til en fast sykepleier, samt strammet inn vedtaksrutiner og sikret økt gjennomstrømming av

pasienter. Det siste kanskje like mye pga. reformen. Det er heller ikke rapportert om endringer i rutinene mellom sykehus og kommunene, til tross for at helseforetaket var med i prosjektet helt fra idefasen. Det er vanskelig ut fra funnene å si at andre organisatoriske endringer som har skjedd i kommunene, kan knyttes til prosjektet.

Hovedproblemstillingen:

Av oppsummeringen over går det fram at delproblemstillingene viser at man i liten grad har lyktes med å få til kunnskapsdeling mellom prosjektet og kommunene. Læring langs den ontologiske dimensjonen er lite synlig, mer enn to måneder etter at prosjektet avsluttes. Det skal nevnes at prosjektgruppen er videreført for en periode, og skal utvikle det tredje pasientforløpet. Slik sett er det et nettverk som opprettholdes her, så lenge det er penger til overs i prosjektet. Utover det vet man ikke om nettverket blir fast etablert og levedyktig. Kommunene kan langt på vei sies å ha prosessert kunnskap, men har ikke lært mye mer om hvordan legge til rette for kunnskapsbyggende prosesser i organisasjonen.

Et konkret uttrykk for at kommunene ikke ser ut til å ha etablert fysiske eller mentale rammer for å utvikle nye kunnskapsspiraler er, at til tross for sparsommelige og delvis negative erfaringer så velger man å utvikle det tredje pasientforløpet. Her ville det i tråd med teorien om kunnskapsbyggende organisasjoner, vært mer hensiktsmessig at ny eksplisitt kunnskap gjennom eget prosjekt, kunne kombineres med eksplisitt kunnskap hentet fra f.eks. det diagnoseuavhengige forløpet de fikk presentert på sluttseminaret og som de ble svært imponert over. Da ville man kunne startet en ny læringssyklus.

Utsagnene fra følgende tre prosessgruppedeltagere illustrerer avslutningsvis den konklusjonen som analysen antyder: En sier: "prosjektet har vært en viktig drahjelp i en omstillingsprosess". En annen sier: "Tror dette er bare nok et prosjekt som de har kommet seg gjennom etter å ha fått tildelt midler". En tredje sier: "Er mere usikker på om kommunen sitter igjen med noe etter dette."

I følge Nonaka og Takeuchi (1995) må kunnskapen traversere fra prosjektteamet til basisorganisasjonens avdelinger og divisjoner, eller sektorer i en kommunal kontekst. De understreker at det ligger til toppledelsen å sikre at de muliggjørende vilkårene for kunnskapsbyggingsprosessen er til stede. I sum ser jeg ikke at det har funnet sted her.

7 Konklusjon og veien videre

7.1 Konklusjon

I denne studien har jeg brukt en abduktiv metode. Jeg hadde tilgang til mye data da problemstillingen skulle utvikles, og kunne valgt en ren induktiv tilnærming. I stedet ønsket jeg å utvikle studien i deduktiv retning ved å bruke en konkret og etter mitt syn spennende teori som jeg synes var et interessant inntak til denne casestudien. Det var ikke gitt da jeg startet arbeidet, at teorien hadde god nok relevans som analyseredskap til å forklare funn i studien av fem mindre kommuner i Utkant-Norge, og deres fellesprosjekt. Nonaka og Takeuchis teori er tross alt utviklet på bakgrunn av studier av store konsern med internasjonalt nedslagsfelt. Men ved å behandle teorien som en idealtypisk modell og bruke de elementene herfra som jeg fant relevante, og ved å anvende de "bruksanvisningene" som forfatterne har utviklet, synes jeg teorien fungerer forklarende på hva som har påvirket den organisatoriske læringen.

Prosjektet har lyktes med å få i gang en læringsspiral som kan identifiseres som SEKI-prosessens tre første stadier, ved at deltagerne i prosjektet har delt og utviklet ny kunnskap. Denne kunnskapsutviklingen er positiv for den enkelte, og den vil også ha en viss gjødslingseffekt i deres nærmeste arbeidsmiljø i hjemkommunen. Altså har det skjedd læring langs den epistemologiske dimensjonen. Det gjelder både prosesskunnskap, altså hvordan utvikle slike forløp, det gjelder økt forståelse rundt hvordan tjenestene henger sammen/ikke henger sammen, den har skapt tettere relasjoner, og for noen har den gitt innblikk i hvordan store prosjekt kan gjennomføres.

Når jeg skal sammenfatte funnene i studien, sett i lys av hovedproblemstillingen, er konklusjonen ganske klar: Samhandlingsprosjektet har ikke bidratt til at eierkommunene har utviklet bedre metoder for kunnskapsdeling og organisatorisk læring. Det henger sammen med at man ikke har lyktes med å utvikle den ontologiske læringsdimensjonen. Altså har ikke kommunene blitt synlig flinkere til å skape ny kunnskap, heller ikke til å spre den rundt i organisasjonen slik at man oppnår at det kan oppstå stadig nye læringsspiraler (Nonaka og Takeuchi 1995).

Det skyldes to forhold:

For det første har rådmannsnivået, altså styringsgruppen, i for stor grad sittet i førersetet i prosessen og ikke våget å slippe rattet. De har ikke sett hvordan formaliseringen og nivådelingen i prosjektpyramiden har ekskludert involvering av mellomledelsen, altså sine egne enhetsledere, som i følge Nonaka og Takeuchi (1995) er det sentrale nivået i alle organisasjoner. De har i stedet brukt prosjektlederen som informasjonsformidler mellom gruppenivåene.

For det andre ser rådmannsnivået ikke ut til å reflektere rundt hvordan de i prosjektorganisasjonen imiterte sin egen byråkratiske struktur, og ikke utnyttet mulighetene som tradisjonelt forbindes med prosjektorganisering, nemlig fleksibilitet, tverrfaglighet, selvstendighet, flat struktur etc.. De utnyttet dermed ikke mulighetene som ligger i hypertekstorganisasjonen til å hente ut den komplementære effekten ved å kombinere begge organisasjonsformene.

Dette er etter mitt syn konsentratet av analysen. I forhold til min tematiske tilnærming innledningsvis, om hvorvidt det å bruke prosjekt er hensiktsmessig hvis en organisasjon har som mål å utvikle evne til organisatorisk læring, betyr allikevel ikke denne konklusjonen at svaret uten videre er nei. Studien viser at for å lykkes med å utvikle dynamiske og kontinuerlige læringsspiraler ved bruk av prosjekt, er det helt nødvendig å være bevisst på hva slags organisasjonsdesign man velger for å styrke relasjonen mellom prosjektet og eierorganisasjonen. Men kanskje aller viktigst er at man velger en ledelsesmodell som involverer de sentrale medlemmene i organisasjonen, og at disse involveres tidlig nok. Da er også den tredje dimensjonen sentral, nemlig tid.

7.2 Om overførbarhet og veien videre

I kapittel 4.2 redegjorde jeg for hvorfor jeg valgte å se på denne studien som en multi-case studie. Jeg mener å ha vist at det var et riktig valg fordi casene har vist seg like nok til å knyttes til et generelt fenomen. I følge Yin (1994) har det bidratt til at mine funn blir mer robuste og styrker den teoretiske generaliseringen. Disse fem casene viser at teorien om organisatorisk kunnskapsbygging også kan ha relevans i en kommunal organisasjon, og at kommuner kan ha mye å lære av teorien, ikke minst når man etablerer enkeltstående prosjekt. Det er mange variasjoner mellom kommunene i prosjektet knyttet til størrelse,

engasjement, involvering etc., men når det gjelder organisasjonsdesign og ledelsesmodell er de veldig like. Disse to variablene ser ut til å overstyre andre variabler nesten helt og holdent.

Å skape kunnskap er kjernen i all ledelse, sier Nonaka og Takeuchi (1995). Derfor mener jeg denne studien er relevant. Den viser at SEKI-prosessen, *Ba*, femfasemodellen og de fem muliggjørende vilkår, har mye å bidra med hvis man som organisasjon vil gå metodisk til verks for å utvikle en organisasjon som knekker læringskoden. Slike organisasjoner må være villig til særlig å ivareta en hensiktsmessig organisasjonsdesign og ledelsesmodell.

For å se om læringseffekten i denne studien vil endre seg over tid, ville det vært interessant å foreta nærstudier av en eller flere av kommunene over en lengre periode. En mulighet ville være å ta utgangspunkt i prosessen med å utvikle det tredje pasientforløpet.

Det hadde også vært spennende å se nærmere på det prosjektet som ledet til et diagnoseuavhengig pasientforløp. Det var et resultat av et annet samarbeidsprosjekt, og som ble vellykket implementert i den av kommunene som presenterte forløpet på sluttkonferansen. Å sammenligne disse to prosjektene i lys av Nonaka og Takeuchis teori, kunne vært en interessant videreføring av denne studien.

Litteraturliste

- Alvesson, Mats og Kaj Sköldbberg. 2008. *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersen, Svein S. 1997. *Case-studier og generalisering. Forskingsstrategi og design*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Christensen, Tom, Morten Egeberg, Helge O. Larsen, Per Lægred og Paul G. Roness. 2007. *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gausdal, Børge. 1998. Læring i organisasjonar: teoretiske perspektiv. I *Strategisk personalledelse: utvalgte emner*, Odd Nordhaug, kapittel 9. Oslo: Tano Aschehoug.
- Glosvik, Øyvind. 2002. Om læring på ulike nivå i organisasjonar. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 18(2): 117-141.
- Goldblatt, David, ed. 2000. *Knowledge and the social sciences: theory, method, practice*. London: Routledge, in association with Open University.
- Grimen, Harald. 1991. *Taus kunnskap og organisasjonsstudier*. Notat 91/28. Bergen: LOS-senteret.
- Hagebakken, Grete. 2012. *Prosjektorganisering i kommunal sektor. Om forholdet mellom kontekstuelle variasjoner og prosjektutfall*. Doktorgradsavhandling Universitetet i Tromsø. <http://munin.uit.no/handle/10037/4674> (Lest 23.02.13)
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47(2008-2009). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Hustad, Wiggo. 1998. *Lærande organisasjonar. Organisering for kunnskapsutvikling*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2005. *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring I samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Krogh, Georg von, Kazuo Ichijo og Ikujiro Nonaka. 2001. *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Oslo: NKS Forlaget.
- Nonaka, Ikujiro og David Teece. 2001. SECI. Ba and Leadership: a Unified Model of Dynamic Knowledge Creation. I *Managing Industrial Knowledge. Creation, Transfer and Utilization*, eds. Nonaka, Ikujiro and David Teece, 13-39. London: Sage Publications.
- Nonaka, Ikujiro og Hirotaka Takeuchi. 1995. *The Knowledge-Creating Company*. New York: Oxford University Press.
- Repstad, Pål. 2007. *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. 4. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Røvik, Kjell Arne. 2007. *Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Røvik, Kjell Arne. 1998. *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Thagaard, Tove. 2009. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Torsteinsen, Harald. 2012 *Resultatkommunen: reformer og resultater*. Red: Harald Torsteinsen. Oslo: Universitetsforlaget.

Weber, Max. 2000. *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal

Yin, Robert K. 1994. *Case study research: design and methods*. 2. Utgave. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Intervjuguide leder av styringsgruppa

Spørsmålene satt opp nedenfor viser tema som det er viktig å komme inn på for å belyse problemstillingen. De vil ikke nødvendigvis bli stilt nøyaktig slik de er skissert her, men mer som huskeliste over hva jeg ønsker å få vite noe om.

Hvem var drivkraften bak prosjektet, hadde ideene? Hvorfor?

Hvor tidlig ble utvikling av pasientforløp bestemt og hvorfor akkurat pasientforløp?
- Ville man utviklet egne pasientforløp uten prosjektet?

Hvordan ble prosjektet utviklet og samarbeidspartnere valgt?

Kommunal prosjektgruppe - hvem valgte medlemmene? Hvordan fungerte den?
- Fikk de tid og rom til å jobbe med prosjektet? Prøve og feile, teste ut nye ideer?

På hvilken måte har du som rådmann lagt til rette for gjennomføring av prosjektet?
- Hva med etter at prosjektet er avsluttet – implementering etc. i ny kommune?

Hvordan var kommunikasjonen internt i forrige kommune mellom: rådmannsnivået, mellomledernivået og de som utfører tjenesten? Hva med nåværende?
- ble den endret? F.eks. hyppighet, tema, tid og sted, ansvarsfordeling, nye grupperinger.

Hvordan er kommunikasjonen mellom prosjektkommunene - før, under og etter prosjektet?

Hvordan er kommunikasjonen mellom kommune og sykehus - før, under og etter prosjektet?

Har prosjektet bidratt til å skape ny kunnskap på noen måte? På rådmannsnivå f.eks.?

Hvilke endringer, organisatoriske eller praktiske, kan man spore konkret til prosjektet?

Hvordan er det lagt til rette for at kunnskapsoverføringen fra prosjektet til kommunen skal kunne skje?

Hva med alle delmålene i søknadene – hvordan har de vært jobbet med? Ble noen av disse nådd, synes du?

Gjengangertema på møtene var problemer med IKT og fravær av etablerte kvalitetssystem i kommunene og fastlegesamarbeid. Kom man videre med dette, mener du?

Er det andre konkret ting som har skjedd i kjølvannet av prosjektet i kommunen?

Har deltakelse i prosjektet endret noe på din og andres måte å tenke på, i tilfelle hvordan?

Hvis kommunene har lært noe av og gjennom prosjektet, også på andre driftsområder – hva kan det være og på hvilken måte?

Vedlegg 2:

Intervjuguide for deltager i styringsgruppa

Spørsmålene satt opp nedenfor viser tema som det er viktig å komme inn på for å belyse problemstillingen. De vil ikke nødvendigvis bli stilt nøyaktig slik de er skissert her, men mer som huskeliste over hva jeg ønsker å få vite noe om.

Kan du si litt om bakgrunnen for at din kommune ble med i dette prosjektet?

Hvorfor ble du valgt til å sitte i prosjektgruppa? Hvor mye visste/forstod du i begynnelsen?

- Har slags mandat har du hatt
- Mulighet til å påvirke utviklingen av prosjektet
- Mulighet til å påvirke prosessen i egen kommune?

Den kommunale prosjektgruppa? Hvem valgte medlemmene? Hvordan fungerte den?

- Fikk de tid og rom til å jobbe med prosjektet? Prøve og feile, teste ut nye ideer?

På hvilken måte har rådmannen lagt til rette for gjennomføring av prosjektet?

- Hva med etter at prosjektet er avsluttet – implementering etc.?

Hvordan er kommunikasjonen internt i kommunen mellom: rådmannsnivået, mellomledernivået og de som utfører tjenesten?

- Er den endret? F.eks. hyppighet, tema, tid og sted, ansvarsfordeling, nye grupperinger.

Hvordan er kommunikasjonen mellom prosjektkommunene - før, under og etter prosjektet?

Hvordan er kommunikasjonen mellom kommune og sykehus - før, under og etter prosjektet?

Har prosjektet bidratt til å skape ny kunnskap på noen måte? På rådmannsnivået f.eks.?

Hvilke endringer, organisatoriske eller praktiske, kan man spore konkret til prosjektet?

Hvordan har ev. kunnskapsoverføringen fra prosjektet til kommunen skjedd?

Litt om pasientforløpene:

- Ville dere utviklet egne pasientforløp uten prosjektet?
- Er det planer om å utvikle flere pasientforløp, alene eller sammen med andre?

Er det andre konkrete ting som har skjedd i kjølvannet av prosjektet i kommunen din?

Har deltakelse i prosjektet endret noe på din og andres måte å tenke på, i tilfelle hvordan?

Mener du prosjektet er gjennomført i tråd med målsetningene og er disse nådd, synes du?

Hvis kommunene har lært noe av og gjennom prosjektet, også på andre driftsområder – hva kan det være og på hvilken måte?

Vedlegg 3

Prestrukturert intervjuguide til gruppeintervju med prosjektgruppa

Spørsmålene satt opp nedenfor viser tema som det er viktig å komme inn på for å belyse problemstillingen. De vil ikke nødvendigvis bli stilt nøyaktig slik de er skissert her, men mer som huskeliste over hva jeg ønsker å få vite noe om.

Hvorfor ble dere valgt til å sitte i prosjektgruppa?

- Hvordan har dere blitt involvert i prosjektet, hva har vært deres rolle?
- Har dere fått klare mandat og frihet til å påvirke utviklingen av prosjektet, og av prosessen i egen kommune? Hvordan?
- Tid og rom til å jobbe med prosjektet? Rom for prøving og feiling, teste ut nye ideer?

Den kommunale prosjektgruppa? Hvem valgte medlemmene, hvordan fungerte den?

Hvordan har de som har deltatt i prosessgruppene forstått og håndtert oppgaven?

- Hvilke kriterier lå bak utvelgelsen?
- Hvordan ble de forberedt og fulgt opp?

Har rådmannen lagt til rette for gjennomføring av prosjektet på noen måte?

- Hva med etter at prosjektet er avsluttet – implementering etc.?

Hvordan er kommunikasjonen internt i kommunen mellom rådmannsnivået, mellomleder/enhetsledernivået og de som utfører tjenesten?

- Er den endret? F.eks. hyppighet, tema, tid og sted, ansvarsfordeling, nye grupperinger.
- Kommunikasjon mellom kommunene - før, under og etter prosjektet?
- Kommunikasjon mellom kommune og sykehus - før, under og etter prosjektet?

Hvordan har kunnskapsoverføringen fra prosjektet til kommunen skjedd?

Hvilke endringer, organisatoriske eller praktiske, kan man spore konkret til prosjektet?

Litt om pasientforløpene:

- Hvordan har dere gått frem for at pasientforløpene skal tas i bruk?
- Hvordan er responsen fra de ansatte?
- Ville dere utviklet egne pasientforløp uten prosjektet?
- Er det planer om å utvikle flere pasientforløp, alene eller sammen med andre?
-

På hvilken måte har prosjektets fagkurs bidratt? Hospiteringsordninger?

Er det andre konkrete tiltak som har skjedd i kjølvannet av prosjektet?

Læringseffekt

- Læringseffekt for de ansatte som har deltatt
- Læringseffekt utover de som har vært med i selve prosjektet
- Læringseffekt for egen del

Har deltakelse i prosjektet endret noe på din og andres måte å tenke på, i tillegg hvordan?

Hvis kommunene har lært noe av og gjennom prosjektet, også på andre driftsområder – hva kan det være og på hvilken måte?

Vedlegg 4

E-postintervju med prosessveilederne i prosessgruppene for pasientforløp 1 og 2.

I dette e-postintervjuet skriver dere så utfyllende dere selv ønsker. Det er fint om dere skriver "vet ikke" eller lignende, på spørsmål dere ikke besvarer. Da vet jeg at dere har lest alle spørsmålene, og hvorfor dere eventuelt ikke besvarer enkelte av dem. Under enkelte av spørsmålene har jeg skrevet noen strekpunkt. De er ment som hjelpende stikkord, og som en presisering av spørsmålet. Jeg kan ikke garantere dere 100 % anonymitet, men jeg kan garantere at stoffet behandles konfidensielt. Det er viktig å understreke at det er frivillig å delta i e-postintervjuet. Lykke til!

Din utdanning:

Din stilling: I hvilken prosessgruppe deltok du:

Kan du si noe om hvordan og hvorfor du ble valgt til å sitte i prosessgruppa?

Hvor godt kjente du prosjektet før du ble spurt om å være med?

Var rammen og mandatet for oppgaven tydelig?

Hvordan gikk du frem for å innhente informasjon og kunnskap som du trengte i prosjektarbeidet?

Hvordan fant du det du trengte av tid og rom til å jobbe med prosjektet?

Hva syns du om arbeidsprosessen i prosessgruppa?

- Var det rom for prøving og feiling og følte det trygt å teste ut egne tanker og ideer?

Var arbeidet organisert på en hensiktsmessig måte?

Hvordan var kommunikasjonen med den lokale prosjektlederen i din kommune?

Hvordan var kommunikasjonen med den kommunale prosjektgruppa?

Hvordan opplevde du kommunikasjonen med dine kolleger på jobben – syns du de viste interesse for prosjektet?

Hvordan var kommunikasjonen med de andre i gruppa di?

Har det vært lærerikt å være sammen med kollegaer fra andre kommuner? I tilfelle ja, på hvilken måte?

Har dere hatt kontakt med hverandre etterpå, uavhengig av prosjektet? Har det i tilfelle vært faglig begrunnet?

Hvordan har rådmannen lagt til rette for gjennomføring av prosjektet, slik du ser det?

- I løpet av prosjektperioden.
- I forbindelse med implementeringen av pasientforløpene
- Interesse eller oppfølging etter at prosjektet er avsluttet

Hvordan syns du kommunikasjonen fungerer internt i kommunen din, mellom rådmannsnivået og mellomledernivået (enhetsleder/avdelingsleder) og mellom dere som utfører tjenesten?

Er kommunikasjonen mellom nivåene endret på noen måte? F.eks. når det gjelder møtehyppighet, tema på møter, uformelle møter og samtaler osv.

Er det for eksempel lettere å ta kontakt med enhetsleder eller rådmann nå enn før?

**Kan du si noe om samhandlingen mellom arbeidsplassen din og sykehuset?
Ser du endringer før, under og etter prosjektet?
Kan du si om det har skjedd en kunnskapsoverføring fra prosjektet til kommunen?
I tilfelle, hva har det vært og hvordan har denne overføringen skjedd?**

Hvilke endringer, organisatoriske eller praktiske i kommunen din, kan man spore konkret til prosjektet?

Så litt om pasientforløpene:

- Hva visste du om pasientforløp før du ble med i prosjektet?
- Er du fornøyd med pasientforløpene?
- Ville dere utviklet egne pasientforløp uten prosjektet?
- Syns du at bruk av pasientforløp er en god måte å organisere arbeidet på?

Hvordan har implementeringen av pasientforløpene gått?

Hva har bidratt positivt hvis implementeringen har gått bra, og hva har hemmet hvis den ikke har lyktes så bra, tror du?

Har ansvaret for implementeringen vært fordelt på en god måte etter ditt syn?

På hvilken måte har prosjektets fagkurs vært nyttig? Hospiteringsordninger?

Hva har du lært gjennom deltakelse i prosjektet, syns du?

Har kommunen din lært noe gjennom å delta i dette prosjektet, slik du ser det?

Andre ting du vil nevne som det ikke er spurt om her?