

# MASTEROPPGAVE

## Pasientens behov for tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

### Organisering av tverrfaglig re-/habilitering i kommunene

En kvalitativ studie av hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i koordinerende enheter

Utarbeidet av:

Gry Bogetun

Fag:

Tverrfaglig samhandling i helse- og sosialsektoren

Avdeling:

Avdeling for helse- og sosialfag



## **Forord**

Etter å ha lest noen forord i andres masteroppgaver, ser jeg at mange betegner et masterløp som en reise. Det er ikke mitt begrep for denne tiden, men jeg har reist mye mellom hjem og studiested, Finnmark og Østfold.

Jeg vil takke informantene som har tatt i mot meg, uten dere hadde ikke denne undersøkelsen blitt noe av. Videre vil jeg takke Fylkesmannen i Finnmark som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre masterstudiet ved siden av jobb, det går en særlig takk til Linda Kråkenes.

Jeg vil også takke Harald som har vært en tålmodig og støttende kjæreste og ektemann i en tid som periodevis har krevd mye.

En stor takk til veileder Catharina Bjørkquist som har vært rolig, behersket og veiledende gjennom alle faser av studiet.

Til sist vil jeg takke Linn som har vært min diskusjonspartner og mentor gjennom hele studiet.

Vadsø 17.12.14

*Gry Bogetun*

## Sammendrag

Manglende samhandling har over tid vært en utfordring for helsetjenestene i Norge. Allerede i 2001 vedtok staten en forskrift der kommunene ble pålagt å ha koordinerende enheter (KE) for habilitering og rehabilitering (re-/habilitering). KE er funksjoner som skal sikre at helse- og omsorgstjenester planlegges, koordineres og omdefineres fra enkelttjenester til samordnede tverrfaglig re-/habilitering for enkeltmennesker med sammensatte og langvarige behov.

I 2008 - 2009 viser statens oppsummering av pasient- og brukererfaringer at manglende samhandling fremdeles er en utfordring ved å konkludere med at «*Pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok – fragmenterte tjenester*» (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s.21). Videre at det er en av tre nasjonale utfordringer i Samhandlingsreformen.

Jeg har gjort en kvalitativ studie, der jeg søker mer kunnskap om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Som et grunnlag for å gjennomføre undersøkelsen har jeg gransket statlige styringsdokumenter fra helse- og omsorgsdepartementet (HOD) rettet mot kommunenes særskilte organisering av KE og kommunal- og regionaldepartementet<sup>1</sup> (KRD) rettet mot kommunenes generelle organisering.

Studien er gjennomført i fire kommuner i ett og samme fylke. Jeg har gransket kommunes styringsdokumenter og gjennomført semistrukturerte intervju med nøkkelpersoner i kommunene. Jeg har også intervjuet seniorrådgiver i statens helsetilsyn. Samlet har det gitt meg et empirisk materiale som er drøftet i lys av organisasjonsteori, i et institusjonelt- og et instrumentelt perspektiv. Det å drøfte funnene i ulike perspektiv har gitt en nyansert bredde til oppsummering og avsluttende refleksjoner.

Studien viser at kommunene ikke oppfatter statens styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE som en organisasjonsform som passer dem så lenge den ikke er i samsvar

---

<sup>1</sup> KRD skiftet i 2013 navn til Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD)

med kommunenes normer og verdier. Styringen oppfattes som uinteressant, ikke relevant og blir besvart med ignorering. Statlig styring som er i samsvar med kommunens normer og verdier oppfattes som relevant og hensiktsmessig og besvares ved at kommunen organiserer tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Studien viser samtidig at kommunene ikke oppfatter statlig styring, i forskrift og lov, om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE som en plikt. Så lenge den statlige styringen ikke inkluderer flere virkemidler av statlig styring, blir den besvart ved at kommunene ignorerer den. Når staten styrer ved hjelp av flere virkemidler kan kommunene besvare statens styring ved å etablere tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Studien viser også at statlig styring fra HOD, det vil si den styringen som er spesifikt rettet mot tverrfaglig re-/habilitering i kommunene har betydning. Hvor stor betydning den statlige styringen har, henger sammen med hvor omfattende den statlige styringen er. Det er samtidig slik at statlig styring fra KRD, rettet mot kommunenes generelle organisering, også har betydning for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Dette fordi KRD styrer kommunene mot en generell organisering basert på balansert målstyring (BM), en organisasjonsform som vanskeliggjør organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Oppsummert vil det si at statlig styring fra HOD har positiv betydning for hvordan kommunenes organisering kan besvare pasientenes behov for koordinerte tjenester, mens statlig styring fra KRD har negativ betydning for hvordan kommunenes organisering kan besvare pasientenes behov for koordinerte tjenester.

## Summary

Lack of cooperation has for a while been a challenge for the Norwegian health care services. In 2001 the government adopted a regulation which imposed the municipalities to have coordinating units for habilitation and rehabilitation (re-/habilitation). Coordinating unit is arrangements which aim to ensure that health care is planned, coordinated and redefined from fragmented services to coordinated interdisciplinary re-/habilitation for individuals who have long-term and complex needs.

The government summarized patient- and user experiences in 2008 – 2009, the summary displays that lack of coordination is still a challenge, their conclusion was that “*The patients` need for coordinated healthcare is not answered good enough – fragmented services*” (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s.21). Furthermore, that this is one of three challenges in the national coordination reform.

I conducted a qualitative study, in which I seek knowledge about the municipalities` perception of government management, further how they are responding to the management towards organization of interdisciplinary re-/habilitation in coordinated units. I have studied governmental policy documents from the Ministry of Health Care Services directed towards the municipalities` organization of coordinating units and policy documents from the Ministry of Local Government and Regional development<sup>1</sup> directed towards the municipalities` general organization.

The study is conducted in four municipalities in the same county. I have studied municipal policy documents and I have interviewed employees with relevant experiences and knowledge in the municipalities. I have also interviewed a senior advisor at the Directorate of Health. All together this gives an empirical material which I have discussed against organizational theory, in an institutional and instrumental perspective. Different perspectives have nuanced discussion to the summary and the final reflections.

---

<sup>1</sup>Ministry of Local Government and Regional development changed their name to Ministry of Local Government and Modernisation in 2013.

The study shows that the municipalities don't perceive government managing directed towards interdisciplinary re-/habilitation in coordinated units as a suitable form of organization for themselves as long as there is no correspondence between governmental management and municipal values and norms. The management is considered as uninteresting, not relevant and it is ignored. Governmental management which corresponds with municipal values and norms is considered as relevant and appropriate and the municipalities answer by organizing interdisciplinary re-/habilitation in coordinating units.

The study shows that the municipalities do not consider governmental management in regulation and law about organization interdisciplinary re-/habilitation in coordinating units as mandatory. As long as governmental management doesn't include more instruments the municipalities ignore it. Governmental management with several instruments can be answered with establishing interdisciplinary rehabilitation in coordinating units.

The study also shows that governmental management by the Ministry of Health and Care Services specifically aimed at interdisciplinary re-/habilitation in the municipalities, do have impact. The impact of governmental management is linked to the extent of governmental managing. The study shows at the same time that governmental management from Ministry of Local Government and Regional Development aimed at the municipalities' general organization also has an impact on the municipalities' organization of interdisciplinary re-/habilitation in coordinating units. The explanation is that Ministry of Local Government and Regional Development is managing the municipalities towards a general organization based on principles of Balanced ScoreCard. This organizational form complicates organization of interdisciplinary re-/habilitation in coordinating units. Summarized, this means that governmental management from the Ministry of Health Care Services has positive impact on how the municipalities can organize and answer the patients' need for coordinated services, while governmental managing from Ministry of Local government and Regional Development has a negative impact for how the municipalities can answer the patients' need for coordinated services.

## **Innhold**

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
Bakgrunnen for valg av tema .....	6
Problemstilling og forskningsfokus .....	8
Re-/habilitering .....	10
Koordinerende enheter i kommunene .....	11
Statlig styring .....	14
Statlig styring fra Helse- og omsorgsdepartementet .....	15
Statlig styring fra kommunal- og regionaldepartementet.....	17
Studiets relevans .....	18
Avgrensning.....	19
Disposisjon av oppgaven .....	20
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>21</b>
Kommunene .....	21
Koordinering i resultatkommunene.....	25
Statlig styring av kommunene .....	26
Det instrumentelle perspektivet.....	28
Det institusjonelle perspektivet.....	31
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>33</b>
Forskningsdesign .....	33
Metodene.....	34
Gransking av statlige styringsdokumenter.....	34
Gransking av kommunale styringsdokumenter.....	35
Semistrukturerte intervju .....	36
Utvalg av analyseenheter.....	37
Presentasjon av analyseenhetene.....	39
Analyse.....	40
Metodiske begrensninger .....	41
Forforståelse .....	42
Reliabilitet.....	43

<b>Validitet.....</b>	<b>44</b>
<b>Forskningsetiske vurderinger .....</b>	<b>44</b>
<b>Refleksivitet .....</b>	<b>45</b>
<b>4.0 Presentasjon av funn .....</b>	<b>48</b>
<b>Presentasjon av kommunene .....</b>	<b>48</b>
<b>Kommunenes oppfatning av statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE....</b>	<b>50</b>
<b>Standardkrav .....</b>	<b>50</b>
<b>Økonomiske virkemidler.....</b>	<b>54</b>
<b>Tilsyn og kontroll.....</b>	<b>56</b>
<b>Støtte og veiledning.....</b>	<b>56</b>
<b>Betydningen av statlig styring – betydningen av aktører utenfor kommunene.....</b>	<b>58</b>
<b>Kommunenes svar på statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE.....</b>	<b>63</b>
<b>Oppsummering.....</b>	<b>66</b>
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>67</b>
<b>Kommunenes oppfatning av statlig styring før samhandlingsreformen .....</b>	<b>67</b>
<b>Kommunenes oppfatning av statlig styring etter samhandlingsreformen .....</b>	<b>76</b>
<b>Kommunes svar på Samhandlingsreformen .....</b>	<b>79</b>
<b>Oppsummering av drøftingsdelen.....</b>	<b>86</b>
<b>Avsluttende refleksjon.....</b>	<b>88</b>



## **1.0 Innledning**

Jeg har innledningsvis beskrevet hvordan jeg har tilegnet meg kunnskap og erfaringer om organisering av tverrfaglig re-/habilitering i kommunene og hvorfor jeg har valgt organisering av tverrfaglig re-/habilitering som tema for masteroppgaven. Jeg har også beskrevet hvordan egne erfaringer sammen med organisasjonsteori ligger til grunn for problemstilling og forskningsspørsmål.

I innledningen beskrives også re-/habilitering, KE som statlig norm og som resultat av kommunal organisering og statlig styring rettet mot kommunene. Statlig styring kan mer presist beskrives som; statlig styring rettet mot kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE og statlig styring rettet mot kommunenes generelle organisering. Kommunenes generelle organisering er konteksten for tverrfaglig re-/habilitering i KE. Jeg har avslutningsvis beskrevet studiets relevans, avgrensninger som er gjort og oppgavens videre oppbygging.

### **Bakgrunnen for valg av tema**

Jeg har i mange år jobbet med tverrfaglig re-/habilitering ved helse- og sosialavdelingen ved et av fylkesmannsembetene i Norge. Jobben har gitt meg kunnskap og erfaring om at pasientenes behov for tjenester ikke koordineres godt nok, og at tjenestene er fragmenterte på grunn av manglende samhandling i helse- og omsorgstjenestene.

Jobben har også gitt meg kunnskap om hvordan helse- og omsorgspolitiske beslutninger på nasjonalt nivå omgjøres til konkrete tiltak overfor kommunene. I praksis skjer det ved at helse- og omsorgsdepartementet (HOD), med bakgrunn i stortingsvedtak, utformer overordnede strategier. Helsedirektoratet utformer konkrete tiltak i form av årlige oppdragsbrev. Fylkesmennene har ansvar for å løse oppdragene ved å iverksette tiltak overfor kommunene. I oppdragsbrevet for 2014 har helsedirektoratet utformet en målsetning som beskriver at brukerne skal møte KE i alle kommuner. Resultatkravet til fylkesmennene er at de skal bistå kommunene i utviklingsarbeidet for å øke kapasitet, faglig bredde og god kvalitet i tverrfaglig re-/habilitering. (Embetsoppdraget til Fylkesmennene, 2014, kap. 84.12). Min erfaring tilsier at 2014-oppgavet er en repetisjon av tidligere oppdrag. Ordlyd og resultatkrav varierer noe, men oppdraget er

det samme. Fylkesmennene skal ha oversikt over KE og bidra til tverrfaglig re-/habilitering.

Med utgangspunkt i embetsoppdrag og resultatkrav har jeg bidratt til å gjennomføre disse oppdragene ved å informere om plikten til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE, ved å holde kurs og veilede kommunene. Informasjonstiltakene har vært rettet mot kommunenes ledelsesnivå. Opplæring og veiledning har vært rettet mot utøvernivået: KE. Min erfaring er at de kommunale lederne har vist liten interesse for KE. De begrunner manglende interesse med at statens styring av KE er bare én av mange oppgaver de har fått ansvar for, og at de ikke har ressurser til å innfri alle kravene som stilles til dem. Samtidig viser de som jobber med tverrfaglig re-/habilitering stor interesse for KE. Hos dem møter jeg oftest et engasjement for å få KE til å fungere best mulig.

Jeg har også deltatt i kontroll av tverrfaglig re-/habilitering i kommunene. Slike kontroller skjer i regi av Helsetilsynet<sup>1</sup>. I 2006 deltok jeg i et landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn og unge. En del av dette tilsynet var rettet mot koordinering av tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det nasjonale resultatet viste at tilsynet hadde avdekket at halvparten av kommunene ikke hadde KE, videre at koordineringen var mangelfull i tre fjerdedeler av kommunene<sup>2</sup>. Kort oppsummert har jeg som ansatt i en helse- og sosialavdeling i et fylkesmannsembete, gjennomført tiltak for å styre kommunen til å løse sine kommunale oppgaver knyttet til tverrfaglig re-/habilitering slik staten har bestemt. Jeg har samtidig erfart at innsatsen ikke har ført til at resultatkravet fra helsedirektoratet er innfridd. Oppdraget om etablering av KE i alle norske kommuner er så langt ikke ferdigstilt, verken i det fylket jeg jobber i, eller i landet for øvrig. Det er fremdeles ikke KE på plass i alle norske kommuner til tross for at staten siden 2001 har forsøkt å styre kommunenes

---

<sup>1</sup> Helsetilsynet er overordnet, nasjonal tilsynsmyndighet. Helsetilsynet skal gjennom tilsyn kontrollere at kommuner og helseforetak driver sine virksomheter i samsvar med gjeldende lover og forskrifter.

<sup>2</sup> Tilsynet ble gjennomført i 40 kommuner og 21 enheter for barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

organisering av tverrfaglig re-/habilitering inn i KE gjennom å pålegge kommunene<sup>3</sup> slik organisering. De siste tallene for KE viser at én av fem kommuner, det vil si at ca. 85 av Norges 428 kommuner ikke har organisert sin tverrfaglige re-/habilitering i KE (Riksrevisjonen, 2011-2012, s. 76).

Kunnskap og erfaringer som beskrevet ovenfor var utgangspunktet for å stille spørsmål ved kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering. Jeg lurer veldig på hvorfor ikke alle kommuner gjør som staten sier at de skal gjøre. På det tidspunktet undersøkelsen blir gjennomført har jeg deltatt i den statlige styringen rettet mot kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i 13 år. Styringen har hatt ulike former, den har hatt form som lovpålegg, som opplæring og veiledning. Den har hatt form som kontroll og den har vært prosjektorientert. Styringen har ført frem i noen kommuner, men ikke i alle. Jeg har sett på den utviklingen som har funnet sted med et statlig styringsblikk, uten at det har gitt meg svar som forklarer hvorfor kommunene handler som de gjør. Ved hjelp av masterstudiet og tilhørende teori har jeg fått hjelp til å fokusere forskningen om kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering gjennom ulike teoretiske perspektiv.

### **Problemstilling og forskningsfokus**

Med bakgrunn i erfaring i statlig styring rettet mot organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE og innføring i organisasjonsteori med særlig vekt på institusjonell og instrumentell teori har jeg har utformet denne problemstillingen:

*Hvordan oppfatter og besvarer kommunene statlig styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i koordinerende enheter?*

Jeg vil altså undersøke hvordan kommunene **oppfatter** den statlige styringen rettet mot tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det vil si at jeg vil undersøke hvordan kommunene skriftlig og muntlig beskriver sin oppfatning av denne styringen. Videre vil jeg

---

<sup>3</sup> Gjennom forskrift om habilitering- og rehabilitering i 2001 og forskrift om habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i 2012.

undersøke hvordan kommunene **besvarer** den statlige styringen av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det vil si at jeg vil undersøke om det er samsvar mellom kommunenes praksis for tverrfaglig re-/habilitering og den statlige normen for tverrfaglig re-/habilitering i KE. Normen beskrives mer inngående i kapittelet: Koordinerende enheter i kommunene. Kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering vil bli fortolket som kommunenes besvarelse av den statlige styringen.

For å få kunne besvare problemstillingen har jeg utformet to forskningsspørsmål. Det første forskningsspørsmålet lyder:

*Hvilken betydning har statlig styring for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering?*

Min forforståelse tilsier at kommunenes oppfatning av statlig styring vil være basert på **hvilken betydning** statlig styring tillegges, det vil si hvor viktig kommunene synes den statlige styringen er. Videre at styring som oppfattes som betydningsfull for den enkelte kommune vil bli besvart med organisering som er i samsvar med den statlige styringen. Mens statlig styring som oppfattes som lite betydningsfull vil bli besvart med annen organisering eller ignorering. Svaret på dette forskningsspørsmålet vil bidra til å besvare problemstillingen. Jeg har valgt å undersøke betydningen av den statlige styringen fra HOD, som har som formål å få kommunene til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Det andre forskningsspørsmålet er utformet for å undersøke ytterligere en påvirkningsfaktor, og spørsmålet lyder:

*Hvilken betydning har aktører utenfor kommunene for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering?*

Dette forskningsspørsmålet følger av kunnskap jeg har ervervet meg i masterstudiet. Ny kunnskap om institusjonell teori har gitt meg andre innfallsvinkler for å forstå at det kan finnes flere påvirkningsfaktorer, mer nyanserte forklaringer enn de jeg har lagt til grunn som utøver av statlig styring. Det er utgangspunktet for at jeg vil undersøke **hvilken betydning** aktører utenfor kommunen har for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering. Min forforståelse tilsier at andre aktørers betydning for organiseringen

av tverrfaglig re-/habilitering også kan bidra til ytterligere presisering når problemstillingen skal besvares.

### **Re-/habilitering**

Tverrfaglig re-/habilitering handler om helse- og omsorgstjenester som samordnes på tvers av fag, profesjoner, sektorer og nivå. Tverrfaglig re-/habilitering er helse- og omsorgstjenester som settes sammen til helhetlige tjenesteforløp, ut fra individuelle behov.

Den formelle definisjonen på re-/habilitering er:

”Habilitering- og rehabilitering er tidsavgrensede planlagte, prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet”. (Forskrift om habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2012, § 3)

Re-/habilitering er en samlebetegnelse for habilitering og rehabilitering som gjelder flere pasient- og tjenestemottakergrupper:

- Begrepet habilitering brukes om det å oppnå nye ferdigheter. Mennesker med medfødt funksjonshemming, eller kronisk sykdom skal habiliteres dvs. **oppnå** best mulig fungering, mestring, selvstendighet og samfunnsdeltakelse.
- Begrepet rehabilitering brukes om det å gjenvinne tapte ferdigheter. Mennesker med trafikkskade, slagrammede, kronisk sykdom, rusmiddelavhengighet, psykiske lidelser osv. skal rehabiliteres – dvs. **gjenvinne** best mulig fungering, mestring, selvstendighet og samfunnsdeltakelse.

Den tidligere oppfatningen av re-/habilitering var at det var noe som ble iverksatt i etterkant av medisinsk behandling. Re-/habilitering oppfattes i dag som en helhet, som inkluderer medisinske behandling (St.meld. nr.16, 2011-2015, s. 69).

Kommunal re-/habilitering defineres i to hovedgrupper:

#### I institusjon

- Definerte korttidsinstitusjonsplasser for rehabilitering som døgntilbud, de fleste lokalisert i sykehjem
- Varierende grad av flerfaglig personell

- Tverrfaglig samarbeid

#### Utenfor institusjon

- Dag og gruppetilbud
- Tverrfaglig ambulant team som rehabiliteringstilbud i hjemmet
- Målrettet oppfølging fra ulike faggrupper. Varierende grad av flerfaglig personell, men særlig fysio- og ergoterapeuter i tillegg til leger og pleiepersonell
- Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling knyttet til individuell plan (Helsedirektoratet 2012, s. 25).

Som det fremgår av denne oversikten er kommunal re-/habilitering sammensatt. Som beskrevet innledningsvis i dette kapittelet, vil den kommunale re-/habiliteringen også innebære samhandling med andre enn aktørene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Individuell re-/habilitering skal besvare individuelle behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester. I Norge har staten valgt å pålegge kommunene å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det har staten gjort for å sikre at pasientens behov for koordinerte tjenester skal besvares godt nok.

#### **Koordinerende enheter i kommunene**

KE er en funksjon som skal ha ansvar for å planlegge og koordinere helhetlige, tverrfaglige helse- og omsorgstjenester for enkeltmennesker med sammensatte tjenestebehov. KE skal også være et kontaktpunkt for kommunikasjon mellom helse- og omsorgstjenesten og helseforetak. KE skal sørge for at pasientens behov for koordinerte tjenester besvares. KE er en samhandlingsstruktur på systemnivå som skal styre samhandlingen i helse- og omsorgstjenestene uavhengig av kommunenes størrelse. I 2001 beskrev staten den statlige normen slik: Kommunen skal ha en synlig KE med ansvar for helhetlig re-/habilitering av flere pasient- og brukergrupper. I 2012 ble den statlige normen for KE utvidet til å omfatte det overordnede ansvaret for individuelle planer og opplæring og veiledning av koordinatorene. Den utvidede normen for KE er beskrevet i lov<sup>4</sup> og forskrift<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Den utvidede normen er Samhandlingsreformens svar på den nasjonale utfordringen om at pasientens behov for tjenester ikke besvares godt nok fordi helse- og omsorgstjenestene er fragmenterte. Det har resultert i en standard for KE som henger nøye sammen med beskrivelsene i lov om helse- og omsorgstjenester § 4-1. Den beskriver kravet til forsvarlighet som en standard for tjenestene som skal ytes. Jeg vil definere forskriftens<sup>6</sup> § 6 om at kommunen skal etablere en KE, at system for IP skal legges til KE. KE skal ha ansvaret for opplæring og veiledning av koordinatorene som både en regulering av kommunens organisering, og som en angivelse av standard for re-/habiliteringsarbeidet. Her under skal pasientens behov for helhetlige tjenester besvares gjennom koordinerte tjenester. Når det er sagt, så er den utvidede normen beskrevet av hensyn til leserens forståelse. Det er den opprinnelige og videreførte normen som er lagt til grunn for undersøkelsen i dette prosjektet og den er, som tidligere beskrevet formulert slik: Kommunen skal ha en synlig KE med ansvar for helhetlig re-/habilitering av flere pasient- og brukergrupper.

Jeg vil gå fra beskrivelse av den statlige normen for KE til beskrivelse av KE slik de fremstår i kommunene. De kommunale KE har ulik form og funksjon. Jeg vil beskrive disse variasjonene som følger av ulikheter i organisatorisk plassering i den enkelte kommuneorganisasjon og erfaringer knyttet til organisatorisk plassering. Beskrivelsene bygger på tilbakemeldinger jeg har fått fra kommunene gjennom jobben jeg gjør og undersøkelser i regi av Helsedirektoratet og Riksrevisjonen.

Helsedirektoratets rapporter om utviklingen av kommunale KE viser at kommunene velger å organisere KE ulikt. De ulike måtene å organisere KE på beskrives slik:

- KE er en funksjon i egen enhet,
- KE er et tverrfaglig team,

---

<sup>5</sup> Forskrift om habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator

- KE er en oppgave som er tillagt en person, som gjennom en del av sin ordinære stilling ivaretar ansvaret for KE (Helsedirektoratet, 2011, s. 10).

Disse erfaringene er i samsvar med de erfaringene jeg har fått formidlet fra kommunene. Jeg har også mottatt utdypende beskrivelser av de utfordringene som følger av ulike former for organisering av KE. I noen kommuner er KE organisert som en egen enhet med ansatte som har KE som sin hovedoppgave. I slike enheter beskriver de som jobber der at de oppfatter det som positivt at kommunen har valgt å definere KE som en egen enhet. De fleste av disse beskriver samtidig at de er plassert i linja sammen med alle de andre enhetene i helse- og omsorg uten myndighet til reell koordinering. Det beskrives som uhensiktsmessig, fordi de blir en lite synlig enhet uten reell myndighet til å instruere andre enheter til samhandling om enkeltpasienter.

Helsedirektoratet har også beskrevet sammenhengen mellom tildelt myndighet og reell mulighet til å fungere som et koordinerende system:

Det er viktig å skape en sterk relasjon mellom rådmannsnivå og koordinerende enhet hvis man skal gjøre det mulig for koordinerende enhet å samordne de ulike virksomhetene. Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvilken grad av myndighet koordinerende enhet skal ha. Slik Rambøll oppfatter det henger dette nært sammen med hvilke sentrale arbeidsoppgaver som er tillagt koordinerende enhet. (Helsedirektoratet, 2010, s. 26)

Noen kommuner har valgt å organisere KE som tverrfaglige team. I min dialog med kommunene er denne teamorganiseringen beskrevet som KE der aktørene er aktive under teammøtene, men passive i periodene mellom møtene. Det beskrives også at teamenes hovedoppgave er å fatte vedtak om individuelle planer (IP), men at de i mindre grad ivaretar en systematisk koordineringsfunksjon i kommunen. Teamene er oftest gitt myndighet til å fatte vedtak om IP, men er ikke gitt myndighet ut over det.

I noen kommuner har enkeltpersoner fått KE-oppgaven som en tilleggsfunksjon. Eksempler på det er at fysioterapeut, eller ergoterapeut, eller helsesøster eller andre, i tillegg til sin fagfunksjon også skal fungere som KE. Flere av disse beskriver sin egen funksjon som en adresse for KE. De formidler samtidig erfaringer om at de i noen grad blir ansvarliggjort som KE, med ansvar for koordinering og IP, uten å ha alle forutsetninger for å kunne ivareta oppgaven som KE.



Et annet forhold som beskrives i rapport fra helsedirektoratet er ildsjelenes betydning for KE. Ildsjelene er også et funn etter undersøkelse av KE, et funn jeg har valgt å gjengi for å vise det mangfoldet begrepet KE faktisk rommer i kommunene:

*Erfaringene fra casestudiene viser at verdien av personer som har et sterkt engasjement for arbeidet i sin helhet, og som er med å drive det fremover, ikke bør undervurderes. Ledere i koordinerende enhet innehar ofte en rolle som gjør at de framstår som ildsjeler, og bidrar sterkt til utvikling og fremdrift. "Ildsjel" er likevel en subjektiv oppfattelse av en person, og i så måte ikke noe en bør satse på å mobilisere for å oppnå velfungerende koordinerende enheter. Man kommer likevel ikke unna at ildsjeler ofte er en nøkkel til suksess, ettersom en slik person representerer en drivkraft og et stabilt holdepunkt i enheten. (Helsedirektoratet, 2010, s. 20).*

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten viser også at organisering av KE i kommunene varierer i forhold til ansvar, oppgaver, myndighet og samhandling. (Riksrevisjonen 2011-2012, s. 11).

Erfaringene som er formidlet meg fra kommunene i eget fylke, viser ulike erfaringer og ulik organisering. Den oversikten jeg har over KE i eget fylke viser at noen KE er helt nye, mens andre har mange års erfaring. Dette følger selvfølgelig av at kommunene har organisert tverrfaglig re-/habilitering i KE på ulike tidspunkt. Med bakgrunn i at det fremdeles er 85 norske kommuner uten KE (Riksrevisjonen, 2012), og at utviklingen i antallet KE går langsomt, er det naturlig å anta at det i en tid fremover fortsette vil være variasjoner i organisering og i hvilken erfaring enhetene har.

Jeg har i dette kapitlet valgt å beskrive KE slik jeg selv har erfart dem, slik de er definert av kommunene selv, av helsedirektoratet og riksrevisjonen. Kort oppsummert kan kommunal KE i praksis være ulikt organisert. Når det er sagt så vil jeg presisere at jeg i denne undersøkelsen legger den statlige normen for KE til grunn for undersøkelsen.

### **Statlig styring**

Fokus på statlig styring av kommunene må ses i lys av kommunal autonomi. Dette fordi det ligger en spenning i spørsmålet om statlig styring versus kommunal frihet til å organisere virksomheten slik det passer kommunen best. Kommunene har frihet til å tilpasse tjenestene de yter til lokale forhold. Kommunenes lokale frihet er samtidig noe begrenset fordi staten styrer kommunene gjennom ulike virkemidler for å få kommunene til å realisere mål satt for samfunnet. Jeg har valgt å presentere styring fra HOD rettet mot kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Videre

vil jeg beskrive statlig styring fra KRD<sup>7</sup>, rettet mot kommunenes generelle organisering som den organisatoriske konteksten for kommunal tverrfaglig re-/habilitering.

### **Statlig styring fra Helse- og omsorgsdepartementet**

Bakgrunnen for den statlige styringen som rettes mot organiseringen av tverrfaglig re-/habilitering i kommunene er den kritikken helse- og sosialpolitiske myndigheter gjennom de siste tiår har vært utsatt for. Det har vært offentlig kritikk fordi re-/habilitering ikke er gitt tilstrekkelig prioritet og mulighet for utvikling. Kritikerne viser til svak lovregulering og for få økonomiske stimuleringsmidler. Kritikken gjenfinnes som selvkritikk i offentlige dokumenter for perioden 1998 – 2012 der det med jevne mellomrom fastslås at re-/habilitering i helse- og sosialtjenestene ikke har vært tilstrekkelig prioritert. Dette skjedde i en tid da regjeringene Stoltenberg og Bondevik byttet på å ha regjeringsmakten. Til tross for politiske ulikheter har beslutningene deres fremstått som skritt i samme retning mot koordinering og samhandling i helse- og sosial/omsorgssektoren<sup>8</sup> med KE som et sentralt virkemiddel.

I 2001 ble forskrift om habilitering- og rehabilitering vedtatt. Forskriften påla kommunene å etablere KE. Staten har altså pålagt kommunene å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Forskriften ble gitt for å sikre at personer med re-/habiliteringsbehov kunne tilbys individuell re-/habilitering ut fra brukerens perspektiv (Forskrift om habilitering- og rehabilitering, 2001). Det vil si at staten gjennom denne forskriften ønsket å styre kommunene til å ha et koordineringssystem, en KE. Forskrift om habilitering- og rehabilitering regulerte kommunenes plikt til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Den individuelle retten til koordinering ble regulert i Forskrift om individuell plan som beskrev at personer med langvarige og sammensatte tjenester hadde rett til IP. Forskriftene var harmoniserte, det vil si at de var samordnet

---

<sup>7</sup> Skiftet navn til kommunal og moderniseringsdepartementet (KMD) da Solbergregjeringen overtok regjeringsmakten i 2012.

<sup>8</sup> Helse- og sosial begrepet er nå i all hovedsak erstattet av helse- og omsorg.

ved at den ene forskriften<sup>9</sup> ivaretok systemplikten mens den andre forskriften<sup>10</sup> ivaretok den individuelle rettigheten.

I 2008 lanserte daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen Samhandlingsreformen som bygde på tre nasjonale utfordringer. En av disse utfordringene var at pasientenes behov for tjenester ikke ble godt nok koordinert fordi manglende koordinering gir fragmenterte tjenestetilbud som koster mer og er mindre effektive. Samhandlingsreformen trådte i kraft 1.1.2012 og representerer et skille i denne undersøkelsen, et før- og etter, fordi staten har tatt i bruk flere styringsvirkemidler etter reformen. Med Samhandlingsreformen ble forskrifter og lover revidert og harmonisert. Bestemmelsene om KE var tatt inn i ny helse- og omsorgstjenestelov og i ny forskrift om habilitering- og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Med samhandlingsreformen følger det økonomiske virkemidler, det overføres penger til kommunene for å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten/sykehus. Dersom kommunene ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, må de betale spesialisthelsetjenesten/sykehuset for inneliggende pasienter som er definert som utskrivningsklare. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunene å inngå samarbeidsavtaler med lokale helseforetak som et ledd i ny samhandling om pasientforløp. Slike samarbeidsavtaler er en del av grunnlaget for pasientforløp mellom spesialisthelsetjeneste/sykehus og kommune ved at samhandling om pasientforløpene avtales. Disse samarbeidsavtalene forutsetter konkretisering av samarbeidet mellom KE i kommuner og helseforetak. Dette fremgår av publikasjonen: Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (Helsedirektoratet, 2012, s. 24).

Samhandlingsreformen beskrives som en helhet der pasientforløp knyttet til økonomi og kapasitet i helse- og omsorgssektoren/kommunen er det primære fokuset, mens

---

<sup>9</sup> Forskrift om habilitering- og rehabilitering

<sup>10</sup> Forskrift om individuell plan

organisering av tverrfaglig re/habilitering i KE henger nøye sammen med den nasjonale utfordringen om at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok på grunn av at helse- og omsorgstjenestene er fragmenterte.

For å sikre helhetlige pasientforløp og koordinerte tjenester har Stortinget utformet lovpålagte samarbeidsavtaler for kommuner og helseforetak som forutsetter at både kommuner og helseforetak har organisert tverrfaglig samarbeid i KE. I nasjonal veileder, kap. 5.2 angis at avtalen bør beskrive: ”Samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering- og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Samhandlingsreformen er sammensatt av ulike virkemidler. Disse virkemidlene beskrives i «Mål og rammedokument for forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen» med begrepene; rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske (Norges forskningsråd, 2012). Blant disse virkemidlene kom det et nytt virkemiddel, som ikke har vært tydelig i tidligere styringsdokumenter; faglig styring. Det vil si; etter- og videreutdanning på flere av de områder samhandlingsreformen retter seg mot, her under tverrfaglig samarbeid (Norges forskningsråd, 2012). Re-/habiliteringsfeltet har over tid mottatt støtte og veiledning, det beskrives i teorien om statlige virkemidler av Hagen og Sørensen (2006), her beskrevet i kapittelet: Statlig styring av kommunene. Støtte og veiledning har hatt elementer av opplæring i form av kurs og kompetanseheving. Men, faglig styring representerer et nytt virkemiddel i statens styring av organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE.

### **Statlig styring fra kommunal- og regionaldepartementet**

Jeg valgte innledningsvis å forklare statlig styring fra KRD som generell organisatorisk kontekst for tverrfaglig re-/habilitering i KE. Dette fordi organiseringen av tverrfaglig re-/habilitering i KE ikke kan isoleres fra kommunens generelle organisering. KE skal integreres i den kommunale organisasjonen, som et system for samhandling mellom kommunale virksomheter. I det perspektivet er styring fra KRD én av forklaringene på at kommunenes generelle organisering ligner hverandre. Gjennom dette prosjektet har kommunenes generelle organisering også blitt en del av funn, analyse og drøfting. Det har forsterket behovet for å forklare generell organisering i lys av statlig styring fra KRD.

KRD har i perioden 2002 – 2007 styrt kommunene mot å organisere seg i henhold til prinsippene for Balansert målstyring (BM). Denne organisasjonsmodellen er en av flere modeller som sorterer under overskriften New Public Management (NPM) som brukes som en samlebetegnelse på markedsorienterte modeller for styring. Et annet eksempel på en slik markedsorientert modell er Mål og Resultatstyring (MRS). Disse modellene bygger på tilnærmet like prinsipper, hovedprinsippene er forenklet gjengitt slik:

- Tro på ledelse
- Mer bruk av indirekte kontroll enn av direkte autoritet
- Bruker/borgerfokusering (Baldersheim og Rose, 2012, s. 29).

Jeg har i denne sammenhengen satt et særlig fokus på BM fordi KRD over tid har styrt kommunene mot BM. I perioden 2002 – 2007 hadde den styringen form av prosjekter og veiledende publikasjoner. I perioden 2002 – 2007 lanserte KRD tre veiledere<sup>11</sup> for BM og resultatledelse. BM er i utgangspunktet utformet som en styringsmodell for næringslivet, men er i ettertid tilpasset offentlige organisasjoner. Den statlige styringen fra KRD har pågått i samme periode som den statlige styringen fra HOD. Det er to former for parallell styring som antagelig er to blant flere/mange former for statlig styring som pågår samtidig. Min erfaring er at overordnet stat styrer gjennom mange departement og direktorat, og at kommunene må forholde seg til ulike deler av staten samtidig.

### **Studiets relevans**

Utgangspunktet for studien er at ikke alle kommunene har organisert tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det vil si at de ikke sikrer at pasientens behov for tjenester besvares godt nok og at helse- og omsorgstjenestene fremstår som fragmenterte. Dette er statens formuleringer av status på området tverrfaglig re-/habilitering knyttet til Samhandlingsreformen. Det er samtidig en virkelighetsforståelse og status som bekreftes av brukerorganisasjoner og fagfolk. Et eksempel på det er at

---

<sup>11</sup> 2002, 2004 og 2007

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Norsk Ergoterapiforbund, Unge funksjonshemmede og Norsk fysioterapiforbund har sammen skrevet et notat under overskriften: *Habilitering og rehabilitering i kommunen: RIKTIGE TILTAK – PÅ RETT NIVÅ - TIL RETT TID.*

Disse punktene oppsummeres slik:

Kommunen må oppfylle sin plikt til å ha en koordinerende enhet som tilbyr koordinator og individuell plan til de som trenger det. Planen må ta utgangspunkt i spørsmålet ”hva er viktig for deg i ditt liv – nå og fremover”. (Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, m.fl.)

Studien kan bidra med kunnskap om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE og hvilken betydning statlig styring- og aktører utenfor kommunen har for organiseringen. I helsedirektoratets kartlegging av individuelle planer i 2010 vises det også til utfordringer knyttet til kommunenes organisering av KE og system for IP. Rapporten konkluderer med at undersøkelsene har begrenset fokus, og at det er behov for mer kunnskap, blant annet om kommunal oversikt og organisering (Helsedirektoratet, 2010).

Kunnskap om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE, er etter min mening relevant for alle aktører som har ansvar for å bidra til tverrfaglig re-/habilitering. Fra HOD som har overordnet ansvar for å sørge for at befolkningen i landet får likeverdige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, til kommunene som har ansvaret for å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Mer kunnskap kan i beste fall bidra til at helse- og omsorgstjenestene blir mer helhetlige, og at pasientenes behov for koordinerte tjenester kan besvares bedre.

### **Avgrensning**

Undersøkelsen er avgrenset til å omfatte tverrfaglig re-/habilitering i kommunale KE. Jeg fokuserer hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE, hvilken betydning statlig styring har og hvilken betydning aktører utenfor kommunen har. Jeg avgrenser undersøkelsen til tverrfaglig re-/habilitering i kommunene. Helseforetak/sykehus har også plikt til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE, men de er ikke organisert på samme måte som kommunene. De styres av ulike lover, noe som ville ha forutsatt ulik utforming av undersøkelsene.

Med bakgrunn i at fylkeskommuner også omtales under kommunebegrepet vil jeg også presiserer at oppgaven er avgrenset til kommuner på lokalt nivå. Den omhandler ikke fylkeskommuner på regionalt nivå. Videre har jeg avgrenset undersøkelsen mot resultatene av det arbeidet KE gjør fordi det i dette prosjektet ligger utenfor mitt interessefokus i denne studien. Jeg fokuserer på hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE, hvilken betydning statlig styring har og hvilken betydning aktører utenfor kommune har. Statlig styring er avgrenset til å omfatte noe styring fra departementene HOD og KRD.

### **Disposisjon av oppgaven**

Oppgaven er ytterligere delt inn i 5 kapitler: Kapittel 2 presenterer teori, kapittel 3 beskriver forskningsdesign. I kapittel 4 presenteres funn, kapittel 5 er oppgavens drøftingsdel, avslutning og konklusjon.

## 2.0 Teori

Oppgavens tema, som er kommunenes organisering av tverrfaglig re-habilitering fokuserer på en forholdsvis stor og sammensatt del av de kommunale virksomhetene. Problemstillingen retter seg mot relasjonen mellom staten og kommunen, og hvordan kommunene oppfatter og besvarer styringen som rettes mot organiseringen av tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Med bakgrunn i at tema og problemstilling er resultat av komplekse forhold har jeg innledningsvis valgt samfunnsvitenskapelig teori som beskriver og forklarer kommunal organisering og statlig styring av kommunene. Videre har jeg valgt organisasjonsteori i form av et instrumentelt og et institusjonelt perspektiv. Begge disse perspektivene er sentrale i studier av offentlig organisering. Det instrumentelle perspektivet og det institusjonelle perspektivet regnes for øvrig som teoretiske motsetninger, fordi de har ulikt syn på hva en institusjon er og hva som påvirker organisasjonsmedlemmenes atferd (Peters, 2012, s.179). De to perspektivene gir meg anledning til å skifte teoretiske briller og studere kommunenes oppfatning og besvarelse av statens styring med to teoretiske innfallsvinkler

Motsetningene mellom instrumentell beregning av årsak og effekt og institusjonelt baserte normer, verdier og handlingslogikk basert på passende atferd vil gi drøftingen den bredde som er nødvendig for å belyse problemstillingen og nyansere drøftingen. Jeg har lagt vekt på at undersøkelsen, som beskrevet tidligere, gjennomføres i virkelige, sammensatte, komplekse organisasjoner.

Dette er en innledende oversikt over teorien som er valgt for å belyse problemstillingen:

*Hvordan oppfatter og besvarer kommunene statlig styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i koordinerende enheter?*

### **Kommunene**

Jeg presenterer her en forenklet beskrivelse av kommunene ved utdrag av teori om kommunal organisering. Jeg vil innledningsvis gjengi en definisjon av kommunene som er beskrevet slik:

Med en kommune mener vi en offentlig myndighet med tre kjennetegn:

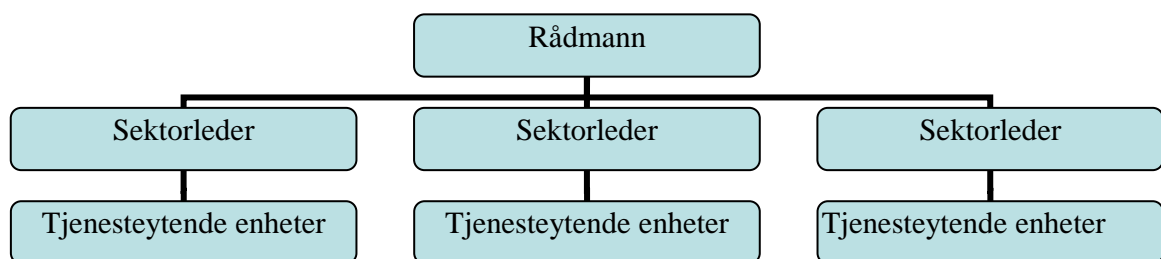


- Kommunen har ansvaret for et *geografisk* avgrenset område innenfor nasjonalstatens grenser.
- Kommunen har ansvaret for løsningen av en eller flere *offentlige oppgaver*.
- Kommunene styres av *lokalbefolkningen* gjennom et direkte demokrati eller ved lokale valg av representanter til en forsamling (Hagen og Sørensen, 2006, s. 14).

Kommunene er i utgangspunktet selvstendige rettssubjekter<sup>12</sup> med autonomi fra statlig styring. Det regnes som en grunnleggende verdi i det norske samfunnet fordi det lokale demokratiet er gitt makt til å bestemme i lokale spørsmål (Jakobsen, 2009, s. 14 - 15).

Som det fremgår av modellene er kommunenes øverste leder rådmannen<sup>13</sup>. Rådmannen har det øverste personalansvaret, det økonomiske, administrative og faglige ansvaret. Kommunene er for øvrig ulikt organisert med utgangspunkt i to vanlige organisasjonsmodeller; sektormodellen og resultatenhetsmodellen.

Sektormodellen<sup>14</sup> kan se slik ut:



Sektorlederne er ledere av de tjenesteytende enhetene. Et relevant eksempel på en organisering med sektorleder i denne sammenhengen er sektorleder for kommunens helse- og omsorgstjenester. De tjenesteytende enhetene kan ha navn som enhet for: helse, pleie- og omsorg, sykehjem, habilitering, rehabilitering, psykiatri og forebyggende helse.

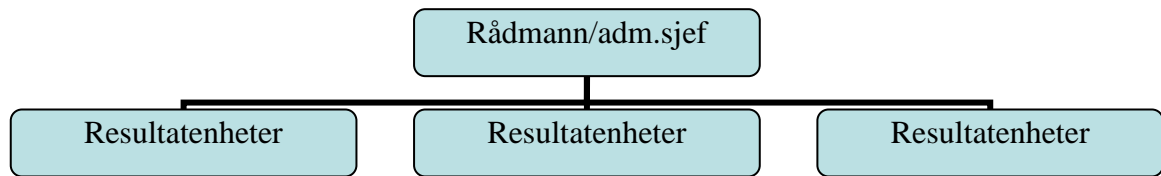
---

<sup>12</sup> Kommunenes autonomi følger av formannskapslovene, vedtatt i 1837

<sup>13</sup> Omtales også som administrasjonssjef

<sup>14</sup> Omtales også som etatsmodellen, med etatsleder

Resultatenhetsmodellen kan se slik ut:



Resultatenhetsmodellen har ikke det mellomledernivået sektormodellen har, modellen har to nivå i stedet for tre. Det er i utgangspunktet ikke forskjell på tjenesteytende enheter og resultatenheter. Forskjellene ligger i måten enheten styres og organiseres på. Resultatenhetsmodellen kan også ha enhet for: helse, pleie- og omsorg, sykehjem, habilitering, rehabilitering, psykiatri og forebyggende helse.

En resultatenhet er definert som en enhet der det enkelt kan defineres hvilke tjenester som skal ytes og hvem som er mottakere av tjenestene. Slik definering gjør det mulig å isolere enheten fra annen kommunal virksomhet. Det gjør det mulig å måle enhetens resultater i form av tjenestenes omfang og kvalitet, ressursbruk og aktivitet i tjenesteproduksjonen (Jakobsen, 2009, s. 81).

Kommuner organisert etter resultatenhetsmodellen vil videre bli omtalt med begrepet resultatkommunen. En resultatkommune sorterer under overskriften New Public Management (NPM) som brukes som en samlebetegnelse på markedsorienterte modeller for styring. Andre eksempler på slike markedsorienterte modeller er Mål og ResultatStyring (MRS) og Balansert Målstyring (BM).

NPM-inspirerte kommunale organisasjoner er delt i separate, semiautonome enheter basert på bedrifts- og markedsorienterte prinsipper, der enhetsleder har tilnærmet totalansvar for egen drift (Torsteinsen, 2012, s. 12-13). Resultatkommunene består av resultatenheter som styres av resultatledere. Resultatenhetene har som fellestrekk er at

de er mål- og resultatstyrte<sup>15</sup> Produksjonen<sup>16</sup> planlegges gjennom presise målformuleringer, resultatene måles og vurderes i forhold til strenge resultatkrav. Ledelse er et av virkemidlene for å innfri produksjonsmålene som er satt for enheten. Resultatlederne gis stor frihet og stort ansvar innenfor enhetens rammer i forhold til hvordan de disponerer ressurser og velger virkemidler (Torsteinsen, 2012, s.31). I forholdet mellom resultatledere og rådmannen er det ofte utformet avtaler eller kontrakter. I slike kontrakter ligger det incentiver som belønner resultatleder for måloppnåelse. Styringsmodeller basert på BM er i utgangspunktet utformet for næringslivet men er i ettertid tilpasset offentlige organisasjoner:

I dette tilfellet har Statskonsult fungert som oversetter og formidler av konseptet for balansert målstyring til norsk offentlig sektor generelt, men Kommunal- og regionaldepartementet har tilpasset og «solgt» det til bruk i kommunesektoren.(Torsteinsen, 2012, s. 109).

I teorien beskrives KRD som en autorativ kilde som har bidratt til å tilpasse og selge konseptet til norsk kommunal sektor gjennom sine veiledere (Torsteinsen, 2012, s.123). BM beskrives med begreper som resultatenheter, resultatsenhetsledere og resultatkommuner. Resultatstyring kan ses i lys av KRD sin påvirkning mot BM:

Resultatledelse representerer et mulig svar på utfordringen med økende kontrollspenn og virksomhetsledernes behov for autonomi. Litt forenklet ligger tanken bak resultatledelse i at du som leder skal levere et resultat, men hvordan du velger å gjøre det innenfor gitte rammer (budsjett, prosedyreregler m.m.), er i stor grad opp til deg selv og dine ansatte. Fasthet på mål – frihet til handling (Kommunal- og regionaldepartementet, 2004, s.7)

BM er også beskrevet som kontekst i form av den generelle organiseringen i kommunen, den organiseringen KE skal integreres i.

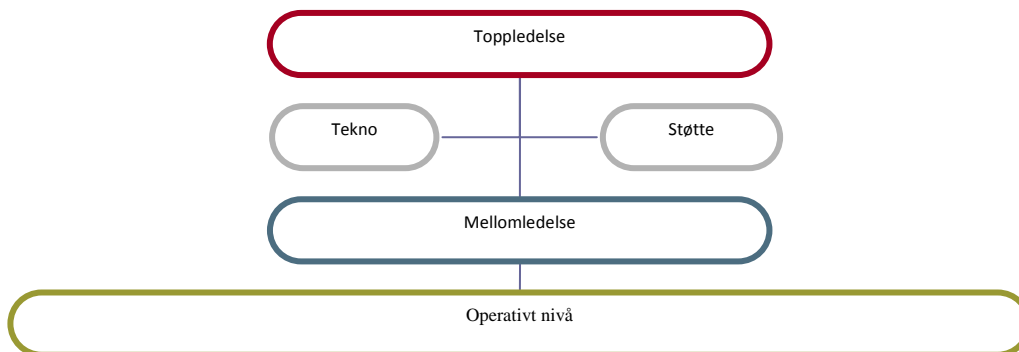
---

<sup>15</sup> Mål og resultatstyring baserer seg på prinsippet om at enhetens resultater kan forbedres gjennom måling.

<sup>16</sup> Med begrepet produksjon i denne sammenheng menes produksjon av helse- og omsorgstjenester.

## Koordinering i resultatkommunene

Jeg har valgt konfigurasjonsteori av Henry Mintzberg for å beskrive kommunenes generelle organisering og hvilken betydning den generelle organiseringen kan ha for den funksjonen KE skal ha; koordinering av helse- og omsorgstjenestene. Det er en innfallsvinkel som er i samsvar med teorien som beskriver at Mintzbergs organisasjonsstrukturer kan brukes som abstraksjoner; som bilder av en organisasjonsfungering (Sørensen, 2006, s.190).



Hver av disse gruppene er definert som en maktfaktor, som uavhengig av de andre gruppene søker kontroll i egen gruppe og i organisasjonen. ”De fem gruppene trekker så at sine organisationen i hver sin retning. Hertil kommer ideologien (kulturen) der trekker i hele organisationen på en gang” (Sørensen, 2006, s.117).

Konfigurasjonsteorien viser videre hvordan organisasjonsstrukturer kan påvirke atferd, beslutninger, arbeidsdeling og koordinering i kommunene. Ut fra grunnmodellen har Mintzberg beskrevet seks ulike strukturer som har hver sin primære, fremtredende koordineringsmekanisme:

Organisasjonsform	Koordineringsmekanisme
Den simple struktur	Direkte overvåging
Maskinbureaukrati	Standardisering af arbeidsprocesser
Fagbureaukrati	Standardisering af faglig kunnen
Divisionaliseret form	Standardisering af output
Adhocrati	Gensidig tilpasning
Idè-organisation	Standardisering af normer

(Sørensen, 2006, s. 16)

Jeg har valgt ut den divisjonaliserte form som den mest relevante for mitt prosjekt, fordi kommunenes beskrivelser av sine organisasjonsstrukturer i all hovedsak fremstår som divisjonaliserte organisasjoner.

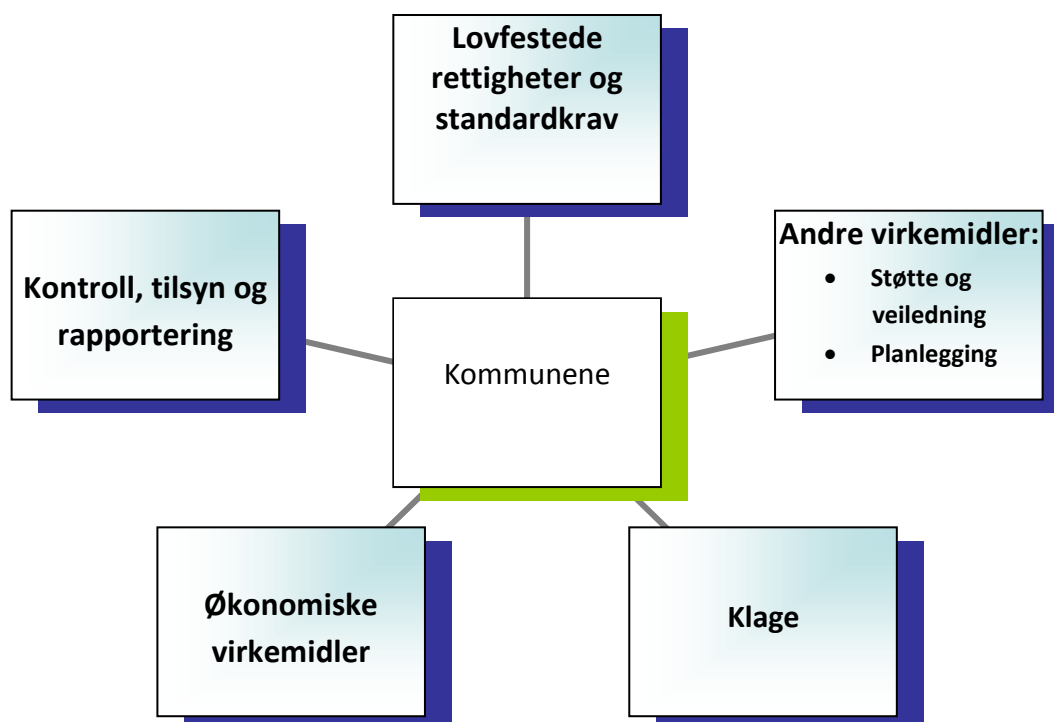
Divisjonsstrukturen er i denne studien brukt som en ideatype for å beskrive og få frem organisasjonsstrukturer. Organisasjonen er markedsorientert ved at den tilpasser seg svingninger i det markedet den betjener. Det operative nivået er organisert i selvstendige organisasjonsenheter med delegert myndighet og resultatansvar som målstyres og kontrolleres fra ledelsen. Forskjellen på maskinbyråkratiet og den divisjonaliserte organisasjonen, er at det operative nivået i maskinbyråkratiet er en enhet, mens det operative nivået i den divisjonaliserte strukturen består av flere divisjoner/enheter. Divisjonsstrukturen beskrives slik:

(... hovedkvarteret giver næsten fuld autonomi til divisionerne, således at de kan træffe beslutninger inden for visse rammer. Hovedkvarteret overvåger derefter resultaterne af disse beslutninger. Den primære koordineringsmekanismen i den divisionaliserede form er standardisering af output (antal produktionsenheter, overskud eller lign.) og nøgledesignparametren er et præstasjonskontrollsystem (Sørensen, 2006, s.139).

Som vist i modellen ovenfor er den primære fremtredende koordineringsmekanismen i denne modellen standardisering av resultater.

### **Statlig styring av kommunene**

Fokus på statlig styring av kommunene må ses i lys av kommunal autonomi. Dette fordi det ligger en spenning i spørsmålet om statlig styring versus kommunal frihet til å organisere virksomheten slik det passer kommunen best. Kommunene har frihet til å tilpasse tjenestene de yter til lokale forhold. Kommunenes lokale frihet er samtidig noe begrenset fordi staten tar i bruk ulike virkemidler for å styre kommunene. I forholdet mellom staten og kommunene er kommunene definert som ”subnasjonale organisasjoner som løser offentlige oppgaver gjennom lokalt demokrati”(Hagen og Sørensen, 2006, s.14). Statens styring av kommunene skjer gjennom ulike virkemidler for å få kommunene til å realisere mål satt for samfunnet.



Figuren ovenfor viser de statlige virkemidler som er beskrevet av Hagen og Sørensen som tas i bruk for å styre kommunene (Hagen og Sørensen, 2006, s. 58- 59).

Virkemidlene beskrives kort nedenfor:

Lovfestede rettigheter: er i praksis individuelle krav på bestemte ytelser.

Standardkrav: rettes mot kommunene som pliktsubjekt. De skal tilby bestemte tjenester av en viss kvantitativ eller kvalitativ standard. KE er et eksempel på et slikt standardkrav, mens Samhandlingsreformen er et annet eksempel.

Klage: Klageadgang på kommunale enkeltvedtak følger av særlovgivning. Myndigheten til å avgjøre klager er i hovedsak lagt til statlige organ, som for eksempel fylkesmannen.

Kontroll, tilsyn og rapportering: Staten kontrollerer om kommunenes praksis er i samsvar med gjeldende lover og regler. Slik kontroll skjer gjennom rapportering til sentral stat og gjennom tilsyn fra regional stat, det vil i hovedsak si Fylkesmennene.

Andre virkemidler:

Støtte og veiledning: Staten veileder kommunene, fylkesmannen har en aktiv rolle i slik veiledning.

Planlegging: Staten pålegger kommunene å utarbeide planer, departementene utarbeider måltall<sup>17</sup> for hvordan kommunen skal benytte ressursene de tildeles.

Økonomiske virkemidler: Kommunale skatter utgjør ca. halvparten av kommunenes inntekter og er derfor den viktigste inntektskilden. Kommunene mottar også statlige overføringer for å påvirke kommunenes prioriteringer og tilføre tilstrekkelig inntekter til at kommunene kan ha mulighet til å løse de oppgavene de er pålagt (Hagen og Sørensen, 2006, s. 78).

Kommunenes lokale frihet er altså noe begrenset fordi staten styrer kommunene gjennom virkemidlene som er beskrevet ovenfor.

### **Det instrumentelle perspektivet**

I det instrumentelle perspektivet forstås organisasjonene som designet for å oppnå bestemte mål. Det instrumentelle perspektivet definerer organisasjonene som regelbaserte konstruksjoner med klare resultatmål (Peters, 2012, s. 50).

Organisasjonens mennesker forstås som aktører som gjennom regler, kontrakter og avlønning lar seg forme av institusjonene fordi det lønner seg for dem.

I det instrumentelle perspektivet forklares endring med seks grunnleggende prinsipper som forenklet kan forstås som et resultat av tidligere læring, anvendte standardprosedyrer og problemløsning. Videre som et resultat etter en konflikt mellom enkeltpersoner eller grupper, som uttrykk fra intensjonsgrupper eller faggrupper eller som noe som sprer seg fra en organisasjon til en annen.

Principal-agent er en del av det instrumentelle perspektivet. Den forklarer interaksjon mellom ulike aktører ved at samhandling skjer i strukturer med avklarte roller, der den ene er overordnet (principal) og den andre er agent som utfører oppdrag på vegne av den overordnede. Det vil si at strukturen og styrkeforholdet i relasjonen sikrer at utfører motiveres av egen vinning<sup>17</sup> og handler i samsvar med institusjonsdesignet (Peters, 2012, s. 57). Jeg viser tilbake til beskrivelsene av resultatenehetene og resultatlederne i

---

<sup>17</sup> Med måltall menes et antall eller en størrelse som kommunen skal innfri.

kapittelet: Kommunene og organiseringen av tjenesteproduksjonen som eksempel på principal-agent og interaksjon i strukturerte omgivelser. I det instrumentelle perspektivet forstås aktørenes handlinger som et resultat av en underliggende konsekvenslogikk. Med et instrumentelt perspektiv på problemstillingen; hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring, kan kommunene belyses ut fra to varianter av det instrumentelle perspektivet: den hierarkiske varianten og forhandlingsvarianten.

Den hierarkiske varianten av det instrumentelle perspektivet beskriver enhetlige organisasjoner med overordnede og underordnede nivå. Overordnet nivå har makt til å styre underordnede nivå. Underordnet nivå handler ut fra de handlingsalternativer organisasjonsstrukturen og overordnet nivå har gitt dem. Dette beskrives som en mål-middel-sammenheng av enhetlige organisasjoner der rasjonell styring av organisasjonsstrukturen og menneskene som jobber der kan gi måloppnåelse. Samtidig vil graden av måloppnåelse avhenge av det overordnede nivåets kunnskap om hvilke virkemidler som sikrer måloppnåelse (Christensen og Lægred, 2009, s.34).

I en hierarkisk variant kan kommunene ses som underordnede nivå som retter seg etter styring fra overordnet, statlig nivå i den institusjonelle ordningen staten og kommunene inngår i. Med staten som formelt overordnet nivå, med legitim makt til å definere mål og resultater kan kommunene oppfatte statens virkemidler som retningsgivende for hvordan de skal innrette seg.

Styringen KRD har utøvet overfor kommunene i perioden 2002 – 2007 kan ses på som et eksempel på institusjonelle ordninger som regulerer forholdet mellom staten og kommunene. KRD har i perioden 2002 – 2007 iverksatt tiltak for å få kommunene til å organisere sin virksomhet etter prinsippene for BM. I denne perioden initierte KRD kommunale prosjekter for utprøving av BM, og de lanserte tre veiledere<sup>18</sup> for BM og resultatledelse. BM er i utgangspunktet utformet som en styringsmodell for næringslivet, men er i ettertid tilpasset offentlige organisasjoner:

---

<sup>18</sup> 2002, 2004 og 2007



«I dette tilfellet har Statskonsult fungert som oversetter og formidler av konseptet for balansert målstyring til norsk offentlig sektor generelt, men Kommunal- og regionaldepartementet har tilpasset og «solgt» det til bruk i kommunesektoren» (Torsteinsen, 2012, s. 109).

Endringen fra styringsmodell for næringslivet til styringsmodell for offentlig sektor er også beskrevet i kapittelet: Statlig styring fra kommunal- og regionaldepartementet.

KRD har beskrevet sin påvirkning av kommunene til BM som viktig for å få innført flere styringsindikatorer enn de økonomiske i KOSTRA<sup>19</sup> i sin veileder Resultat og dialog. Balansert målstyring i offentlig sektor.

Forhandlingsvarianten av det instrumentelle perspektivet beskriver organisasjoner som sammensatte koalisjoner, med motstridende interesser. Forhandlingsorganisasjonen vil med bakgrunn i sine interesser inngå i koalisjoner som tjener deres egeninteresse. Det vil si at hele organisasjonen kan inngå i en koalisjon med andre organisasjoner, eller at enkeltaktører kan inngå i koalisjoner med andre utenfor egen organisasjon (Christensen og Læg Reid, 2009, s.44). I motsetning til den hierarkiske varianten der mål ble fremmet ovenfra og ned, kan det være nødvendig å forhandle om mål og handlingsalternativer i forhandlingsvarianten.

I lys av forhandlingsvarianten kan kommunene ses om forhandlende aktører. Et eksempel der hele organisasjonen inngår i en koalisjon er Kommunenes Sentralforbund (KS), der alle kommunene og fylkeskommuner i landet er medlemmer. Forholdet mellom staten og KS reguleres av en egen konsultasjonsordning der det forhandles. Et relevant eksempel i denne sammenhengen er nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom KS og HOD, der partene forplikter seg til å være pådrivere for bedre samhandling på helse- og omsorgstjenestens områder. Der har partene også forpliktet seg til å bidra til at pasienter og brukere får helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. I denne formen for forhandlinger, når kommunene er samlet i en koalisjon, kan de oppfatte statens styring som forslag til diskusjon. Her vil nok kommunene være opptatt av å bruke de arenaer de har for å gi seg selv best mulige betingelser for å løse oppgavene som er presentert. I dette

---

<sup>19</sup> KOSTRA er forkortelse for Kommune Stat Rapportering. Nasjonalt system for styringsinformasjon

eksemplet har kommunene også besvart den statlige styringen i en rammeavtale som forplikter både stat og kommuner, samtidig som avtalen innehar en struktur for nye forhandlinger (Regjeringen, 2012).

### **Det institusjonelle perspektivet**

Det institusjonelle perspektivet er motsetningen til det instrumentelle perspektivets kalkulerende rasjonalitet, der menneskenes handlinger kan styres gjennom formålsrasjonalitet. Jeg vil beskrive kulturperspektivet og myteperspektivet som institusjonelle varianter.

I kulturperspektivet defineres institusjoner som en samling felles normer og verdier og felles handlingslogikk. I dette perspektivet forstås menneskene som aktører som med sine individuelle erfaringer, normer og verdier bidrar inn i institusjonenes kollektive normer, verdier og handlingslogikk (Peters, 2012, s.45). I kulturperspektivet er passendehetslogikk eller logic of appropriateness et sentralt begrep som omhandler logikk utviklet med bakgrunn i hva som anses som passende atferd i ulike situasjoner, her beskrevet av March og Olsen:

Collection of interrelated rules and routines that define appropriate actions in terms of relations between roles and situations. The process involves determining what the situation is, what role is being fulfilled, and what obligation of that role in that situation is. (Peters, 2012, s. 30)

Passendehetslogikken står i motsetning til konsekvenslogikken i det instrumentelle perspektivet der aktørene handler for å oppnå fremtidige, forutsigbare konsekvenser.

Kulturperspektivet gir nyanserte forklaringer av hva som fører til endring i organisasjoner. Endring forklares med at organisasjonen identifiserer endringer i sine ytre omgivelser, og at den gjennom læring tilpasser sin atferd eller utvikler andre atferdsmønstre og gjennom dette tilpasser seg endringene som skjer i ytre omgivelser (Peters, 2012, s.36). I et kulturperspektiv kan kommunens oppfatning av statens styring avhenge av om styringen er i samsvar med kommunens etablerte normer og verdier og den passendehetslogikk som er rådende i kommunen.

Myteperspektivet definerer moter og myter som metaforer for organisasjonstrender. Dette er metaforer som handler om hvordan organisasjonsoppskrifter sprer seg og korresponderer med organisasjonenes oppfatning av hva som er i samsvar med

gjeldende handlingslogikk. Et eksempel på en slik organisasjonstrend er NPM som er basert på markedsorienterte prinsipper:

New Public Management hevdes å være en familie av moderniseringsoppskrifter organisasjonsoppskrifter for offentlig sektor hentet fra privat sektor der kjerne utgjøres av idèer om profesjonell ledelse, det vil si ledere med ledelseskunnskaper og frihetsgrader til å ta avgjørelser, oppsplitting av offentlige organisasjoner i selvstendige resultatenheter, økt konkurranse, samt bruk av kontrakter som politisk styringsdokument (Christensen og Læg Reid, 2009, s. 80).

Organisasjonstrendene spres gjennom mange ulike aktører; internasjonale organisasjoner, konsulentselskaper, høyere utdanningsinstitusjoner, mediebedrifter og multinasjonale selskaper, organisasjonstrendene kan fremstå som moderne og effektive (Christensen og Læg Reid, 2009, s. 84 - 86).

Det vil samtidig være slik at organisasjoner etterspør organisasjonstrender. De definerer et behov for endring, helt eller delvis og søker bedre løsninger for sin organisasjon. Når organisasjonstrendene spres kan organisasjonene imitere eller adoptere hele eller deler av organisasjonsoppskriftene. I myteperspektivet vil graden av imitasjon eller adoptering følge av om organisasjonsoppskriftene vurderes som passende for den enkelte institusjon, jf. det som beskrives ovenfor om handlingslogikk basert på passende atferd.

Organisasjonstrendenes spredning skjer ved at organisasjoner som i utgangspunktet ikke er like imiterer eller adopterer større eller mindre deler av disse trendene. Det har medført at det må abstraksjon til for å se likheten i ulike organisasjoner med felles organisasjonsidentitet.

### 3.0 Metode

Formålet med studien av kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering og påfølgende problemstilling om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE har hatt betydning for valg av forskningsdesign. Jeg vil innledningsvis presentere bakgrunnen for valg av forskningsdesign. Videre presenteres metoder og analysestrategi. Til sist i kapitlet beskrives min forforståelse, reliabilitet, validitet, refleksivitet og metodiske og etiske refleksjoner.

#### Forskningsdesign

Jeg har valgt en kvalitativ casedesign med flere analyseenheter fordi det passer mitt forskningsprosjekt. Videre har jeg valgt en intensiv design som gir meg mulighet til å gå i dybden og avdekke mange variabler i få enheter. En kvalitativ casedesign gir meg muligheten til å gjennomføre undersøkelsen med ulike metoder. Dette støttes i samfunnsvitenskapelig metodeteori der det beskrives at casestudien; *med fordel kan gjennomføres ved å kombinere forskjellige metoder for å skaffe seg mye og detaljert informasjon* (Yin, 2007, referert i Johannesen, Tuftes og Christoffersen, 2010, s. 86). Jeg vurderer kvalitative metoder som best egnet i studien av hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det er i samsvar med teoriens beskrivelser av at kvalitative casestudier oftest hentes fra praksis, og at caseforskeren stiller spørsmål som begynner med hvorfor eller hvordan. Jeg har vektlagt at casestudier kjennetegnes av at forskerens oppmerksomhet avgrenses til den casen det gjelder, og at casen beskrives inngående (Johannesen, m.fl. 2010, s. 86). Det vil si at casen jeg har valgt er avgrenset til: Hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Casen er beskrevet inngående ved at jeg har beskrevet kommunenes generelle organisering som kontekst for KE og jeg har beskrevet kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE, jeg har beskrevet statlig styring fra HOD og fra KRD. Inngående beskrivelser er en sekundær tilnærming til casestudiet, mens den primære strategien er teoridrevet, jf. det som beskrives i kapitlet: Analyse.

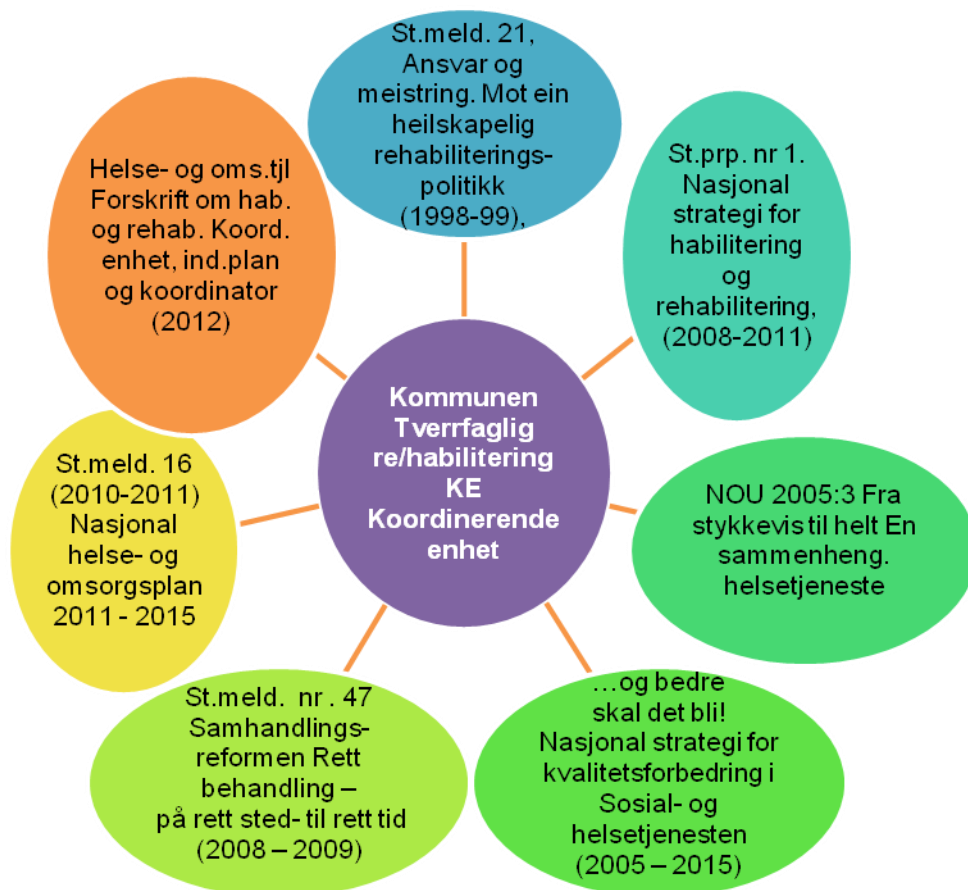
Casestudien gjennomføres i fire kommuner som da er definert som casestudiens fire analyseenheter.

### Metodene

Jeg har valgt metodetriangulering gjennom to kvalitative metoder for innhenting av data, det vil si dokumentgransking og semistrukturerte intervju. Det å kombinere ulike kvalitative metoder kan gi undersøkelsen større bredde og en dypere forståelse av det fenomenet som studeres (Ryen, 2010, s. 202).

### Gransking av statlige styringsdokumenter

Jeg har innledningsvis valgt å granske relevante statlige styringsdokumenter som lover, forskrifter og nasjonale strategier, fordi offentlige dokumenter gir bakgrunnskunnskap som statens styring av kommunal re-/habilitering kan forstås i. Denne dokumentasjonen er mangfoldig, som vist i modellen her:



Modellen viser stortingsmeldinger, stortingsproposisjoner, og nasjonale strategier, lover og forskrifter som har gitt meg et historisk grunnlag for å forstå utviklingen av statens styring av tverrfaglig re-/habilitering.

Dokumentene beskriver bakgrunnen for den statlige normen for hvordan kommunene skal organisere tverrfaglig re-/habilitering i kommunale KE. Med statlig norm for KE mener jeg lovens pålegg om at kommunene skal ha en KE, og at system for individuell plan skal legges til KE. Den statlige normen fungerer ikke bare som en beskrivelse men også som instruks. Den statlige normen skisserer den besvarelsen staten ønsker at kommunene skal gi. Det vil si den måten staten ønsker at kommunene skal organisere tverrfaglig re-/habilitering på. Staten vil styre kommunene til å følge gjeldende lover, regler og nasjonale føringer. Gransking av de nyeste dokumentene gir meg den nødvendige bakgrunnskunnskap for å undersøke om kommunens besvarelse er i samsvar med statens norm. Som beskrevet ovenfor vil det gi grunnlag for å besvare problemstillingen om hvordan kommunene besvarer den statlige styringen. Tilsvarende har statlige veiledere fra KRD<sup>20</sup> gitt meg grunnlag for å forstå statens styring for innføring av BM av kommunenes generelle organisering. Gjennomgangen av statlige styringsdokumentene har fungert som en forundersøkelse i forkant av granskingen av kommunale dokumenter og semistrukturerte intervju av kommuneansatte.

### **Gransking av kommunale styringsdokumenter**

Videre har jeg gransket og analysert utvalgte kommunale styringsdokumenter. Dokumentene karakteriseres av at de beskriver komplekse organisasjoner med stor variasjon i oppgaveporteføljen. Kommunale styringsdokumenter beskriver generell organisering og organisering av tverrfaglig re-/habilitering. Dokumentene angir kommunenes mål og strategier, evalueringer og resultatrapporteringer. Det er disse dokumentene som gir grunnlag for å styre kommuneorganisasjonene. Jeg har vurdert dokumentene som viktige kilder fordi de gir presise beskrivelser av fortid, nåtid og fremtid. Dokumenter vil oftest gi et mer pålitelig bilde av utviklinger og prosesser enn

---

<sup>20</sup> Resultat og dialog fra 2002 og Resultatledelse fra 2004 for å forstå statlig styring av kommunenes generelle organisering.

intervjuer. Dette fordi intervjuer er preget av nåtid, *selektiv hukommelse og refortelling* (Tjora, 2012, s. 169).

Kommunens styringsdokumenter er også viktige for min studie, fordi de utgjør den kommunestrukturen den enkelte kommunen faktisk er. For meg som har gransket dokumenter for å finne beskrivelser av og mål og strategier for tverrfaglig re-/habilitering, har jeg kunnet se dokumenter fungere som byggesteiner i bygging eller ombygging av kommuneorganisasjonen og av KE. Min oppfatning av dette støttes av litteraturen: Documents are not neutral, transparent reflections of organizational or occupational life. They actively construct the very organization they purport to describe”. (Atkinson og Coffey, 2011. s 77). Metaforen; «byggesteiner» er særlig relevant i kommuner som er i endring eller omstilling fordi endring eller omstilling i kommunale organisasjoner ofte handler om å fjerne et mellomledernivå, slå sammen enheter, eller splitte opp enheter. Byggesteiner gir et godt bilde av de elementene som til sammen utgjør den kommunale organisasjonen.

### **Semistrukturerte intervju**

Jeg vurderte semistrukturerte intervju som hensiktsmessige fordi slike intervju er fleksible i sin form, og gir rom for utdypende spørsmål. Flexibiliteten i de semistrukturerte intervjuene gir også informantene rom for å påvirke intervjuet med sine erfaringer og meninger. Det vil si at semistrukturerte intervju kan fungere som samtaler om hvordan kommunene oppfatter statlig styring. Informantene kan fokusere på forhold som de vurderer har relevans for tematikken, selv om jeg ikke har spurt om akkurat det de vil formidle.

Hensikten med intervjuene er å få de kommuneansattes meninger og erfaringer om hvordan kommunene oppfatter og besvarer den statlige styringen av tverrfaglig re-/habilitering, hvilken betydning styringen faktisk har. Jeg ønsket også informantenes oppfatninger av hvilken betydning samarbeid med aktører utenfor kommunen har. Jeg har også intervjuet seniorrådgiver med lang erfaring fra arbeidet med KE for å få hennes synspunkter på hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering. Intervjuet ble gjort i etterkant av kommuneintervjuene, noe jeg opplevde som hensiktsmessig fordi jeg da også fikk hennes kommentarer til noen av

funnene. Alle intervjuene er gjennomført som samtaler som delvis har vært påvirket av informantene, jf. definisjonen av det semistrukturerte intervju slik det beskrives som: *konversasjon med en hensikt* (Dexter referert i Ryen, 2010, s 99).

Intervju i kommunene A, B og C er gjennomført i kommunene. Jeg har oppsøkt informantene og gjennomført intervjuene på deres kontor eller i kommunale møterom. Intervju i kommune D kunne ikke gjennomføres i kommunen som avtalt på grunn av sykdom. Intervjuet måtte derfor gjennomføres som et telefonintervju. Tilsvarende er intervjuet med seniorrådgiver i helsedirektoratet gjennomført som et telefonintervju. Det er gjort lydopptak av alle intervjuene. Jeg valgte å ikke ta notater underveis i intervjuene, noe jeg har opplevd som hensiktsmessig fordi jeg da kunne konsentrere meg helt og fullt om informantene. Alle intervjuene har vart i ca. en time, noe som var i samsvar med den tiden som var avtalt på forhånd. Jeg hadde forberedt meg til intervjuene ved å sette meg inn i fakta om kommunene gjennom gransking av styringsdokumenter, men også ved å lese kommunenes beskrivelser av seg selv. Helsedirektoratet var kjent for meg som oppdragsgiver. Seniorrådgiver som skulle intervjues var også kjent for meg, som en som i mange sammenhenger har representert den statlige styringen av re-/habilitering gjennom foredrag og som rådgiver for fylkesmennene. Jeg hadde i forkant av intervjuene også gjennomgått de teoretiske rådene om å opptre naturlig, rolig, vise oppmerksomhet og interesse (Ryen, 2010, s. 117).

### **Utvalg av analyseenheter**

Jeg valgte å gjennomføre undersøkelsen i fire kommuner i ett og samme fylke.

Kommunene er valgt fordi de har det til felles at de generelt er objekt for statlig styring og spesielt i denne sammenhengen utsettes for statlig styring rettet mot organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Utgangspunktet var å gjøre et utvalg av kommuner med maksimal variasjon i organisering av kommunen og av KE. Det skulle være en form for strategisk utvelgelse der jeg som forsker hadde definert de kommunene som hadde de største variasjonene i det valgte fylket. Utgangspunktet mitt var å gjennomføre undersøkelsen i fire kommuner av ulik størrelse i ett og samme fylke. Jeg søkte et kvalitativt utvalg, med respondenter som kunne gi meg mye informasjon om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Ryen beskriver de dyptgående intervjuene som det kvalitative studiets styrke:



Tilgjengelighet til den enkelte respondent og slik han eller hun ser verden omkring seg, er det sentrale (spesifikt for kvalitative studier), ikke å telle hvor mange som ser det likt eller forskjellig (Ryen, 2010, s. 85).

Jeg henvendte meg til rådmennene i alle kommunene i ett og samme fylke og fikk respons fra fire kommuner som ønsket å delta i studien. Kommunene varierer i økonomi, organiseringen av tverrfaglig re-/habilitering og innbyggertall, men ikke i organisering. Det ble ikke et strategisk utvalg kommuner slik jeg hadde tenkt i utgangspunktet men et tilfeldig utvalg av kommuner. Rekrutteringen av informanter gikk via forespørsel til rådmannen. Jeg ba om å få intervju rådmannen eller kommunalsjef, videre ba jeg om å få intervju den som hadde systemansvar for individuelle planer. Systemansvar for IP er en av kjerneoppgavene i tverrfaglig re-/habilitering, samtidig er det slik at koordinerende enheter, etter helse- og omsorgstjenestelovens § 7-3 har et overordnet ansvar for IP. Jeg etterspurte systemansvarlig for individuelle planer for ikke å ekskludere kommuner uten KE.

Kommunene har ut fra min anmodning plukket ut ansatte til intervjuene. Dette med bakgrunn i kommunens egen kunnskap om hvem som hadde best forutsetninger for å svare på spørsmålene mine. Det å gjøre et utvalg av kommuner i ett og samme fylke er valgt for å sikre at undersøkelsenheten/kommunene har hatt lik påvirkning fra fylkesmannen. Dette fordi fylkesmennene ikke har ensartet oppgaveløsning fra fylke til fylke selv om oppdragene til fylkesmennene er identiske. Dette er oppdrag som kan løses og blir løst på ulikt vis. Fylkesmennene utfører oppdragene utfra sine prioriteringer og i forhold til de behov det enkelte fylke har knyttet til tverrfaglig re-/habilitering og KE.

Et eksempel på et slikt oppdrag er sakset fra resultatkravene i årets embetsoppdrag<sup>21</sup>:

- Ha oversikt over etablerte koordinerende enheter for habilitering- og re-/habilitering i kommuner og helseforetak.

---

<sup>21</sup> 2014

- Ha bistått kommunene i utviklingsarbeid for å øke kapasitet og sikre faglig bredde og god kvalitet inne habilitering- og re-/habilitering (Helsedirektoratet, 2014).

### Presentasjon av analyseenhetene

Jeg har, som beskrevet tidligere, studert kommunenes styringsdokumenter for å få oversikt over generelle forhold i kommunene. Det vil si innbyggertall, kommunenes generelle organisering, organisering av helse- og omsorgstjenestene og KE. Jeg har innledningsvis funnet at kommunene bruker ulike betegnelser på sine ansatte og sine enheter, videre at det er noen variasjoner i de vertikale inndelingene av helse-, omsorgs- og re-/habiliteringsområdet.

Kommunene presenteres som A, B, C og D med innbyggertall<sup>22</sup> og med oversikt over hvem som er intervjuet og hvilken funksjon de ansatte har i sin kommune:

<u>Kommune</u>	<u>Innbyggertall</u>	<u>Intervjuede</u>
<u>A</u>	<u>30 000 – 49 900</u>	Rådmann og leder for helse- og re-/habilitering
<u>B</u>	<u>30 000 – 49 900</u>	Helse- og sosialsjef og leder for KE er intervjuet.
<u>C</u>	<u>20 000 – 29 999</u>	Institusjonssjef og leder for KE er intervjuet.
<u>D</u>	<u>5000 – 9 999</u>	Tjenesteleder <sup>23</sup> .

Valget av flere informanter i hver kommune gir mer informasjon fra ulike nivå i organisasjonen. Det har også gitt meg mulighet til å få flere uttalelser om samme

<sup>22</sup> Jeg har brukt samme gruppestruktur for innbyggertall som SSB benytter i sine tabeller for kommunestørrelser

<sup>23</sup> På grunn av pågående omorganisering og nylig etablering av koordinerende enhet var det ikke leder eller representant for koordinerende enheter som kunne intervjues på det tidspunktet undersøkelsen pågikk.

forhold, noe som har styrket den samlede informasjonen fra kommunene og i noen grad redusert faren for fortolkning av informasjonen, selv om det alltid vil være en fare for fortolkning. Som beskrevet i presentasjonen av case og analyseenheter, spurte jeg rådmennene om å få intervju på to nivå i kommunen. Jeg ba om å få intervju rådmenn/kommunalsjefer og systemansvarlige for IP. Jeg vurderte at personene som hadde disse stillingene ville være nøkkelpersoner: Rådmann eller kommunalsjef som kommunens øverste ledelse og systemansvarlig for individuelle planer som den mest sentrale personen i forhold til tverrfaglig re-/habilitering.

Presentasjonen ovenfor viser variasjon i stillingsbetegnelser for de personene som ble intervjuet. Det viste seg også at stillingsbetegnelsene ikke var beskrivende og dekkende i forhold til de oppgavene informantene på ledernivå faktisk hadde<sup>24</sup>. Alle informantene på ledernivå lå på rådmannsnivået eller på nivået under rådmannsnivået. Jeg har uten unntak intervjuet nøkkelpersoner; personer som bidrar med noe som nøkkelperson i funksjon av sin stilling, ikke som seg selv (Ryen, 2010, s. 17). Med bakgrunn i granskingen av statlige styringsdokumenter er det nyttig for meg å intervju seniorrådgiver som har vært aktiv i utformingen av styringstiltakene og som også har en aktiv dialog med kommunene. Hun har vært en nøkkelperson i helsedirektoratet, jf. beskrivelsene av nøkkelpersoner ovenfor.

## **Analyse**

Jeg har valgt å bruke en stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) for å jobbe med dataene. Det vil si at jeg jobber fra teori til data og fra data til teori. I dette prosjektet er organisasjonsteori med vekt på det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet vektlagt. SDI metoden gir grunnlag for systematisk arbeid med dataene gjennom koding og kategorisering, og bruk av teori til et konsept er utviklet. Konseptutvikling beskrives som en fase i SDI metode der man forflytter sin forståelse fra kategorier til teoretisk forståelse av det man studerer (Tjora, 2012, s.225). Dataene fra dokumentgransking og

---

<sup>24</sup> Institusjonssjef var også konstituert kommunaldirektør og sentral i arbeidet med samhandlingsreformen. Lederne for KE var også ledere for kommunenes tildelingskontor.

intervju er analysert på samme måte: Dette i samsvar med litteraturen som beskriver dette slik:

Selv om dokumenter og intervju-/observasjonsdata har ulik opprinnelse behøver ikke analysen av dem å være så forskjellig. I begge tilfeller vil forskeren få fram meningsinnholdet i teksten, for eksempel hvilke fenomener som faller inn under begrep, og hvilke som ikke gjør det. Vi vil derfor ikke skille mellom dokumentanalyse og analyse av andre typer kvalitative data i tekstform. (Johannesen, m.fl. 2010, s. 164)

Presentasjonen av funnene er et resultat av dokumentstudier, intervju og min fortolkning av dataene. Johannesen, Tufte og Christoffersen bruker begrepet forskerens *forståelseshorison* om den forforståelse som vil påvirke hva som observeres og hvordan observasjonene vektlegges og fortolkes (Johannesen et.al, 2010, s.38). Jeg har valgt å sortere funnene etter noen av de ulike formene for statlig styring som er beskrevet i kapitlet: Statlig styring av kommunene. Det vil si at funnene er sortert etter overskriftene: Standardkrav, økonomiske virkemidler, tilsyn og kontroll og støtte og veiledning.

Jeg har definert det å *oppfatte*, som det som skjer når organisasjonens mennesker tolker sine omgivelser og tillegger omgivelsene betydning. Det vil si hvilken betydning som tillegges statlig styring og hvilken betydning aktører utenfor kommunen har. I dette tilfellet vil dette handle om at de kommunale aktørene skal fortolke statens styring i form av ulike virkemidler. Jeg vil definere det å *besvare* som kommunenes respons på statlig styring. Med respons mener jeg hvordan de organiserer tverrfaglig re-/habilitering. Når staten styrer kommunene i en bestemt retning, vil kommunenes besvarelse følge av om de beveger seg i den retningen staten ønsker, i motsatt retning, eller eventuelt forholder seg rolig. Det vil si om de organiserer tverrfaglig re-/habilitering i KE.

### **Metodiske begrensninger**

Jeg har i etterkant av metodiske valg og faktisk gjennomføring reflektert over eventuelle svakheter ved undersøkelsen.

Undersøkelsen er gjennomført med få informanter, til sammen 8 stykker. Med 7 informanter fra 4 kommuner er det naturlig å spørre om dette er et hensiktsmessig utvalg som gir grunnlag for å besvare problemstillingen. Det er ikke et eksakt svar på hvor mange intervjuer som er tilstrekkelig. Svaret avhenger av problemstilling og måten

data samles inn på (Johannesen m.fl. 2010, s. 104). Et lavt antall informanter kan være en svakhet ved undersøkelsen. Det er samtidig slik at valget av kvalitative metoder, utvalget av kommuner og nøkkelpersoner kan gi et utvalg som passer studien. Patton har beskrevet det slik:

The logic and power of purposeful sampling lies in selecting information-rich cases for study in depth. Information-rich cases are those from which one can learn a great deal of issues of central importance to the purpose of the research, thus the term purposeful sampling (Patton, 1990, referert i Ryen, 2010, s. 88).

Som beskrevet i kapittelet: Utvalg av analyseenheter ønsket jeg maksimal variasjon i hvordan kommunene hadde organisert seg. Mine henvendelser til kommunene i det valgte fylket ga meg positivt svar fra fire kommuner, det vil si at jeg ikke selv kunne gjøre en utvelgelse, men fikk et tilfeldig utvalg. Kommunene som takket ja til å delta i forskningen var alle resultatkommuner med organisasjonsløsninger med New Public Management og Balansert Målstyring og Mål og Resultatstyring, noe som gjorde den generelle organiseringen lik. De var i ulike faser av prosessen, men hadde allikevel likheter som i noen grad kan svekke variasjonen i utvalget ved at kommuner med andre organisatoriske løsninger ikke ble representert.

### **Forforståelse**

Som beskrevet i innledningen, hadde jeg som ansatt i et av fylkesmannsembetene erfaring fra arbeidet med å medvirke til kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Noen ganger har jeg erfart at kommunene ikke organiserer tverrfaglig re-/habilitering i KE, noe som samsvarer med de nasjonale erfaringene som viser at ikke alle kommuner har rettet seg etter statens styring (Riksrevisjonen, 2011-2012, s. 9). Mine erfaringer har vært preget av en instrumentell forforståelse. Jeg oppfattet manglende etterlevelse av statlig styring som litt uforståelig fordi kommunene i tillegg til å være instruert, også hadde fått forklaringer på hvorfor disse instruksene måtte følges. Jeg har jo vært en utøver av statlig styring, som en av aktørene som formidler kunnskap som grunnlag for forståelse gjennom ulike opplærings- og veiledningstiltak. Jeg fant det også vanskelig å forstå at kommunene ikke forholdt seg til det nasjonale budskapet om at pasientens behov for tjenester ikke besvares godt nok på grunn av fragmenterte helse- og omsorgstjenester.

Problemstillingen var i utgangspunktet et uttrykk for mine erfaringer og mine spørsmål om hvorfor ikke alle kommunene retter seg etter statens styring. Det er samtidig slik at mitt etablerte, instrumentelle perspektiv gjennom masterstudiet er utfordret av det institusjonelle perspektivet som gir andre forklaringer for forståelse av hva en institusjon er, hva som skaper endring eller hvorfor endring ikke skjer. I det institusjonelle perspektivet forklares endring som følge av menneskenes normer og verdier og oppfatninger av hva som er passende atferd. Det instrumentelle og det institusjonelle perspektivet regnes som teoretiske motsetninger, men gir som beskrevet mulighet til å belyse datamaterialet med ulike innfallsvinkler.

### **Reliabilitet**

Ved evaluering av kvalitative undersøkelser er det viktig å gjøre en vurdering av kvaliteten på de dataene som er samlet inn.

Reliabilitet eller pålitelighet handler hvordan dataene er samlet inn, bearbeidet og brukt. Som tidligere beskrevet er casen beskrevet inngående fordi den er kompleks og sammensatt. Det er i samsvar med teorien som beskriver dette som forskerens måte å styrke påliteligheten på (Johannesen m.fl. 2010, s. 229- 230).

Informantene ble i forkant av intervjuene skriftlig informert om at intervjuet ville vare i inntil en time, at jeg hadde forberedt en intervjuguide for intervjuene og at intervjuene ville bli gjennomført med lydopptaker. Jeg viser til intervjuguide i vedlegg. I intervju er forskerens rolle svært viktig for dataenes pålitelighet, fordi måten intervjuene gjennomføres på vil kunne påvirke informantene. Mitt utgangspunkt var at det i de semistrukturerte intervjuene skulle være rom for at informantene skulle kunne påvirke samtalen/intervjuet underveis og også påvirke det ferdige resultatet. Det forutsetter at den som intervjuer klarer å gi det nødvendige rommet eller tilrettelegge for en trygg intervjusituasjon. Min opplevelse av intervjuene var at de ble gjennomført som hyggelige samtaler. Informantene fremsto for meg som avslappet i intervjusituasjonen.

Jeg var i utgangspunktet mest spent på intervjuet med tjenesteleder i kommune D, fordi intervjuet med ham ikke kunne gjennomføres i kommunen, men måtte gjennomføres i telefon i ettertid. Det ga meg ikke den samme anledningen til å observere informanten som jeg hadde hatt i de andre kommuneintervjuene. Men, jeg fikk avslutningsvis en

uoppfordret tilbakemelding fra informanten om at han hadde opplevd intervjuet som nyttig for sin egen del, fordi han fikk rom for refleksjon over eget virke. Jeg la den tilbakemeldingen til grunn for en oppfatning av at vi hadde klart å etablere en intervjusituasjon som ikke opplevdes stressende for informanten. Med bakgrunn i at jeg har kjent informanten i helsedirektoratet i mange år og at vi oftest har hatt telefonsamtaler, ikke samtaler der vi fysisk har vært i samme rom, oppfatter jeg at også hun opplevde en avslappet intervjusituasjon.

Jeg har selv transkribert alle intervjuene, noe som var arbeidskrevende men samtidig ga meg anledning til refleksjon over dataene på et tidlig tidspunkt. Det å transkribere egne data gir også forskeren anledning til refleksjon over egne spørsmål og interaksjonen med informanten (Ryen, 2010, s. 111).

### **Validitet**

Validitetsbegrepet innehar to betydninger i forskningen; troverdighet og overførbarhet. Troverdighet i kvalitativ forskning handler om at forskningen gjennomføres på en måte som reflekterer formålet med undersøkelsen. Metodetriangulering regnes som en teknikk som styrker forskningens troverdighet. Jeg har brukt metodetriangulering, og jeg har gjennomført undersøkelsen i fire kommuner. Det har gitt meg informasjon fra flere kilder i flere kommuner og fra mer enn ett nivå i tre av kommunene. Overførbarhet er den kvalitative forskningens begrep for om forskningen er nyttig for andre områder enn det spesifikke området som er studert. Spørsmålet om overførbarhet er et spørsmål om den kunnskapen som er ervervet gjennom en undersøkelse er nyttig og anvendbar for et annet område (Johannesen, m. fl. 2010, s 230-231).

Min vurdering av dette er at det kunnskapsresultatet som følger av denne studien vil kunne være nyttig og anvendbar for andre områder. Jeg har undersøkt hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring. Det er et fokus som kan overføres til eller rettes mot andre deler av kommunal forvaltning. Jeg vurderer også at de teoretiske innfallsvinklene som er anvendt gir perspektiver som sannsynliggjør at kunnskapen som følger kan være overførbar til andre kommuner enn de fire kommunene jeg har undersøkt.

### **Forskningsetiske vurderinger**

Mine forskningsetiske vurderinger begynte med at jeg definerte meg ut av eget fylke som forsker, fordi jeg vurderte at jeg som aktiv myndighetsutøver kunne sette kommunene i en

vanskelig situasjon ved å be om et samarbeid med dem i en forskerrolle. Det resulterte i at jeg valgte å reise ut og gjennomføre undersøkelsen i et fylke der jeg var ukjent.

Jeg har forsøkt å legge til rette selvbestemmelse og autonomi, ikke bare for informantene, men også for kommunene. Av respekt for kommunenes selvbestemmelse, autonomi og kunnskap om seg selv har jeg overlatt til dem å velge informanter. Dette fordi jeg vurderte det som respektløst at jeg skulle henvende meg til kommunene med en holdning om at jeg i større grad enn dem kunne definere hvem som hadde størst forutsetninger for å opplyse meg. Jeg er ikke kjent med om alle informantene kom til intervju etter eget ønske eller om det var en oppgave de ble pålagt. Men jeg har informert dem skriftlig og muntlig om at deres deltagelse er frivillig og at de når som helst kan trekke sitt samtykke til deltagelse.

Forskning som ikke undersøker personlige forhold og taushetsbelagte opplysninger er lettere å forholde seg til enn det motsatte. Jeg har allikevel vært bevisst på at de som kommer til intervjuer må vises respekt. Jeg har forsøkt å legge til rette for deres trygghet, slik at de kunne gjennomføre og forlate intervjusituasjonen med en opplevelse av mestring. Videre har det vært mitt ønske at informantene skulle få bekreftet at deres erfaring og deres deltagelse var svært viktig for meg og for undersøkelsen.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Kommunene er anonymisert fordi min forforståelse av anonymisering/ikke anonymisering var at det ville gi kommunene større frihet i forhold til å snakke om gode og dårlige samarbeidspartnere. De kunne ha frihet til å omtale den statlige styringen slik de oppfattet den. Kort oppsummert var mitt utgangspunkt at anonymisering var en fordel. Jeg tror at den vurderingen har sin bakgrunn i at jeg ofte opplever at personer jeg intervjuer i forbindelse med jobb ønsker å være anonyme. De ønsker ikke å ha sitt navn søkbart i helsetilsynets rapporter.

### **Refleksivitet**

Refleksjoner om egen rolle og dens påvirkning av meg som forsker kan ha betydning for den forskningen jeg har gjort.

Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen. Forskerens rolle og perspektiver underveis, her under forforståelse, teoretisk referanseramme bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres. (Malterud, 2002, s. 122)



Som jeg har beskrevet i avsnittet om egen forforståelse, har rollen som fylkesmann vært vanskelig å tre ut av. Jeg har allikevel blitt mer bevisst min forforståelse og mine etablerte oppfatninger, noe som har vært nyttig. Den innarbeidede fylkesmannsrollen følger antagelig av at jeg i mange år har betraktet kommunene fra et overordnet nivå. Jeg har vært og er en utøver av statlig styring, en som iverksetter virkemidler for statlig styring. Det gjør jeg, som en av aktørene som formidler kunnskap som grunnlag for ny forståelse gjennom ulike opplærings- og veiledningstiltak. Jeg utøver også statlig styring gjennom virkemiddelet; tilsyn og kontroll. Støtte og veiledning er formidling som må betegnes som veldig instrumentell, det vil si at fylkesmannens utadrettede opplærings- og veiledningstiltak har som mål å få implementert nye forståelser, nye løsninger og nye regler. Våre målsetninger i den utadrettede virksomheten, er i de aller fleste situasjoner å selge et budskap, ikke diskutere det. Tilsvarende utøves tilsyn og kontroll gjennom en instrumentell tilnærming til kommunene.

Det er mange som har stilt meg spørsmål om hva jeg skriver masteroppgave om, og jeg har strevd med å få det formidlet fra et kommunalt perspektiv. Jeg har begynt å fortelle om at jeg studerer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i kommunene før jeg billedlig talt har tatt meg selv i nakken og snudd perspektivet mitt: Jeg skriver om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE i kommunene. Det har gått bedre etter hvert, men det har tatt tid å snu perspektivet fra et ovenfra og ned perspektiv til et nedenfra og opp perspektiv.

Jeg har også reflektert over min egen væremåte når jeg har vært ute i kommunene. Som fylkesmann er jeg opplært til å innta en formell rolle. Vi er instruert i å opptre høflig, lyttende men også besluttende og bestemt. Det følger av myndighetsrollen vår at vi i mange situasjoner har anledning til å ta beslutninger om hva som er rett og galt, for eksempel i tilsynssaker og i klagesaker. Det er ikke alltid at kommunene er enige med oss i de avgjørelsene vi tar. Når jeg nå skulle møte kommunene var det som student. Jeg hadde ikke gitt kommunene informasjon om meg ut over det at jeg var student og hvor jeg bodde. Bosted var av betydning fordi jeg ikke kunne endre tidspunkt for avtalene.

Jeg var også spent på intervju situasjonene fordi jeg i mange år har gjennomført intervju i rollen som tilsynsmyndighet. Refleksjoner i forkant av intervjuene gjorde at jeg var bevisst på å legge vekk tilsynsrollen, det vil si de delene av den der man opptrer

insisterende for å få svar på sine spørsmål. Det vil si at man gransker ved å gjenta spørsmål med ulike innfallsvinkler. Jeg forberedte meg på å innta rolle som gjest og som en samtalepartner i en situasjon der jeg hadde en bestemt hensikt; å få samtalt om punktene som var forberedt i intervjuguiden. Møtene med informantene forløp som planlagt. Jeg hadde selv en opplevelse av at intervjuene forløp som gode samtaler. Samtalene var periodevis preget av humor, noe som ga det hele en avslappet atmosfære. Det er vanskelig for meg å si hvor vellykket mine bestrebelser på et nedenfra og opp perspektiv har vært. Hvor god jeg har vært til å legge fra meg fylkesmannsrollen vites heller ikke, men jeg har forsøkt og forsøkene har vært lærerike.

## 4.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene og min fortolkning og analyse av dem.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene gjentas innledningsvis:

Problemstilling:

*Hvordan oppfatter og besvarer kommunene statlige styring om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i koordinerende enheter?*

Forskningsspørsmål

*Hvilken betydning har statlig styring for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering?*

*Hvilken betydning har aktører utenfor kommunen for kommunens organisering av tverrfaglig re-/habilitering?*

Jeg vil innledningsvis presentere kommunene som kontekst for organisering av tverrfaglig re-/habilitering slik de er beskrevet i statlige og kommunale styringsdokumenter og i intervju. Jeg har sortert og beskrevet funnene etter overskriftene: Standardkrav, økonomiske virkemidler, tilsyn og kontroll og støtte og veiledning. Med utgangspunkt i funnene har jeg gjort en analyse av hvordan kommunene har oppfattet og svart på statens styring, og hvilken betydning statlig styring har og hvilken betydning aktører utenfor kommune har for kommunenes organisering av tverrfaglig re-habilitering i KE.

### **Presentasjon av kommunene**

Kommunene presenteres med bakgrunn i gransking av statlige og kommunale styringsdokumenter og intervju med kommunene. Gransking av kommunenes styringsdokumenter viser beskrivelser av at kommunene selv oppfatter at de er i en vanskelig økonomisk situasjon. Det bekreftes av de kommunale informantene, som forteller at de befinner seg i en kontekst der de de kommunale helse- og omsorgstjenestene preges av kunnskapen om at fremskrevet befolkningsutvikling vil gi utfordringer i form av et økende antall eldre og flere unge uføre med behov for helse- og omsorgstjenester.

Et økende antall eldre og unge uføre med behov for tjenester vil derfor utgjøre en tilleggsbelastning for kommunenes økonomi. Dette i form av økte utgifter og tapte skatteinntekter. Det generelle grunnlaget for kommunenes økonomi følger av de skatteinntekter kommunene har, gebyrer og brukerbetalinger og statlige overføringer i form av rammeinntekter og øremerkede tilskudd.<sup>25</sup> Selv om kommunene selv beskriver at de er i en utfordrende økonomisk situasjon, beskriver de kommunale styringsdokumentene store variasjoner i kommunenes økonomi. Kommunene varierer fra å være i ROBEK<sup>26</sup>, til nylig å ha vært i ROBEK, til å ha oppsparte midler. Til tross for disse forskjellene er kommunene allikevel samstemte i sin formidling av den kommunale virkeligheten. Befolkningsutvikling og demografi er bakgrunnen for et voksende behov for tjenester. Et voksende behov for tjenester følges av et voksende behov for mer personell, mer kompetanse og andre løsninger som kan løse oppgavene mer effektivt.

Kommunene opplever det som vanskelig å innfri kravene som stilles til dem på helse- og omsorgsområdet, der Samhandlingsreformen har gitt dem særskilt store utfordringer, noe som fører til behov for omstilling og omorganisering.

Også staten er opptatt av befolkningsutviklingen i kommunene og beskriver demografi og levekår i kommunene som en nasjonal utfordring i Stortingsmelding 47 (2008-2009). Det legges også stor vekt på det som beskrives som forskyvning der yrkesaktive blir ikke-yrkesaktive med behandlings- og pleiebehov. Dette med det resultat at helse- og omsorgssektoren får store utfordringer. (Stortingsmelding 47, 2008 – 2009, s. 13 – 14).

Det vil si at staten og kommunene har den samme problemforståelsen av at utfordringer knyttet til at demografi og befolkningsutvikling utfordrer samfunnets bæreevne

---

<sup>25</sup> Blant disse er inntektsskatten kommunenes viktigste inntektskilde. I følge Hagen og Sørensen utgjør den omtrent halvparten av kommunenes inntekt (Hagen og Sørensen, 2006, s. 69). Samtidig skal variasjoner i kommunenes utgifter, i noen grad fanges opp gjennom kriterier i kostnadsnøkler og kompenseres for gjennom tilskudd til utgiftutjevning (St.prp. 1S, 2013-2014, s. 76)

<sup>26</sup> Register om betinget godkjenning og kontroll av kommunenes økonomi. Det vil si at kommuneøkonomien er underlagt statlig kontroll

økonomisk, personell- og kompetansemessig. Statens løsning på utfordringene er Samhandlingsreformen.

### **Kommunenes oppfatning av statlig styring av tverrfaglig re-habilitering i KE**

Funnene beskrives med utgangspunkt i den teoretiske fremstillingen av Hagen og Sørensen (2006) under overskriften typer av reguleringer. Jeg har brukt begrepet virkemidler for statlig styring. Dette beskrives mer inngående under overskriften Statlig styring av kommunene. Virkemidlene som beskrives er: Standardkrav, tilsyn og kontroll, økonomiske virkemidler og støtte og veiledning<sup>27</sup>.

#### **Standardkrav**

Jeg har tatt utgangspunkt i den teoretiske beskrivelsen av standardkrav, slik Sørensen og Hagen har beskrevet det: «Uttrykket standardkrav eller standardregler omfatter regler som pålegger kommunene eller fylkeskommunene å sørge for visse tjenester...»(Hagen og Sørensen, 2006, s. 58)

Funnene viser at det går et markant skille i kommunenes oppfatning av standardkravet om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE før og etter Samhandlingsreformen. Det vil si at standardkravet i forkant av Samhandlingsreformen ble oppfattet som et enkelt standardkrav ut fra en forskrift, mens standardkravet etter Samhandlingsreformen ble oppfattet som et sammensatt og stort standardkrav bestående av lov, forskrift, flere oppgaver og nye måter å løse oppgavene på.

Standardkravet til kommunene om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE i forkant av Samhandlingsreformen, fulgte av forskrift om at kommunene skal ha en KE. Gransking av kommunale styringsdokumenter, som saksfremlegg og kommunestyrevedtak knyttet til kommunestyrets behandling av spørsmålet om å etablere KE, viser korte beskrivelser av at det å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE er et standardkrav, et pålegg fra staten.

---

<sup>27</sup> Klage og planlegging er statlige virkemidler som ikke er spesielt fokusert i undersøkelsen.

Jeg har i intervjuene spurt de kommunale aktørene hvordan de har oppfattet den statlige styringen. Svarene jeg fikk var ikke entydige. Kommunene hadde ulik oppfatning av dette statlige pålegget. Kommunenes svar varierte fra at de hadde oppfattet styringen som veiledende i samsvar med kommunenes frihet til å organisere seg ulikt, som for svak, som positiv i en utviklingsorientert og innovativ kommune og som autorativ<sup>28</sup>:

Jeg oppfatter ut fra veileder og forarbeidet at det legges opp til at kommunene kan organisere dette ulikt. Man har ikke en planke på dette, men ser dette som kommunal frihet. Det blir opp til den enkelte kommune å definere ansvars- og oppgavespenn. (kommune A, leder helse- og rehabilitering).

Den statlige styringen er ikke er streng nok. Fylkesmannen burde ha "banket i bordet og sagt at alle kommunene må ha en koordinerende enhet, nå skal vi vite hvem som har. (kommune B, leder for tjenestekontoret)

Jeg har i utgangspunktet tenkt at det som kommer fra helsemyndigheten det er bra, det er best å følge loven. Kan ikke forestille meg at vi hadde det gjort ting annerledes. Vi ønsker å være utviklingsorientert utadvendt og innovative – både ta i bruk ny teknologi, se på nye organisasjonsmåter, ønsker å skape merverdi gjennom å tenke nytt. (kommune C, institusjonssjef)

Tror ikke at utformingen av koordinerende enhet hadde sett slik ut uten lovpålegg. (kommune C, leder ved tjenestekontoret)

Min tolkning av kommunenes svar er at de har oppfattet den statlige styringen ulikt. En uttalelse som skilter seg ut fra de andres er uttalelsen til leder for tjenestekontoret i kommune B. Hun hadde en oppfatning av at den statlige styringen burde ha vært mye strengere. Staten burde ha «*banket i bordet*», mer om tolkningen av det i kapittelet: Støtte og veiledning.

Standardkravet til kommunene om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE etter Samhandlingsreformen fulgte av lov, forskrift, nye oppgaver og pålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak der KE var ett av avtalepunktene. Kommunenes beskrivelser av hvordan de har oppfattet standardkravet om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE etter Samhandlingsreformen bærer preg av at Samhandlingsreformen er en helhet bestående av mange tiltak. Statens styring mot

---

<sup>28</sup> Kommunenes egne vurderinger av statlig styring rettet mot tverrfaglig re-/habilitering i koordinerende enheter

tverrfaglig re-/habilitering i KE er rettet mot én av de tre utfordringene

Samhandlingsreformen bygger på: Pasientens behov for tjenester besvares ikke godt nok fordi helse- og omsorgstjenestene er fragmenterte.

Kommunene har beskrevet sin oppfatning av samhandlingsreformen ut fra en helhetlig vurdering av hele reformen. Beskrivelsene varierer fra å beskrive samhandlingsreformen som en negativ faktor som krever *uforholdsmessig* mye av kommunene, til å beskrive den som en utfordring som krever *mye* av kommunene:

Økende forventninger og mer omfattende behov utfordrer de kommunale tjenestene. For å møte disse utfordringene må det settes mål for omstilling og effektivisering. (kommune A, strategidokument 2013-2016)

Det foregår en fortløpende endring av kommunens ansvarsområde mot flere oppgaver og utvidet ansvar. (kommune B, strategisk plan for helse- og omsorgstjenestene)

Statlige reformer, rettighetsorienterte ytelser, lovpålagte tjenester, finansielle forpliktelser, omfattende saksbehandling og kvalitetssikring beslaglegger en stor andel av kommunens ressurser. (kommune C, økonomi- og handlingsplan, 2013 – 2016)

Samhandlingsreformen gir kommunen store utfordringer både faglig, økonomisk og kapasitetsmessig. (kommune D, økonomiplan, 2013 – 2016)

I intervjuene med kommunene har jeg presisert mitt fokus på den delen av Samhandlingsreformen som omhandler statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Dette endret ikke den oppfatningen kommunenes øverste leder hadde av Samhandlingsreformen. Også i intervjuene ble Samhandlingsreformen forklart som en krevende utfordring for kommunene:

Denne prosessen går fra det å undres over hvordan verden er satt sammen, til å gjennomføre målrettede handlinger. (kommune A, rådmannens innledning til kommuneplan, 2012 - 2020)

En samfunnsmessig trøkk på kommunen som leverandør av velferdstjenestene. (kommune A, leder for helse- og rehabilitering)

Nye oppgaver som gjør at vi trenger å tenke annerledes om hvordan vi planlegger og hva vi planlegger. (kommune C, institusjonssjef)

Kommunene er samstemte i sin oppfatning av at statens styring gjennom Samhandlingsreformen utsetter dem for så store utfordringer at de må iverksette tiltak for større eller mindre grad av omstilling. Det vil si at kommunene har felles oppfatning av at de må endre sin organisering fordi den organisasjonsformen de har ikke håndterer det store presset Samhandlingsreformen utsetter dem for. Samtlige kommuner har beskrevet strammere styring, større resultatfokus og bedre kontroll gjennom strategisk

ledelse som mulige måter å håndtere samhandlingsreformen og presset på helse- og omsorgstjenestene på. Felles for kommunene er at de utvikler nye strategier som implementeres i økonomi- og handlingsplaner. Tre informanter forklarte behovet for endring og omstilling med at det nå var så komplisert å drive en kommune at det var et behov for å gjøre noe med kontrollspennet. Begrepet kontrollspenn ble brukt om antallet enheter under én leder og påfølgende mulighet for å følge opp og utøve kontroll avhengig av om kontrollspennet var lite, stort- eller akkurat passelig.

Det er ikke mulig for rådmannen å utnytte potensialet i organisasjonen slik den ser ut nå fordi oppgavene blir stadig mer komplekse, det blir stadig vanskeligere å styre en kommune. Vi må ha en strategisk ledergruppe i kommunen som er veldig tett på tjenestene, som bistår rådmannen og det politiske miljø til å fatte beslutninger. (kommune A, leder helse- og rehabilitering)

Vi har blitt mer tydelige på hva som er kommunens helhetlige strategi og overordna mål. Vi har nå et målekort som gjelder for kommunen som rådmannen og rådmannens ledergruppe jobber på, så har alle etatene, seksjonene og relevante avdelinger et målekort. Så har vi utviklet felles lederprinsipper og mal for lederoppfølging, der vi følger opp at de lederprinsippene skjer i virkeligheten. Fastsatt mal som sikrer at det samme fokuset settes i alle ledersamtaler. (kommune B, helse- og sosialsjef)

... rådmannen vil ha en gjennomgang. Hun føler at hun ikke er tett nok på tjenestene. Det kan være mange grunnet til det. Hun tenker at helse og sosial har blitt veldig stort, og det er jo slik at oppgavene vokser. Vi er i ferd med å innføre Mål og Resultatstyring eller Balansert Målstyring, rådmannen har lett etter gode styringsverktøy for oss ledere og for å holde orden i eget hus, for å være sikker på at tjenestene gis og utføres som de skal. (kommune C, institusjonsleder)

Vi jobber med lederavtaler, er ikke helt i mål med det, der er vi også inne på dette med resultatansvar og måloppnåelse og belønningssystemer. Tidligere hadde virksomhetslederne ikke økonomiansvar eller personalansvar, men det er nå delegert ned. Nå sitter de og detaljbudsjetterer- og skal lage virksomhetsplaner på sitt nivå. (kommune D, tjenesteleder)

Det formidles spesielt at det er behov for bedre kontroll med helse- og omsorgstjenestene. I kommune A formidles dette som et behov for å minske kontrollspennet. Det gjøres ved innføring av kommunalsjefnivå slik at rådmannen får færre ledere å forholde seg til og lederne kan få tettere oppfølging. I kommune B formidles et tilsvarende behov for kontroll. Kommunen har, med det utgangspunktet, innført et målekort for ledere på alle nivå. I kommune C har rådmannen varslet gjennomgang av tjenestene. Dette med bakgrunn i at hun ikke er tett nok på tjenestene, og at helse- og sosial har blitt for stort. I kommune D jobbes det med lederavtaler, måloppnåelse og belønningssystemer.

Styringsdokumenter og intervju viser at kommunene oppfatter statens styring gjennom Samhandlingsreformen som et standardkrav, en stor og sammensatt utfordring som de



må løse. Kommunenes oppfatning av dette store standardkravet er at det må løses gjennom omstilling for bedre kontroll gjennom mer resultatstyring og mer ledelse. Kommunene har en oppfatning av at prinsipper for BM vil være de virkemidlene som kan løse samhandlingsreformens utfordringer. Samtlige kommuner har beskrevet strammere styring, større resultatfokus og bedre kontroll gjennom strategisk ledelse som mulige måter å håndtere samhandlingsreformen og presset på helse- og omsorgstjenestene på. Felles for kommunene er at de utvikler nye strategier som implementeres i økonomi- og handlingsplaner. Oppsummert tolker jeg funnene til at Samhandlingsreformen oppfattes som en utfordring som kan løses gjennom omstilling etter prinsippene for BM.

En oppsummering viser at kommunenes generelle organisering i resultatstyrte enheter også har en tilleggseffekt og tillegges betydning fordi KE sin mulighet til å koordinere tverrfaglig re-/habilitering vanskeliggjøres. Kommunene er opptatt av at de sliter med å utløse koordinatorressurser fra resultatene, fordi de ønsker å bruke sine ressurser til å styrke sitt resultat. To av kommunene, C og D har organisert KE på en måte som har eliminert utfordringene som følger av organisering i resultatene. To av kommunene beskriver dette som en erfaring som vanskeliggjør koordinering, de andre beskriver det som en kunnskap som har vært utgangspunkt for å gjøre organisatoriske grep motvirker siloeffekten, det vil si virkningen av resultatstyrte enheter.

### **Økonomiske virkemidler**

Som beskrevet i kapitlet: Presentasjon av kommunene har de kommunale lederne gitt uttrykk for at kommunene er i en vanskelig økonomisk situasjon og at de planlegger for en fremtid som kommer til å bli enda vanskeligere økonomisk.

Granskingen av statlige styringsdokumenter viser at det har ikke vært gitt økonomiske stimuleringsstilskudd eller statlige overføringer til kommunene for etablering av KE. I intervju med seniorrådgiver i helsedirektoratet ba jeg om hennes kommentarer til at virkemidlene som var brukt for å styre kommunene mot tverrfaglig re-/habilitering i KE ikke hadde inneholdt økonomiske virkemidler i form av øremerkede tilskudd. Bakgrunnen for spørsmålet var at slike tilskudd er et virkemiddel staten og helsedirektoratet i noen grad bruker for å stimulere kommunene mot helse- og

sosialpolitiske mål. Hun vurderte det som hensiktsmessig at det ikke hadde vært knyttet tilskudd til KE fordi tilskudd i mange sammenhenger fungerte som «*kunstig åndedrett*». Hun viste til erfaringer om at endringer i form av ønsket aktivitet, basert på økonomiske virkemidler, i mange tilfeller opphører når tilskuddsmidlene ikke lenger var en realitet.

Både i styringsdokumenter og intervju formidles en generell oppfatning av at det er vanskelig å sikre lovpålagte oppgaver som ikke følges opp av økonomiske virkemidler i form av statlige, øremerkede overføringer. De kommunale lederne forteller at de pålegges å spare mange millioner, og at det er deres hodepine å velge hvor det skal spares:

Så måtte vi kutte 70 millioner, det gikk ut over folkehelseressursen...(kommune A, helse- og sosialsjef).

Det er utfordrende å skulle spare noen og førti millioner, samtidig som vi skal drive utviklingsarbeid (kommune C, institusjonssjef).

Det som kan oppsummeres her er kommunenes oppfatning av at staten setter dem i en vanskelig situasjon ved å pålegge dem mange oppgaver som det ikke følger penger med. Mangelen på økonomiske virkemidler fra staten setter noen tjenester i fare for ikke å bli realisert.

Med innføring av Samhandlingsreformen tok staten i bruk økonomiske virkemidler som «*kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenestene og innføring av kommunalt medfinansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter*» (Helsedirektoratet 2010-2011, st.meld.16, s. 123). Samtidig ble ansvaret for øyeblikkelig hjelp overført fra regionale helseforetak til kommunene. Dette er en svært forenklet fremstilling av økonomiske og administrative konsekvenser av Samhandlingsreformen. Framstillingen viser samtidig at kommunene har tatt i bruk økonomiske virkemidler av en karakter kommunene ikke kan velge bort, fordi kommunene er avhengige av statlige overføringer og må forholde seg til måten disse overføringene organiseres på. Som en oppsummering vil jeg vise tilbake til kommunenes uttalelser om Samhandlingsreformen som et Standardkrav, der de gir uttrykk for sin oppfatning av Samhandlingsreformen, inkludert de økonomiske konsekvensene av at den setter dem i en vanskelig situasjon også økonomisk.

## **Tilsyn og kontroll**

Kommune B opplevde, som den eneste kommunen i denne undersøkelsen, at staten tok i bruk virkemiddelet tilsyn og kontroll overfor dem. Fylkesmennene gjennomførte i 2006 et tilsyn. Dette tilsynet ble gjennomført i kommune B, og det ble påpekt avvik fordi kommunen ikke hadde sikret samarbeid mellom kommunale instanser om tjenester til barn og unge med habiliteringsbehov. Kommunen måtte forholde seg til at den organiseringen de hadde ikke var i samsvar med lovens krav, de hadde ikke organisert tverrfaglig re-habilitering i KE.

Helse- og sosialsjef fortalte hvordan de hadde oppfattet det statlige virkemiddelet tilsyn:

Statlig styring, det er vi imot (humor). Vi var en av de første som ble fakka/ tatt på fersken gjennom tilsyn. Med et retrospektivt blikk vil jeg si at det har vært med på å forbedre tjenesten veldig, på et område der vi ikke var bra nok og der vi ikke oppfylte lovens krav til koordinering. (kommune B, helse- og sosialsjef).

Min tolkning av dette er at kommune B har oppfattet tilsyn og kontroll som et virkemiddel de har vært nødt til å forholde seg til. Som det fremgår av utdraget av intervjuet her: «*Vi var en av de første som ble fakka/tatt på fersken*» så beskriver kommunen at staten utøvde en form for kontroll som har legitimitet i kommunen. Staten er gitt myndighet til å «fakke» kommuner som ikke følger loven og kommunen forholder seg til denne myndighetsutøvelsen.

## **Støtte og veiledning**

I presentasjon av støtte og veiledning som statlig styringsvirkemiddel har jeg definert alle tiltak av informativ, opplærende og veiledende karakter som støtte og veiledning, her under prosjekt og publikasjoner. Helsedirektoratet har gitt ut publikasjoner, initiert prosjekter, arrangert og medvirket i nasjonale og regionale konferanser. Det er iverksatt en rekke tiltak for å fremme kommunal praksis i samsvar med gitte føringer. Når jeg i intervju med seniorrådgiver i helsedirektoratet spør hvilket resultat dette arbeidet har gitt, er hennes oppfatning at det har vært en langsom, men positiv utvikling. Hun definerer utviklingen som et resultat av langvarig jobbing mot kommunenes bevissthet og kunnskap som grunnlag for organisering av KE.

I intervjuene med kommunene har jeg spurt dem hvordan de har oppfattet statlig styring i form av støtte og veiledning. Kommunenes øverste ledere har ikke fokusert på støtte og veiledning i sine svar, men det har lederne for tjenestekontorene gjort. De har

formidlet en positiv oppfatning av statlig styring i form av støtte og veiledning. Kommunene som har deltatt i opplæringstiltak, prosjekt eller andre former for samarbeid med helsedirektoratet og/eller fylkesmann har oppfattet statens virkemiddel som positivt i eget utviklingsarbeid.

Jeg satt som kommunerepresentant i en gruppe i helsedirektoratet der vi skulle lage rundskriv for re/habilitering. Spennende å sitte i gruppa til Hdir. 2010. Det hadde sammenheng med prosjektet vi deltok i. Der fikk vi tett oppfølging fra Fylkesmannen og helsedirektoratet... Der var 28 kommuner med, jevnlig samlinger - utveksling med de andre. (kommune B, leder for tjenestekontoret)

Fylkesmannen har arrangert kurs om individuell plan for alle kommunene i fylket. De har også invitert alle koordinerende enheter i fylket til felles møte/opplæring, to ganger. (kommune B, leder for tjenestekontoret)

Leder for hab og rehab. kom med heftet om koordinerende enhet Hun sa at vi måtte diskutere hvordan kommunen skulle få dette til – skulle det være en person et kontor eller team – mange modeller. Vi fant ut at det var lurt å legge det til oss midt i smørøyet. Vi har hatt søknader og vurdering av individuell plan i mange år. (kommune C, leder for tjenestekontoret)

Vi har også hatt et prosjekt hvor vi har fått penger fra helsedirektoratet til å øke kompetanse for koordinerende enhet og individuell plan, mange har vært her og sett på det. (kommune C, leder for tjenestekontoret)

Kommune B har i perioden 2008 – 2011 deltatt i *Tillitspersonprosjektet* i regi av Helsedirektoratet. Et prosjekt, gjennomført i 26 norske kommuner. Forsøket var rettet mot mennesker med rusrelaterte problemer, og formålet var å bidra til at den enkelte fikk tilgang på helhetlige, sammenhengende og individuelt tilpassede tjenester på individ- og systemnivå. Tillitspersonprosjektet var en arena og en prosess der kommunene, fylkesmennene, helsedirektoratet og Rambøll følgeevaluering deltok. Deltakerne møttes jevnlig i prosjektperioden. Leder for tjenestekontoret beskriver prosessen og erfaringsutvekslingen med de andre som viktig. Hun beskriver også denne perioden som et dobbeltløp, der de parallelt med prosjektet; ”*jobbet på systemnivå for å få på plass systemet for IP for voksne*» (kommune B, leder for tjenestekontoret).

Leder for tjenestekontoret har også sittet i en gruppe i helsedirektoratet som kommunal ressursperson i utarbeidelse av veileder for KE. Det prosjektet ble aldri fullført. Forklaringen på det var at veilederen ble for omfattende. Men det vil si at hun har deltatt i flere former for utviklingsarbeid i regi av staten ved at hun både har deltatt i å utvikle prosjekt og veiledningsmateriell. Kanskje er det bakgrunnen for at hun har tatt et overordnet perspektiv, slik det beskrives i kapittelet: Standardkrav, der hun mener at staten burde ha «*banket i bordet*».

Leder for tjenestekontoret i kommune C forteller at en publikasjon fra helsedirektoratet var den direkte foranledningen til at tverrfaglig re-/habilitering ble organisert i KE i hennes kommune. Dette fordi leder for re-/habilitering i kommunen oppfattet budskapet denne publikasjonen som viktig og betydningsfullt og satte i gang en prosess med bakgrunn i publikasjonen. Leder for tjenestekontoret forteller videre at denne publikasjonen utløste et påfølgende engasjement fra leder for re-/habilitering som var et utgangspunkt for endring.

Det som også var av betydning for utviklingen i kommune C, var at kommunaldirektør for helse- og omsorg ga rom for utvikling. Helse- og omsorgssektoren og re/habiliteringsenheten fikk frihet til å jobbe videre med organiseringen av KE. De stilte seg selv et spørsmål om KE *«skulle være en person, et kontor eller et team – mange modeller»* (kommune C, leder for tjenestekontoret). Organisasjonenes rom for utvikling forklares slik:

Det har med kommunaldirektør å gjøre. Hun har gitt oss stor frihet til å blomstre, hun har gitt oss muligheter til å sette idèer ut i livet. Vi har aldri blitt stoppet – hun har gitt oss det ansvaret vi har vært i stand til å ta – en fantastisk leder som har betydd mye for utvikling av tjenestene – også for koordinerende enhet. Det har mye med forankring i ledelsen å gjøre. Hvis du ikke har forståelse på toppen så flyter det ikke tillit nedover Vi utvikler oss på egen hånd med godkjenning og inkludering av vår øverste leder. Vi har fått frihet til å vokse og gro. (kommune C, leder for tjenestekontoret)

### **Betydningen av statlig styring – betydningen av aktører utenfor kommunene**

En enkel oppsummering av hvilken betydning kommunene har tillagt statlige styringsvirkemidler og kommunenes svar på de statlige styringsvirkemidlene viser likheter og forskjeller i kommunene, noe jeg kommer tilbake til i drøftingen.

Kommunenes oppfatning av det enkle standardkravet om at Kommunen skal ha en synlig KE med ansvar for helhetlig re-/habilitering av flere pasient- og brukergrupper varierte, men har ikke blitt oppfattet som så betydningsfull at kommunene har besvart den statlige normen ved å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Betydningen av tilsyn og kontroll, med påfølgende avvik er basert på at en av kommunene har hatt tilsyn med påfølgende avvik og oppfølging fra fylkesmannen. Det ligger samtidig i sakens natur at et tilsyn med påfølgende avvik ville ha fått den sammen betydningen i alle kommunene, fordi tilsyn og kontroll utløser oppfølging ved at

fylkesmannen kontrollerer det påpekte avviket og kommunens tiltak for å rette avviket. Kontroll pågår til forholdet det gjelder er i samsvar med gjeldende lov, i dette tilfellet statlig norm for KE. Jeg legger til grunn at kommunene kan oppsummeres som ganske like i sin oppfatning av hvilken betydning statlig styring i form av et enkelt standardkrav og statlig styring i form av tilsyn og kontroll får, videre hvordan kommunene besvarer disse virkemidlene. Men der slutter også likheten mellom kommunene.

Samarbeid, støtte og veiledning får betydning for kommunene B og C. Det er sannsynlig at tiltak med støtte og veiledning i form av opplæring, prosjekter og så videre også har vært tilgjengelig for de andre kommunene, men at kommunene har tillagt disse virkemidlene ulik betydning. Publikasjonene er utformet for å stimulere kommunene til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE og er sendt alle kommunene. Men det er ikke noen av de andre kommunene som har tillagt publikasjonene fra helsedirektoratet den samme betydningen som kommune C har gjort. Tilsvarende er det bare kommune B og C som har vært i prosjekt som har hatt som formål å utvikle KE i kommunene. Kommunene B og C har vektlagt disse statlige virkemidlene betydning og besvart dem med å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Kommunene A og D tillia ikke noen av de statlige styringsvirkemidlene betydning før Samhandlingsreformen. Det vil si etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012 og påla kommunene å inngå samarbeidsavtaler med lokale helseforetak. Samarbeidsavtalene forutsetter at kommunene har organisert tverrfaglig re-/habilitering i KE. Når samhandlingsreformen trår i kraft og kombinerer standardkrav og økonomiske virkemidler får statens styring betydning også for kommunene A og D som organiserer tverrfaglig re-/habilitering i KE.

Undersøkelsen av hvilken betydning aktører utenfor kommunene har for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering viser at det samlet handler om uformelle og formelle samarbeid. I intervjuene forteller kommunene A, B og C at uformelle samarbeid med andre kommuner har vært av betydning for dem, selv om samarbeidet skjer med kommuner som har en annen organisering enn den de selv har:

Vi har hatt nabokommunen inne. De gjorde et tilsvarende grep for en 6 – 7 år siden. Sett litt på deres erfaringer og sett at det å være en helhet var en utfordring hvis det ikke settes av tid til det. (kommune A, rådmannen)

Vi er inspirert fra Arendal<sup>29</sup>. Startet opp med å hente inn mye fra dem. De har hjulpet oss mange ganger, holdt kurs og hatt grunnopplæring på individuell plan. Men nå gjør vi det selv. Vi har blitt gode nok etter hvert. (kommune B, leder for tjenestekontoret)

Vi har snakket med kommune C om opplæring og fikk inspirasjon til å sette møteledelse på programmet. Lurt med kunnskap om møteledelse, lære av hverandre – teste ut det man tenker selv. Vi har utvekslet erfaringer med 6 andre kommuner. (kommune B, leder for tjenestekontoret)

Vi har ikke en gang snakket med nabokommunen, til tross for at den ligger bare noen minutter unna ... vi har oppfattet oss som spesielle, vi har klart oss litt på egen hånd. Vi følger det nasjonale oppdragsdokumentet som kommer hvert år og de føringene som ligger i helse- og sosialplan og så luller vi litt for oss sjøl – vet egentlig ikke hvor lurt det er. (kommune D, tjenesteleder)

Det som beskrives ovenfor viser at de kommunene som har inngått i uformelle samarbeid selv vurderer at det har hatt betydning for hvordan de har organisert KE. Det fortelles om uformelle samarbeid som kilde til inspirasjon og kunnskap fra andre som har skaffet seg mer erfaring enn en selv har. Uformelle samarbeid sørger for at kompetanse om organisering overføres fra en kommune til en annen, til den tredje. Dette fremstår som en kompetansebygging der kommunene har begynt med å sammenlikne organisering og fortsatt med å utveksle gode løsninger. Et eksempel på en slik god løsning er opplæring i møteledelse. Det ble under intervju trukket frem som viktig for koordinatorene. Kommune C hadde jobbet med møteledelse for sine koordinatorene. Bakgrunnen for det var at koordinatorene ofte rekrutteres fra tjenesteutøvelsen. Mange tjenesteytere hadde ikke erfaring eller opplæring i å lede store møter. Kommune C iverksatte opplæring i møteledelse for å gi koordinatorene mestring også på denne delen av koordinatorrollen. Dette eksemplet ble formidlet til kommune B

---

<sup>29</sup> Arendal kommune er regnet som en foregangskommune for sitt arbeid med individuelle planer, som er en svært viktig oppgave for koordinerende enheter

og tilpasset kommune B sitt behov. Dette er et av eksemplene på kunnskapsdeling mellom KE i kommunene.

Kommune B sin deltagelse i Tillitspersonprosjektet i perioden 2008 – 2011, som tidligere beskrevet et prosjektsamarbeid mellom kommunene, fylkesmennene, helsedirektoratet og Rambøll følgeevaluering. Deltakerne møttes jevnlig i prosjektperioden. Leder for tjenestekontoret beskriver dette samarbeidet som viktig for organisering av tverrfaglig re-/habilitering for voksne i KE. En prosess der hun parallelt med prosjektsamarbeidet med fokus på KE for voksne har jobbet på systemnivå i kommunen for å få KE og system for IP på plass (kommune B, leder for tjenestekontoret).

En oppsummering av disse funnene viser at kommunene A, B og C har hatt uformelle samarbeid på ledernivå for ledere i helse- og sosialsektoren og mellom lederne for tjenestekontorene Sistnevnte brukte begreper som inspirerende og samarbeid som kilder til ny kunnskap om uformelle samarbeid.

Kommunene A, B og C har alle deltatt i et interkommunalt samarbeid i mange år. Mandat og møtoreferat for dette interkommunale samarbeidet viser at kommunene A, B og C, har samarbeidet siden 2005<sup>31</sup>. Formålet med det interkommunale samarbeidet har vært utvikling, forbedring, effektivisering og oppgaveløsning. I lederforum i dette interkommunale samarbeidet for helse- og omsorgstjenestene har kommunalsjefer og enhetsledere for helse- og omsorg deltatt. I deres mandat beskrives at de skal utvikle felles strategier for å møte Samhandlingsreformens utfordringer<sup>32</sup>. Ved en av disse ledersamlingene har KE vært på dagsorden med foredrag av fylkesmannen. Kommunene A, B og C har også satt Samhandlingsreformen og KE som en del av Samhandlingsreformen i det interkommunale samarbeidet.

---

<sup>31</sup> Interkommunalt samarbeid opprettet, 1997, utvidet i 2001 og 2005

<sup>32</sup> Én av samhandlingsreformens utfordringer er at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok



Kommune D ikke har hatt samarbeid med andre kommuner om helse- og omsorgssektoren før kommunen gikk inn i det samme interkommunale samarbeidet som de andre kommunene i 2013.

Kommunenes samarbeidsavtaler med lokale helseforetak innbefatter samarbeid mellom KE i kommunene, og KE i helseforetaket<sup>33</sup> er av stor betydning for organisering av KE. Dette fordi kommunene må inngå avtale med helseforetakene om hvordan samarbeidet mellom KE i kommunene og KE i helseforetaket skal gjennomføres. Min tolkning av samarbeidet mellom kommunene A, B og C er at det har vært et kommunesamarbeid av betydning for kommunenes organisering av KE, fordi helse- og omsorgslederne i fellesskap har diskutert organisering av KE, de har også utarbeidet felles strategier for avtaleinngåelse med lokalt helseforetak.

Kommunenes styringsdokumenter har vist meg at kommunene, til tross for at de tilhører et og samme fylke, har inngått ulike samarbeid med to forskjellige helseforetak.

Kommunene A, B og C har inngått avtale med lokalt helseforetak i fylket de geografisk tilhører, mens kommune D har inngått samarbeidsavtale med lokalt helseforetak i nabofylket. I intervju med tjenesteleder begrunnes det med at de geografisk ligger nærmere nabofylket enn det fylket de tilhører. Videre at det er et ønske om kommunesammenslåing med en kommune i nabofylket<sup>34</sup>. Tilhørighet til ulike helseforetak nyanserer ikke funnet om at samarbeidsavtaler med lokale helseforetak er av stor betydning for kommunenes organisering av KE. Dette fordi samarbeidsavtalene som inngås er standardiserte, staten har styrt kommunene med gjennom standardkrav til å inngå samarbeid mellom KE i kommunene og KE i helseforetak slik det er skissert i en nasjonal veileder<sup>35</sup>. Alle kommunene har inngått formelle samarbeidsavtaler med lokale helseforetak.

Jeg vil oppsummere disse funnene med tolkning av at formelt samarbeid, selv om det er styrt frem, vil ha betydning for hvordan kommunene organiserer KE, fordi det plassere

---

<sup>33</sup> Tjenestavtale 2

<sup>34</sup> Kommunal- og moderniseringsdepartementet har varslet en kommunereform; statlig styring der målet er større og mer robuste kommuner.

<sup>35</sup> Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og lokale helseforetak

dem i en setting der de må dele erfaringer og avtale hvordan samhandling mellom kommuner og helseforetak skal skje i praksis. Interkommunalt, formelt samarbeid har hatt betydning for organiseringen av KE for de kommunene som har deltatt i det, fordi de har jobbet med felles strategier i forkant av inngåelse av samarbeidsavtalene.

Det må også sies at det formelle samarbeidet mellom ledere i helse- og sosialsektoren og mellom lederne for tjenestekontorene er videreført i uformelle samarbeid.

Kommunenes øverste ledelse definerer det som nyttige samarbeid, og lederne for tjenestekontorene definerer det som inspirerende og som nyttig kunnskapsutveksling.

Min tolkning av dette er at formelle og uformelle samarbeid har vært av betydning for kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det å diskutere organisering av tverrfaglig re-/habilitering i ulike perspektiv og ulike settinger, på ulike arenaer, mellom aktører på ulike nivå gir større kunnskap om organisering av tverrfaglig re-/habilitering.

### **Kommunenes svar på statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE**

Jeg vil innledningsvis ta et kort tilbakeblikk til valg av metode. Mitt valg av semistrukturerte intervju var inspirert av teori om informantens mulighet til å påvirke:

Forskeren har behov for å gi informantene større frihet til å uttrykke seg enn det er strukturert spørreskjema tillater. Menneskers erfaringer kommer best fram når informanten kan være med på å bestemme hva som skal tas opp i intervjuet (Ryen, 2011, s. 136).

Metoden semistrukturerte intervju har gitt langt mer informasjon enn jeg hadde hatt forforståelse, kunnskap eller fantasi nok til å etterspørre. Funnene er et resultat av at kommunene har fått anledning til å formidle sin oppfatning av statlig styring i lys av den situasjonen de er i. De har formidlet sin oppfatning av statlig styring i en kommunal kontekst preget av befolkningsutvikling og demografi. Videre har de formidlet sin oppfatning av Samhandlingsreformen som et komplekst standardkrav, som oppfattes som så vanskelig å forholde seg til at det må besvares med å omstille kommunen etter prinsippene for BM.

Jeg har sortert statens ulike virkemidler for å styre kommunene med utgangspunkt i en teoretisk forståelse av at statens styring skjer i form av ulike virkemidler. I denne sammenhengen har virkemidlene bestått av standardkrav, økonomiske virkemidler, tilsyn og kontroll og støtte og veiledning.

I analyse av hvordan kommunene besvarer den statlige styringen har jeg fortolket deres faktiske respons på statlig styring, slik den fremkommer i dokumenter og intervju, som kommunenes svar på den statlige styringen. Det vil si at jeg både har sett på hvilke faktiske tiltak kommunene har iverksatt som samsvarer med den statlige normen: Kommunen skal ha en synlig KE med ansvar for helhetlig re-/habilitering av flere pasient- og brukergrupper. Videre har jeg lagt kommunenes oppfatning og besvarelse av statlig styring rettet mot organisering av tverrfaglig re-habilitering til grunn for en fortolkning av hvilken betydning denne formen for statlig styring har fått i kommunene.

Jeg vil innledningsvis vise tidspunktene for når kommunene valgte å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE:

- 2007** Kommune B            koordinerende enhet for barn
- 2008** Kommune C
- 2012** Kommune B            koordinerende enhet for voksne
- 2013** Kommunene A og D

Ingen av kommunene organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE de første seks årene etter at pålegget om KE ble forskriftsfestet i perioden 2001 – 2006. Min tolkning av manglende respons på den statlige styringen som da besto av et enkelt standardkrav er at kommunene ikke tillegger denne styringen særlig stor betydning. Kommunene besvarer den statlige styringen med å ignorere standardkravet.

I 2006 tok staten i bruk tilsyn som et styringsvirkemiddel overfor kommune B ved at fylkesmannen gjennomførte tilsyn med habiliteringstjenester til barn og unge i kommune- og spesialisthelsetjeneste. Tilsynet konkluderte med avvik fordi kommunen ikke hadde et system som sikret samarbeid mellom kommunale instanser om tjenester til barn og unge med habiliteringsbehov. Kommunen forteller selv at organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE i 2007 var et svar på Fylkesmannens tilsyn. Videre at det påpekte avviket og Fylkesmannens påfølgende kontroll av at kommunen lukket det påpekte avviket ble tillagt stor betydning. Kommunen besvarer altså statens tilsynsvirkemiddel med å iverksette tiltak som rettet avviket. De organiserte tverrfaglig re-/habilitering for barn i KE.

Min videre tolkning av kommunens svar på den statlige styringen er at standardkravet fremdeles ikke tillegges betydning og besvares, men at tilsynet tillegges stor betydning og i noen grad besvares i samsvar med den statlige normen. Fortolkningen følger av at kommunen ikke organiserer tverrfaglig re-/habilitering for voksne i KE. De velger å organisere tverrfaglig re-/habilitering for barn og unge i KE. Det vil si at KE i kommune B i 2007 ikke responderte på standardkravet men på tilsynet som var avgrenset til å omfatte barn og unge.

I 2008 styrte staten gjennom virkemidler som støtte og veiledning. Et av virkemidlene var en publikasjon om KE. Denne publikasjonen beskrives av kommune C som en direkte foranledning til at kommunen organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE. Publikasjonen ble fanget opp av leder for re-/habilitering, og hun brukte denne publikasjonen som et utgangspunkt for å diskutere hvordan kommunen skulle organisere tverrfaglig re-/habilitering. Beskrivelsene av hennes engasjement ligner beskrivelsene av ildsjelene: «*Man kommer likevel ikke unna at ildsjeler ofte er en nøkkel til suksess, ettersom en slik person representerer en drivkraft og et stabilt holdepunkt i enheten*» (Helsedirektoratet, 2010, s. 20). Min fortolkning av disse beskrivelsene er at kommunen har tillagt denne publikasjonen stor betydning, og at kommunen har besvart denne styringen ved å jobbe frem en KE.

Et annet virkemiddel under overskriften støtte og veiledning er utviklingsprosjekt som ble iverksatt i samme periode: Tillitspersonprosjektet ble gjennomført i perioden 2008 – 2011. Kommune B beskriver det som en direkte foranledning til at tverrfaglig re-/habilitering for voksne ble organisert i KE. Min fortolkning av det er at denne formen for statlig styringsvirkemiddel er tillagt stor betydning og at kommunens organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE for voksne er et svar på statens styring.

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012, tok staten i bruk mange samtidige virkemidler. Standardkravet om å etablere KE i henhold til den forskriftsfestede normen ble revitalisert ved at kommunenes plikt til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE ble løftet inn i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Videre ble KE en del av

de lovpålagte samarbeidsavtalene som skulle inngås mellom kommuner og helseforetak, som en del av ny modell for oppgaveløsning/anvarsfordeling og ny modell for statlige økonomiske overføringer som beskrevet i kapittelet: Økonomiske virkemidler. Denne formen for statlig styring var omfattende. Mange virkemidler var tatt i bruk. Kommunene A og D hadde siden 2001 besvart den statlige styringen med å ignorere den/ikke rette seg etter den. De fortsatte å organisere tverrfaglig re-/habilitering slik det passet kommunen, men i 2013 organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE. Min tolkning av denne komplekse statlige styringen, sett i sammenheng med at kommunene A og D organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE i 2013, er at det komplekse standardkravet ble tillagt stor betydning, og at kommunene besvarte det ved å organisere tverrfaglig re-habilitering i KE i 2013.

### **Oppsummering**

Undersøkelsen har gitt meg svar på hvordan kommunene har oppfattet statens styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE. En forenklet oppsummering tilsier at kommunene ikke oppfatter statlig styring med et enkelt standardkrav som betydningsfullt selv om styringen har form som et forskriftsfestet krav. Videre er det sannsynliggjort at statlig styring i form av tilsyn og kontroll er av stor betydning for de kommunene som blir tilsynt. Det vil si en styring kommunene må forholde seg til med tiltak som er i samsvar med styringen. Statlig styring i form av støtte og veiledning får betydning for kommunene når innholdet i støtten og veiledningen samsvarer med kommunenes egne normer, verdier og handlingslogikk. Den kan da oppfattes som gode løsninger for kommunen. Statlig styring i form av et stort og sammensatt standardkrav har betydning for kommunene. Det er sannsynliggjort at kommunene oppfatter styringen som betydningsfull og uunngåelig.

Mitt utgangspunkt var at Samhandlingsreformen var det siste styringstiltaket staten hadde iverksatt for å sikre at pasientenes behov for tjenester kunne besvares med KE som en sentral del av reformen. Funnene har vist meg at kommunene oppfatter statlig styring todelt: før og etter Samhandlingsreformen. Det har påvirket presentasjonen av funnene og vil påvirke strukturen på drøftingen.

## 5.0 DRØFTING

Dette kapitlet er rammen for drøfting av funn og teori. Undersøkelsen er avgrenset til å omfatte kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det vil si at undersøkelsen fokuserer på noe som er en liten del av kommuneorganisasjonen, men samtidig er en sentral del av området tverrfaglig re-/habilitering. Formålet med drøftingen er å bidra til økt kunnskap om kommunenes oppfatning av statlig styring og hvilken betydning kommunene tillegger den statlige styringen. Her under hvilken betydning aktører utenfor kommunene har og hvordan staten besvarer statlig styring. Det er utgangspunktet som skal gi meg grunnlag for å besvare problemstillingen:

*Hvordan oppfatter og besvarer kommunene statlige styring om å organisere tverrfaglig re/habilitering i koordinerende enheter?*

Jeg har altså gjennomført en undersøkelse av kommunenes oppfatning av statlig styring rettet mot organiseringen av KE i kommunene, videre hvordan de besvarer denne styringen. Kommunene har vært utsatt for statlig styring fra staten rettet mot kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE siden 2001. Statens bruk av virkemidler for styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE har endret seg fra enkel styring i form av en forskrift til den store Samhandlingsreformen i 2012. Da ble KE en del av Samhandlingsreformen. Drøftingen er strukturert i henhold til kommunenes oppfatning av og svar på statens styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE *før* og *etter* samhandlingsreformen.

Også i drøftingen har jeg skilt mellom statlig styring fra HOD og statlig styring fra KRD. Statlig styring fra HOD er rettet mot organisering av tverrfaglig rehabilitering i KE. Statlig styring fra KRD bidrar til å forklare kommunenes tilnærmet like oppfatning av hva som er løsningen når de blir presset og hvordan de skal besvare Samhandlingsreformen.

### **Kommunenes oppfatning av statlig styring før samhandlingsreformen**

Som beskrevet i kapitlet: Re-/habilitering trådte forskrift om habilitering- og rehabilitering i kraft i 2001. Det vil si staten tok i bruk et styringsvirkemiddel, et standardkrav ble innført som statlig virkemiddel for å nå en nasjonal målsetning om at: Kommunen skal ha en synlig KE med ansvar for helhetlig re-/habilitering av flere

pasient- og brukergrupper. Dette var en statlig norm som ble gjort gjeldende for alle kommunene. Med forskrift om habilitering- og rehabilitering ble kommunene fortalt at fra og med 2001 skal de organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Statlig styring som standardkrav, rettet mot kommunens organisering, er beskrevet slik i teori om statlig styring av kommunene: «*De lovbaserte virkemidlene dekker flere typer av tiltak. Staten kan for eksempel gjennom lover og regler regulere selve den administrative oppbygningen og de administrative rutinene i kommunen*» (Hagen og Sørensen, 2006, s. 57).

Som jeg har beskrevet i kapittelet: Standardkrav har kommunene formulert sin oppfatning av standardkravet ulikt i intervjuene. Jeg har gjengitt svarene med de variasjoner som har kommet frem om statens styring gjennom det enkle standardkravet: at standardkravet er sett som veiledende i samsvar med kommunenes frihet til å organisere seg ulikt, som for svak, som positiv i en utviklingsorientert og innovativ kommune og som autorativ.

Jeg har allikevel tolket kommunenes oppfatning av standardkravet til at dette enkle virkemiddelet ikke er oppfattet som statlig styring av betydning. Bakgrunnen for min tolkning er at ingen av de fire kommunene i undersøkelsen organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE enhet de første 6 årene. Kommunenes svar på statens styring i praksis, var at de ignorerte standardkravet, de besvarte ikke den statlige normen med konkret handling i samsvar med den statlige normen: Kommunen skal ha en synlig KE med ansvar for helhetlig re-/habilitering av flere pasient- og brukergrupper.

I den videre drøftingen av statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE før Samhandlingsreformen vil jeg se på standardkravet i lys av det institusjonelle kulturperspektivet. Jeg har allerede tolket kommunens manglende respons på standardkravet som kommunenes svar på statens styring. I et kulturperspektiv kan svaret forstås som et uttrykk for at den statlige normen ikke oppfattes som passende for kommunen. Tverrfaglig re-/habilitering i KE passet ikke inn i kommunenes normer, verdier og handlingslogikk.

Hvis staten hadde presentert en norm som passet kommunens normer, verdier, handlingslogikk og organisasjonskultur er det sannsynlig at kommunene ville oppfattet statens styring som betydningsfull. Hvis de hadde oppfattet den som betydningsfull ville

de antagelig ha besvart den ved å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE:  
«Betydningen av organisasjonskultur kan ofte ses i reformprosesser og omorganisering, særlig hvis det eksisterer trusler mot de dominerende, uformelle normene og verdiene» (Christensen og Lægreid, 2009, s. 60).

Det er interessant og kan forstås som at organisasjonskulturen er årsak til at statlig styring slik den beskrives her ikke har betydning. Med kulturperspektivets begreper kan det forstås som et resultat av at kommunene ikke har oppfattet denne pålagte organiseringen som passende i sin kommune. Handlingslogikk basert på passende atferd er et sentralt begrep i det institusjonelle kulturperspektivet. Kommunen innretter seg etter normer, verdier og handlingslogikk som er utviklet over tid. Det vil si at nye oppgaver og nye utfordringer vil bli møtt med løsninger som er prøvd ut, løsninger som er basert på etablert tankegods. Men dersom kommunene oppfatter statens styring som en motsetning til kommunens normer, verdier og den handlingslogikk som eksisterer er det sannsynlig at kommunen oppfatter styringen som lite betydningsfull, lite passende og ignorerer den.

Kommunene, forstått i et kulturperspektiv, vil bygge på kjente løsninger og strukturer så lenge det er mulig å finne løsninger i samsvar med eksisterende normer, verdier og handlingslogikk. Det er samtidig slik at kulturperspektivet ikke er låst i disse normene, verdiene og handlingslogikken. Kommunene kan ta i bruk andre organisasjonsformer i krisesituasjoner. Dette er beskrevet i teori av March og Olsen:

«Organisasjonsformer som skiller seg fra klart fra det eksisterende vil bare bli tatt i bruk om organisasjonen står ovenfor dramatiske kriser» (March og Olsen, 1989, referert i Baldersheim og Rose, 2012, s. 165).

Med utgangspunkt i March og Olsens beskrivelser kan kommunenes manglende svar på den statlige styringen forstås dit hen at styringen ikke har blitt oppfattet som dramatisk eller kritisk. Kommunene fortsetter å organisere tverrfaglig re-/habilitering slik de har gjort det uten hensyn til at KE er en forskriftsfestet plikt for kommunene.

Det er samtidig slik at ytre press kan påvirke kommunens normer, verdier og tilpasse det slik at intern kultur gradvis tilpasses innholdet i den statlige styringen. Da er det



sannsynlig at kommunene endrer sin oppfatning av den statlige styringen og besvarer den ved å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE.

I et instrumentelt perspektiv kan kommunene forstås som instrument for samfunnet. Kommunene handler formålsrasjonelt slik at oppgaver løses i samsvar med målene som er satt. Mål utformes på overordnet nivå og forventes løst på underordnet nivå men, det forutsetter vilje og evne fra underordnet nivå (Christensen, 2009, s. 104). Min tolkning av kommunenes manglende svar, forstått i et instrumentelt perspektiv er at det kan forstås som kalkulasjon i form av at kommunene ignorerer den statlige styringen. Dette fordi organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE ikke har betydning for kommunens måloppnåelse. Eventuelt at denne plikten til å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE har vært oppfattet som så ubetydelig at den aldri ble fanget opp og gjort til gjenstand for kalkulasjon.

I det institusjonelle perspektivet kan kommunenes ignorering av standardkravet også forstås som et eksempel på at statens føringer ikke er i samsvar med kommunens oppfatning av hvordan den best bør organiseres. Kommunens egne normer, verdier og handlingslogikk har sterkere påvirkning på kommunens beslutninger enn formelle regler (Peters, 2012, s. 45). I det instrumentelle perspektivet kan det forstås som eksempel på at staten ikke er tett nok på kommunene til å styre/regulere kommunene i retning av de målene som er satt for tverrfaglig re-/habilitering. Staten evner ikke å regulere kommunenes handlingsalternativer fordi de ikke er tett nok på mål-middel-sammenhengen. Det vil si at overordnet nivå ikke er tett nok på til å utforme mål og virkemidler av betydning for aktørene på underordnet nivå. I en hierarkisk variant av det instrumentelle perspektivet: «... er organisasjonen sett på som enhetlig, og det legges vekt på mål og kunnskaper om mål-middel-sammenhenger hos ledelsen i organisasjonen eller dem organisasjonen er et redskap for» (Christensen og Lægreid, 2009, s. 34)

I den andre varianten av det instrumentelle perspektivet; forhandlingsvarianten kan det at kommunene ikke organiserer seg i samsvar med statlig styring i form av det enkle standardkravet tolkes i lys av forhandlingsvarianten av det instrumentelle perspektivet og teori om kommunal organisering. Teori om Chicken-spill mellom stat og kommune beskriver Chicken-spill som et spill med likevektsløsninger mellom to (eller flere

parter) som velger strategier og som holder seg til sin strategi så lenge som mulig Dette illustreres ved bilkjøring der to biler kjører mot hverandre, den som kjører til side for å unngå kollisjon er en feiging og den som ikke kjører til side regnes som vinner. I et forhandlingsperspektiv vil kommunenes manglende besvarelse av statens standardkrav være en strategi som brukes i påvente av eventuelle økonomiske intenciver fra staten på et senere tidspunkt: «*Kommunen bruker da et utilstrekkelig tjenestetilbud for å oppnå større tilskudd fra staten...*»(Hagen og Sørensen, 2006, s. 230). Staten kan på sin side velge en strategi der standardkravet ikke følges av økonomiske intenciver. Det kan føre til at kravet ikke innfris og at nasjonale målsetninger ikke innfris. Slik kan standardkravet fra staten som overordnet myndighet, til kommunene som ansvarlige for oppgaveløsningen ses i lys av teori om chicken-spill mellom stat og kommune. Dette fordi de gjennom sine strategier opptrer som likeverdige i spillet, begge «kjører på» med sin strategi. Jeg legger til grunn at chicken—spill, med påfølgende strategier er skjulte strategier som ikke formidles. Funnene gir ikke grunnlag for ytterligere drøfting av chicken-spill mellom stat og kommune, men det gir interessante organisasjonsteoretiske perspektiver.

Eventuelle forhandlinger som følge av uenighet av lovens bestemmelser eller uenighet om hvilken myndighetsutøvelse gjennom tilsyn kan være gjenstand for forhandlinger men da i strukturerte situasjoner som i møter mellom HOD og KS. Resultatet av slike forhandlinger ender oftest i overordnede dokumenter som blir en del av styringsgrunnlaget både for staten og kommunene. Som eksempel i denne sammenhengen er den rammeavtalen som er inngått mellom HOD og KS om Samhandling på helse- og omsorgsområdet.

I 2007 organiserte kommune B tverrfaglig re-/habilitering i KE. Som beskrevet har kommunen selv definert at det var et direkte resultat av statlig styring i form av tilsyn og kontroll. Kommunen ble i 2006, som helse- og sosialsjef uttrykte det; «*tatt på fersken*». Kommunen hadde ikke organisert tverrfaglig re/habilitering i KE, de hadde heller ikke et system som sikret koordinering av re-/habiliteringstjenestene for barn. Statens styring gjennom kontroll førte til at kommunen organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE for barn. Det kan forstås som et eksempel på at kommunen har oppfattet statens kontroll med påfølgende avvik som en form for tvang. «*Statlig godkjenning eller kontroll: Staten påvirker kommunenes virksomhet gjennom*

*godkjenning eller kontroll, både knyttet til tjenester og infrastruktur» (Hagen og Sørensen, 2006, s. 34).*

Jeg oppfatter helse- og sosialsjefens humoristiske gjengivelse av at ”*de ble tatt på fersken*” som en indikasjon på at denne kommunen, på lik linje med andre kommuner, hadde kjent til plikten om å etablere KE siden 2001, da forskrift om habilitering- og rehabilitering trådte i kraft.

I dette tilfellet har Fylkesmannen på vegne av Statens helsetilsyn påpekt avvik fra gjeldende myndighetskrav<sup>36</sup> i kommunen. Når avvik påpekes er dette et forhold kommunen er forpliktet til å rette. Kommunens endring som følge av statlig styring kan også forstås i et kulturperspektiv, men da som en følge av at ytre press har påtvunget kommunene en endring. Slike endringer vil forsøkes løst med eksisterende løsninger, dersom det ikke lar seg gjøre vil kommunen etablere løsninger som ligner eksisterende løsninger i så stor grad som mulig (Fimreite i Baldersheim og Rose, s. 165). Det må samtidig sies at organisasjonens ytre omgivelser kan ha påvirkning på organisasjonens indre omgivelser ved at den indre organisasjonen tar opp i seg normer og verdier fra sine ytre omgivelser. Eller at organisasjonen erverver seg ny forståelse ved rekruttering av nye medarbeidere som bringer ny læring og ny forståelse inn i organisasjonen: *«Finally linkage between the institution and individuals can be achieved through change in the individuals being recruited into the institutions»* (Peters, 2012, s. 40).

Dersom kommunen ikke frivillig retter forholdet vil de få et statlig pålegg om retting. Det utløste etablering av KE for barn- og unge i kommune B. Det interessante her er at kommunen etablerer KE for barn og unge, et tiltak som retter avviket Fylkesmannen har påpekt, men som ikke oppfyller den kommunale plikten til å etablere en KE for alle personer med behov for re-/habilitering. Dette vil i praksis si at kommunen på dette tidspunktet gjennomfører de tiltakene de er helt nødt til, men de gjør heller ikke mer. Kommune B oppretter ikke KE for voksne. I et kulturperspektiv kan det forstås som at statens norm fremdeles ikke er i samsvar med kommunens normer, verdier,

---

<sup>36</sup> Myndighetskravet i denne sammenhengen er forskrift om habilitering og rehabilitering som trådte i kraft i 2001.

handlingslogikk, den passer ikke inn i kommunens organisasjonskultur, men kommunen gir etter for det ytre presset. Dersom statens norm for KE hadde vært i samsvar med kommunens normer, verdier, handlingslogikk og organisasjonskultur så er det sannsynlig at kommunen hadde organisert tverrfaglig re-/habilitering i KE for alle i kommunen, ikke avgrenset det til barn- og unge, ikke avgrenset det til et tiltak som rettet avviket og avsluttet Fylkesmannens kontroll.

I denne sammenhengen var styringen rettet mot en avgrenset del av kommunens organisering av tverrfaglig re-/habilitering. Som beskrevet ovenfor var kommunen utsatt for statlig styring av KE allerede fra 2001. Styringen hadde det samme legitime utgangspunktet; forskrift om habilitering- og rehabilitering. Forskjellen for kommune B var at staten i 2006 også tok i bruk tilsyn og kontroll som et virkemiddel i styringen. Min tolkning av dette er at tilsyn er en form for styring der staten setter makt bak kravene, kommunen må forholde seg til fylkesmannens oppfølging til avvik er rettet. Det er en form for direkte styring fra tilsynsmyndighetene som har stor effekt for det avgrensede området det retter seg mot, noe som kommune B kan tjene som et eksempel på. Kommunen besvarte styringen som fulgte av virkemiddelet; kontroll og tilsyn, men besvarte i utgangspunktet ikke virkemiddelet; legitimt standardkrav. Dette er en erfaring som jeg som utøvende fylkesmann også har gjort meg. Tilsyn fører til endring innenfor den enheten eller virksomheten som har vært utsatt for tilsyn, men har liten eller ingen effekt på andre enheter i samme sektor eller samme kommune. Det er en såpass utbredt erfaring at statens helsetilsyn i sin tilsynsmetodikk oppfordrer kommunen til å bruke resultater fra tilsyn til læring for andre deler av virksomheten.

I et instrumentelt perspektiv kan tilsyn og kontroll forstås som et ytre press som driver frem endring i kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering. «*For offentlige organisasjoner er dessuten lover og statlige reguleringer av særlig betydning*» (Pettigrew mfl, Dawson og Fimreite i Fimreite, 2000, s. 169). I dette eksempelet er det tilsyn og kontroll i kombinasjon med et standardkrav i form av forskrift som er av særlig betydning. Uansett, kommunen kan i et instrumentelt perspektiv forstås som et underordnet nivå i et hierarki der det overordnede nivå har tatt i bruk den makt som følger av posisjonen (Christensen, 2009, s. 43).

I 2008 organiserte kommune C tverrfaglig re-/habilitering i KE, denne organiseringen forklares som et resultat av statlig styring i form av at en publikasjon om KE som ble fanget opp av leder for re-/habilitering i kommunen. Det kan forstås som et resultat av handlingslogikk basert på passende atferd. Det vil si at en publikasjon ble fanget opp av leder for re-/habiliteringstjenesten fordi den kommuniserte normer, verdier og handlingslogikk som passet kommunens organisasjonskultur. Det vil si at forløpet i kommune C hadde sitt utgangspunkt i at en av de ansatte gjennom sin forståelse, sine normer, verdier, handlingslogikk førte til endring i organisasjonens kollektive organisasjonskultur. Leder for tjenestekontoret formidlet denne hendelsen som utgangspunktet for en prosess for å finne ut hvordan kommunen skulle organisere KE.

Hun fortalte om en organisasjonskultur, der det var mulig å fange opp nye impulser og legge det til grunn som et fritt utgangspunkt. Et utgangspunkt der organisasjonen kunne diskutere ulike former for organisering av KE. Denne diskusjonen hadde en bredde, fra det å legge KE til en enkeltperson/funksjon i kommunen, til å etablere et team, til å etablere et eget kontor. Kort oppsummert fortalte hun om en organisasjonskultur i helse- og omsorgssektoren der gitt organisasjonen hadde frihet til å vokse og gro, det vil si kommunale aktører som selv kunne påvirke organisasjonens utvikling. Hun formidlet også at denne friheten var et resultat av at leder for helse- og omsorg ga medarbeiderne stor frihet i sin oppgaveløsning. Denne organisasjonskulturen kan forstås i et kulturperspektiv fordi organisasjonens mennesker forstås som aktører som bidrar til en felles handlingslogikk (March and Olsen i Peters, 2012, s. 30).

Denne forståelsen er en motsetning til en instrumentell forståelse der organisasjonens mennesker forstås som rasjonelle aktører som handler ut fra en forhåndsbestemt konsekvenslogikk. Det vil si en formell organisasjonsstruktur med klare regler for hvem som kan utføre oppgaver og hvordan de skal utføres, som elementer i en instrumentell konsekvenslogikk (Christensen, 2009, s. 34).

Først i 2012 organiserte kommune B tverrfaglig re-/habilitering i KE for voksne. Det skjedde i etterkant av deltagelsen i Tillitspersonprosjektet, der leder for tjenestekontoret deltok i en prosess som gikk over tre år. Kommunen beskriver en sammenheng mellom Tillitspersonprosjektet og forløpet til etablering av KE for voksne. Det vil si at kommunene inngikk i et målrettet prosjektarbeid om opprettelsen av KE enhet for

voksne, samtidig som prosjektmedarbeider (som er leder for tjenestekontoret) også hadde erfaringsutveksling med samarbeidspartnerne.

Leder for tjenestekontoret har deltatt i både tillitspersonprosjektet, og hun har sittet i en gruppe i helsedirektoratet som kommunal ressursperson i utarbeidelse av veileder for KE. Hun har betydelig erfaring fra samarbeid med Fylkesmannen og helsedirektoratet. Det er interessant sett i lys av at hun også var den blant informantene som opplevde at statens styring ikke var streng nok. Jeg har tolket hennes reaksjon i lys av kulturperspektivet. Hun har deltatt på to arenaer av betydning for henne, slik hun selv har formidlet det. Hun har deltatt et statlig initiert prosjekt: Tillitspersonprosjektet og samarbeid med helsedirektoratet om veileder for tverrfaglig re-/habilitering i KE. Min tolkning av hennes oppfatning av at «staten burde ha banket i bordet», er at hennes normer, verdier og handlingslogikk er endret. Hun har i tillegg til å ha et kommunalt perspektiv, ervervet det statlige perspektivet, eller deler av det. Det å være deltager på andre arenaer er i seg selv et grunnlag for endring, forstått i kulturperspektivet. Det fordi hun bringer med seg de normer, verdier og den handlingslogikk hun har ervervet i helsedirektoratet og i prosjektet tilbake til egen kommune. Der kan hennes nye erfaringer, hennes endrede normer, verdier og handlingslogikk bidra til å endre organisasjonskulturen.

Jeg tar et skritt tilbake til eksempelet med kommune C, og den påfølgende redegjørelsen for eksempelet forstått i et kulturperspektiv. Det vil si at forløpet også i kommune C hadde sitt utgangspunkt i at en av de ansatte gjennom sin forståelse, sine normer, verdier og handlingslogikk førte til endring i organisasjonens kollektive organisasjonskultur, som beskrevet ovenfor. Det å delta i et prosjekt kan forstås som en samarbeidsrelasjon der kommunen oppdager at dette er en måte å jobbe på som passer godt hos oss, dette kan være handlingslogikk basert på passende atferd. Det kan være at kommunen oppfatter det å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE på en annen måte etter å ha deltatt i Tillitspersonprosjektet, enn de oppfattet den enn i 2001 da plikten ble innført eller i 2006 da de fikk påpekt et avvik. En årsak til det kan være at kommunens normer, verdier, handlingslogikk og organisasjonskultur har endret seg i takt med at staten har nådd dem med ulike styringstiltak; en ny forskrift i 2001, et tilsyn i 2006 og et prosjekt i 2008. I tillegg har leder for tjenestekontoret ervervet seg ny forståelse/ny læring. Til sammen kan det føre til at organisasjonen lærer av sine omgivelser, at

organisasjonens mennesker tar med seg nye eller endret forståelser/ny læring ervervet utenfor organisasjonen og at det endrer organisasjonskulturen.

The normative institutionalist literature points to the existence of several stimuli for change, but focuses on processes of learning as a principal means of adaptation. The basic argument is that institutions identify and then adapt to changing circumstances in their environment through a process of learning. (Peters, 2012, s. 36)

Med bakgrunn i kommunens utsagn, deres egen oppfatning av hva som førte til organisering av KE for voksne kan endring i kommunenes oppfatning forstås som en form for utvikling i kunnskap, holdninger og verdier. Kommunen kan ha endret sin oppfatning i takt med nye former for styring og læring gjennom samarbeid med andre.

Det er allikevel slik at en endring i organisering, slik organisering av KE for voksne i Kommune B, er kan forstås motsatt i et instrumentelt perspektiv. Det kan forstås som et resultat av analytiske vurderinger av hva som er mest formålstjenlig. Kanskje har deltagelsen i Tillitspersonprosjektet og samarbeid med helsedirektoratet om ny veileder har gitt grunnlag for kalkulasjon av fordeler og ulemper. I det instrumentelle perspektivet kan organisering av KE være det tiltaket som ga bedre måloppnåelse.

### **Kommunenes oppfatning av statlig styring etter samhandlingsreformen**

Funnene viser at kommunene ikke oppfatter samhandlingsreformen som en løsning, Samhandlingsreformen beskrives med begrep som; «nye oppgaver», «nye ansvarsområder», «mer ansvar» og «samfunnsmessig trøkk». Samhandlingsreformen oppfattes som et ytre press. Samhandlingsreformen er statens løsning på de utfordringene kommunene og nasjonen som sådan står ovenfor. Tidligere helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen beskrev det i forordet til stortingsmeldingen om samhandlingsreformen så har staten sett behovet for en helsereform fordi det må gis:

Rett behandling - på rett sted – til rett tid:

«... mange mennesker får ikke den hjelpen de trenger når de trenger den. Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge» (St. meld. 47, 2009 – 2009, forordet).

Dette handler om at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok og at helse- og omsorgstjenestene er fragmenterte. Disse utfordringene kan ses en som en utfordring for mange enkeltkommuner eller som en samfunnsmessig utfordring. Stortingets svar på denne utfordringen er Samhandlingsreformen som besvarer

utfordringer knyttet til demografi og levekår med bedre folkehelse, større innsats for å begrense og forebygge sykdom og bedre koordinering av pasientenes tjenester (St. meld 47, 2008 – 2009, s. 22). Dette fremstår som nasjonale instrumentelle grep, der stortinget har vedtatt en reform som endrer forvaltningsstrukturen, samtidig som det er vedtatt nye lover; ny helse- og omsorgstjenestelov og ny folkehelselov Dette kan oppsummeres som statens balanserte målstyring av kommunene.

Staten har altså vedtatt en rekke ulike styringstiltak som skal løse utfordringene. Et av de forholdsvis mange tiltakene som er beskrevet er at KE skal bidra til å koordinere pasientenes behov, KE skal bidra til at tjenesteyterne med ulik tilhørighet samarbeider om planlegging og organisering av individuell re-/habilitering (St.meld. nr. 16, (2011-2015, s. 90). Som tidligere beskrevet har staten og kommunene den samme problemforståelsen av utfordringer knyttet til at demografi og levekår utfordrer samfunnets bæreevne; økonomisk og personell- og kompetansemessig. Disse utfordringene beskrives i statlige styringsdokumenter og i kommunens styringsdokumenter. Demografiske utfordringene er også beskrevet i litteraturen som beskriver at demografiske utfordringer i form av synkende eller stigende folketall gir behov for omstilling i kommunene (Hagen og Sørensen, 2006, s. 180). Det er også samsvar mellom regjeringen analyse av at pasientenes behov ikke koordineres godt nok (St.meld. nr. 47, 2008-2009, s. 21) og tilbakemelding fra kommunene A, B og D om at koordinering av at tverrfaglig re-/habilitering er en utfordring i kommunene.

Kommunenes beskrivelser av utfordringer viser at de er opptatt av at de har for få barn, for mange eldre- og for mange unge innbyggere utenfor arbeidslivet. Kommunene må forholde seg til- og planlegge for, fremtidige utfordringer i form av mange kostnadskrevende mottagere av kommunale helse- og omsorgstjenester og for få arbeidstakere/skatteyttere. Samtidig viser undersøkelsen at ikke alle kommunene har oppfattet statens styring gjennom samhandlingsreformen som en løsning. Kommunenes reaksjoner på samhandlingsreformen kan ses som et uttrykk for at kommunene oppfatter statens styring som en innskrenking av den kommunale handlefriheten. En illustrasjon på det er rådmannen i kommune A som uttrykte sin undring over samhandlingsreformen som fremsto som en prosess gikk fra det å undre seg over *hvordan verden var satt sammen til å gjennomføre målrettede handlinger*. Dette er i samsvar med teoriens beskrivelser av at den statlige styringen har effekt fordi den innskrenker kommunens



handlefrihet gjennom pålegg om å løse nye oppgaver, statlig regulering av tjenestetilbud og begrensede økonomiske rammer (Sørensen og Hagen, 2006, s. 68). Kommunene er pålagt å organisere tverrfaglige re-/habilitering i KE, tjenestetilbudene mellom helseforetak og kommuner skal koordineres via KE. Finansieringen av re-/habilitering for utskrivningsklare pasienter er knyttet opp mot den nye ansvarsfordelingen mellom helseforetakene og kommunene.

I 2013 ble tverrfaglig re-/habilitering organisert i KE i kommunene A og D. Kommunene forklarte at det skjedde som en del av en omstilling og at omstilling skjedde som følge av Samhandlingsreformen. Kommunene A og D, som i forkant av samhandlingsreformen bare hadde vært utsatt for statlig styring i form av ett virkemiddel; forskrift om habilitering- og rehabilitering, ble nå utsatt for statlig styring gjennom fire ulike tiltak. Statlig styring med et bredt og sammensatt formål men også med formål å styre organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Kommunene har vært klare i sin tilbakemelding i styringsdokumenter og i intervju, deres oppfatning av Samhandlingsreformen er at den har hatt stor betydning for dem. Videre har ingen av kommunene formidlet at den har hatt en positiv betydning. Kommunene beskriver Samhandlingsreformen som utfordrende.

I et instrumentelt perspektiv kan kommunene tillegges en kalkulerende rasjonalisme som baseres på hvilken nytte eller gevinst som følger av det å la seg påvirke til endring. (Peters, 2012, s. 51). Kommunene A og D og deres manglende etablering av KE, i perioden fra 2001 til 2013, kan forstås som et uttrykk for kalkulasjon. Det kan forstås som at kommunene i denne perioden vurderte det som mer lønnsomt å ikke organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Videre vil den kalkulerende rasjonalismen være grunnlag for at kommunene i 2013 vurderte det som mer lønnsomt å organisere seg i samsvar med den statlige styringen ved å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Dersom kommunene hadde valgt å fortsette uten å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE ville det ha hindret dem i å delta i det pålagte samarbeidet med lokalt helseforetak. Det ville utsette kommunene for et stort press fra staten, et press som ville inneholde både kontroll og økonomiske virkemidler fordi manglende KE og manglende avtaler med mellom KE i kommune og KE i lokalt helseforetak har innvirkning for finansiering knyttet til pasientforløpene. Kommunenes sene etablering av KE kan også forstås som et forsøk på å ignorere statens paternalisme, der staten med ulike pålegg tvinger frem et

nasjonalt besluttet tiltak for koordinering av re/habiliteringsfeltet. Statlig paternalisme følger av statens målsettinger om å sikre innbyggerne like rettigheter (Hagen og Sørensen 2006, s. 24).

I et kulturperspektiv kan det forstås som at det ikke er samsvar mellom kulturen i helsedirektoratet og kommunenes kultur. Kommunene oppfatter ikke Samhandlingsreformen som en passende løsning på sine utfordringer.

Alle kommunene hadde i 2013 besvart statlig styring rettet mot tverrfaglig re-/habilitering i KE i samsvar med statens norm. Kommunene som ikke hadde besvart standardkravet om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE, kommunene som ikke hadde vært utsatt for det statlige virkemiddelet tilsyn og kontroll og som heller ikke hadde en organisasjonskultur som fanget opp støtte og veiledning, de organiserte tverrfaglig re-/habilitering i KE når staten styrte gjennom Samhandlingsreformen som det store og sammensatte standardkravet, datert 1.1.2012. Av det kan det utledes at det i noen kommuner må flere statlige virkemidler til før kommunene oppfatter statlig styring som betydningsfull.

### **Kommunes svar på Samhandlingsreformen**

Funnene viser at kommunene har lik oppfatning av at samhandlingsreformen er en stor utfordring, som tvinger frem nye løsninger. De har også besvart Samhandlingsreformen med at reformen er så utfordrende at kommunene må omstille seg til større grad av BM. Kommunene har på undersøkelsestidspunktet vært i ulike stadier i omstillingsprosessene, fra kommune C, der kommunalsjef har varslet en gjennomgang av helse- og omsorgssektoren for å få bedre kontroll, til kommunene som har begynt omstillingen, og befinner seg på ulike stadier i prosessen. Kommunenes svar fremstår som like, det brukes begrep som strategiske fokusområder, kontrollspenn og målekort, begreper som peker tilbake på BM og markedsorienterte prinsipper.

I et instrumentelt perspektiv kan kommunenes svar på Samhandlingsreformen forstås som stringente grep i form av strammere styring, større resultatfokus og bedre kontroll gjennom strategisk ledelse. Kommunene gjennomgår/omstiller egen organisasjonsstruktur for å forbedre ytelsen. De designer virksomhetsstrukturene der formelle roller og avklarte maktforhold skal sikre at alle aktører handler i samsvar med

den designede struktur og de handlingsvalg de har rådighet over. Dette fremstår som mål-middel rasjonalitet der graden av måloppnåelse avhenger av hvor godt ledelsen klarer å påvirke organisasjonens mennesker til formålsrasjonelle handlinger. For å lykkes i slik påvirkning må ledelsen<sup>37</sup> og menneskene i organisasjonen være tett koblet slik at det er samsvar mellom mål og handlinger.

Christensen har beskrevet dette som formålsrasjonelle handlinger, bestående av fire elementer:

- *Mål eller problem:* Hva ønsker man å oppnå, og hva er avstanden i forhold til det man har nå?
- *Alternativer:* Hvilke handlinger er mulige?
- (Forventninger om) *konsekvenser:* Hvilke framtidige konsekvenser i forhold til målene kan følge av hvert alternativ, og hvor sannsynlig er disse konsekvensene – gitt at alternativene blir valgt?
- *Beslutningsregler:* Hvordan skal valget mellom alternativene tas? (Christensen og Lægreid, 2009, s. 35).

I et instrumentelt perspektiv forklares organisasjonsstruktur og konsekvenslogikk som de to måtene organisasjonen kan nå sine mål gjennom instrumentelle grep, men det forutsetter den tette koblingen mellom ledelse og organisasjonen, som beskrevet ovenfor. Interaksjonen i kommunene kan også forstås i lys av instrumentell principal-agent teori. Her kan man velge å se ledere i helse- og omsorgssektoren som agenter for kommunens overordnede ledelse. Men man kan like gjerne se resultatenhetslederne som agenter for sine enheter. Her er poenget at agentene handler på oppdrag for principalen:

”Numerous studies of public budgeting, for example, discuss the importance of a leader being able to fight his or her corner and bring back the budgetary goods for their organization” (Peters, 2012, s. 56).

I resultatkommunene er resultatorientert ledelse og ledelsens betydning for enhetens resultater veldig viktig. Ledelse og styring er begreper som brukes om hverandre. I veilederen for BM, med tittelen *Resultatledelse* er resultatledelse oppsummert som et

---

<sup>37</sup> De som definerer målene for organisasjonen

styringsverktøy for rådmenn og virksomhetsledere (Kommunal- og regionaldepartementet, 2002). Dette er i samsvar med ledelsesteori som definerer lederskap som et overordnet begrep som inkluderer både ledelse og styring (Ladegård og Vabo, 2010, s. 17). Resultatlederne skal balansere ledelse og styring ut fra det mandat de er gitt- og det mandatet fremstår som styrende på en detaljert måte. For eksempel vil et målekort inneholde strategiske fokusområder der man har utviklet måleindikatorer for alle fokusområdene, resultatene fremstilles ved tall, fargekoder eller symboler. Veilederen for resultatledelse beskriver at eksempler på slike symboler er smilende fjes og sure fjes (Kommunal- og regionaldepartementet, 2002).

Kanskje har kommunene A, B og C vært under større påvirkning enn andre kommuner ved at en av lederne har vært sentral i en av tre prosjektkommuner i utviklingen av balansert målstyring, tilpasset norske forhold. Hun har i tillegg til å være en sentral aktør i arbeidet med BM i Norge i regi av KR D, også vært en samarbeidspartner i det interkommunale helse- og sosiallederforum. Jeg har tolker dette som en mulig kilde til et ekstra engasjement for BM for den lederen. I et kulturperspektiv kan det ses som en kilde til endring av organisasjonskultur i organisasjonen. Det vil si når organisasjonens egne medlemmer bringer med seg normer, verdier og handlingslogikk fra andre arenaer, jf. det om leder for KE som bringer med seg verdier hun har ervervet på den statlige arenaen, på andre samarbeidsarenaer inn på i kommunen der hennes nye perspektiv kan bidra til endring i organisasjonen. Her må det legges til at lederens engasjement for BM også kan ha hatt betydning for de kommunene som har deltatt i det interkommunale samarbeidet, det kan ha påvirket deres normer, verdier og handlingslogikk at denne endringen kan ha påvirket organisasjonskulturen i de kommunene de var en del av.

Et interkommunalt samarbeid vil også være en institusjon: «Når en formell organisasjon utvikler uformelle normer og verdier i tillegg til de formelle, får den institusjonelle trekk, og man snakker om institusjonaliserte organisasjoner.(Christensen og Læg Reid, 2009, s. 53)

Med bakgrunn i kulturperspektivet kan den ene lederens erfaring også forstås som betydningsfull for de andre kommunene som har samarbeidet med henne. I et kulturperspektiv kan det interkommunale samarbeidet ses som en institusjon der aktørene utviklet en kultur som bygger på det de bringer inn fra andre institusjoner men også på det de utvikler i fellesskap. I dette perspektivet vil en aktør med særlig

kompetanse, særlige erfaringer, andre normer og verdier, annen handlingslogikk, være en som bidrar til endring i institusjonens kultur.

Samtidig som dette også kan henge sammen med endring som følge av at organisasjonstrender spres, slik det må forstås i det institusjonelle myteperspektivet. Internasjonale trender som BM spres gjennom mange aktører, organisasjonstrendene etterspørres fra kommunene som definerer behov for hel eller delvis endring. Hvis en organisasjonstrend vurderes som passende og i tråd med kommunenes handlingslogikk så kan internasjonale trender være en forklaring eller delforklaring på kommunens oppfatning og svar på statens styring.

KRD har selv gjennomført undersøkelser av hvordan balansert målstyring fungerer og har oppsummert at resultatene er svært gode. Balansert målstyring gir gode resultater og tydelige og resultatfokuserte ledere, departementet har oppsummert balansert målstyring slik:

*Systemet kjennetegnes ved en nærmest brutal tydelighet. Det fremkommer konkrete resultater på flere områder hvor man på forhånd har definert hva som skal til for å bli fornøyd. (Kommunal- og regionaldepartementet, 2004, s. 10.*

For resultatlederne vil den brutale tydeligheten oftest avspeile seg i både anseelse og belønning. Et eksempel på det er tjenesteleder i kommune D som tydelig på begrepene; *måloppnåelse, resultatansvar, lederavtaler, og belønningssystemer*. Dette er forhold som må være på plass for at ledelsen skal sikre seg tilstrekkelig kontroll.

Bakgrunnen for kommunenes oppfatning av og svar på statens siste styringstiltak: Samhandlingsreformen kan forstås i ulike teoretiske perspektiv som beskrevet ovenfor.

Litt enkelt kan det hevdes at teorier som sorterer under det rasjonelle<sup>38</sup> perspektivet, vektlegger aktørens (og organisasjonens evne) til å handle rasjonelt for å maksimere sin egen nytte, mens teorier innen det institusjonelle<sup>39</sup> perspektivet vektlegger rammer i og rundt

---

<sup>38</sup>Rasjonelle, samme betydning som instrumentelle

<sup>39</sup>Institusjonelle, samme betydning som kulturperspektivet

organisasjonen som viktigst for å forstå organisatorisk atferd og dermed endring. (Fimreite, 2012, s. 161)

Det er samtidig slik at kommunene har besvart Samhandlingsreformen med omstilling, som forenklet er oppsummert som BM.

Jeg har valgt å se kommunenes svar på statlig styring av organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE i lys av konfigurasjonteori av Henry Mintzberg, med den divisjonaliserte organisasjonsform som illustrasjon på kommunestrukturer med BM og resultatenheter, jf. det som beskrives i dette kapittelet. «*Organisasjonsstrukturen er definert som; den totale sum af dels de måder, hvorpå arbejdskraften opdeles i bestemte aktiviteter og dels de de måder hvorpå disse aktiviteter koordineres*» (Sørensen, 2006, s. 13).

I denne sammenhengen vil jeg vise tilbake til kapittelet: Koordinering i resultatkommunene. Mintzberg beskriver at divisjonsorganiseringen ofte utvikles som et svar på ulikheter i markedet. Organisasjoner som skal yte ulike former for tjenester og har behov for å dele seg inn i spesialiserte divisjoner for å håndtere etterspørselen etter ulike tjenester (Sørensen, 2006, s.143). Med bakgrunn i kommunenes beskrivelser av kompleksiteten i det å drive en kommune, med stor bredde av oppgaver, er spesialisering eller divisjonalisering en måte å håndtere denne kompleksiteten på fordi divisjonene har spesialisert kompetanse til avansert oppgaveløsning. I helse- og omsorgssektoren er det mange eksempler på slik avansert oppgaveløsning. Det påpekes også i teorien at divisjonene fungerer best med maskinbyråkratiske strukturer, og at de samtidig presses divisjonene i retning av den byråkratiske form uavhengig av den struktur som var utgangspunktet (Sørensen, 2006, s. 139). Min tolkning av kommunenes organisering, omstillinger osv. er at de i større eller mindre grad kan ses som spesialiserte, divisjonaliserte kommunestrukturer, der resultatenheter utgjør utførernivået. Det er samtidig interessant at kommunenes svar på statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE er BM. Det er interessant fordi Mintzberg sin teori om organisering i divisjoner, her forstått som resultatenheter har en primær koordineringsmekanisme: Standardisering av resultater.

Jeg tar oss tilbake til tema for denne undersøkelsen som er kommunenes organisering av tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det vil si at kommunene skal ha en koordinerende funksjon som koordinerer på tvers av helse- og omsorgssektoren. Som det beskrives i

teoridelen er det standardisering av output, eller standardisering av resultater som er koordineringsmekanismen i den divisjonaliserte organisasjonsstrukturen.

Resultatenhetene har stor frihet til å jobbe innenfor sine enheter. Det som koordinerer deres innsats og sikrer nødvendig kontroll i organisasjonen er koordinering i form av standardisering av resultater. Koordineringen kan også i noen grad følge av overvåkning fra overordnet ledelse. Kommunene har standardisert resultatmål i økonomi, tjenesteproduksjon, brukertilfredshet osv. Kommunene har da flere resultatenheter som målstyres fra overordnet nivå. Funnene viser at disse målstyrte enhetene, beskrevet som siloer av noen av kommunene, er til hinder eller vanskeliggjør KE sin koordinerende fungering. Det operative nivået i den divisjonaliserte strukturen er styrt inn i *siloer* der resultatenhetslederne og resultatenheten måles på sine resultater. Begrepet silotenkning ble brukt som en illustrasjon på enhetsledernes manglende respons på henstillinger om helhetlig fokus- og bidrag til helheten gjennom å avgi ressurser til koordinering av individuelle behov. I intervju med tjenesteleder i kommune D uttrykte han at kommunen var opptatt av å motvirke effektene av at:

”belønningssystemer for den enkelte kan føre til at vi får noen steg tilbake i forhold til samarbeidet på tvers”. (kommune D, tjenesteleder)

Silotenkningen fremstår som en naturlig følge av de kommunale styringsmodellene. Enhetslederne jobber mot fastlagte resultatmål, de måles i målekort som ikke inkluderer resultater brukt på tvers i organisasjonene Fokusområdene er og resultatindikatorene er ikke knyttet til forhold som går ut over den enkelte enhet.

Resultatenhetene illustrert som siloer:



Koordinering av tverrfaglig re/habilitering fungerer oftest som et mål for hele helseomsorgssektoren, men ikke som en del av resultatmålene eller som del av målekort. Kommunenes øverste ledere beskriver det å få utløst koordinatorressurser som en stor utfordring

Manglende interesse for å avgi koordinatorressurser kan i et instrumentelt perspektiv forstås som et resultat av at kommunene ikke har vært tett nok på resultatenehetene. Målet om fungerende KE følges ikke av midler som sikrer at målene nås. Det følger ikke incitament med mål knyttet til KE, målene konkurrer ikke med de resultatstyrte målene. Graden av måloppnåelse henger nøye sammen med hvor godt ledelsen klarer å påvirke organisasjonens mennesker til formålsrasjonelle handlinger. Ledelsen må være tett koblet sammen med organisasjonens mennesker, de må ha kunnskap nok til å ta i bruk midler som realiserer målene. I organisasjonsteoretisk perspektiv kan silotenkning studeres i ulike perspektiv. I et instrumentelt perspektiv kan det forstås som om individer og institusjoner velger løsninger som gir dem måloppnåelse, i et kulturperspektiv kan det oppfattes det som et uttrykk for atferd som er i samsvar med det som anses passende i organisasjonen (Torsteinsen, 2012, s 251).

Resultatenhetsmodellen er i litteraturen beskrevet som en struktur som kan fungere som effektivisering av kommunal tjenesteproduksjon. Resultatenhetsmodellen kan være hensiktsmessig når resultatmålet er å produsere spesialiserte tjenester innenfor et avgrenset område (Torsteinsen, 2012, s. 242). Funnene har vist at for to av kommunene har resultatenhetsmodellen gjort det vanskelig å få KE til å fungere i samsvar med sitt koordinerende formål. Av det følger at det også vil være vanskelig å besvare samhandlingsreformens første utfordring: «*Pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester*» (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 13). Litteraturen har beskrevet dette slik: «*Oppsummert kan en si at resultatenhetsmodellen har gitt fokus på kostnader, økonomi og prestasjoner, men samtidig økt enhetsegoisme, kortsiktighet og suboptimalisering*» (Torsteinsen, 2012, s. 242 ).

BM-utbredelsen og resultatkommunene kan være resultater av statlig styring, fra KRD mot kommunene jeg har gjennomført undersøkelsen i. Det kan virke som om kommunene har en oppfatning av at BM i en eller annen variant er en hensiktsmessig



organisasjonsstruktur generelt- og at det er svaret når kommunene utsettes for ytre press.

Det som er interessant med det er at BM med de resultatstyrte enhetene og andre NPM inspirerte organisasjonsformer er at de vanskeliggjør koordinering i resultatenheter. Det vil si at statlig styring mot BM har betydning for organiseringen av KE fordi BM styrer mot en grunnstruktur som vanskeliggjør KE sin fungering på tvers i organisasjonen. Det fremstår som et paradoks kommunenes svar på Samhandlingsreformens målsetning om å sikre at pasientens behov for tjenester skulle besvares bedre, gjennom å styre mot mindre fragmenterte helse- og omsorgstjenester er omstilling til en organisasjonsform som vanskeliggjør reell koordinering eller forutsetter andre løsninger. Det er også et paradoks at statens styring rettet mot kommunene er fragmentert og at styring fra et departement, «er i konflikt» med styringen fra et annet departement.

Det vil også si at ulike deler av staten styrer uten at styringen ses i sammenheng. Kommunal- og regionaldepartementet styrer mot balansert målstyring og helse- og omsorgsdepartementet styrer mot koordinering, ingen av dem har problematisert den motsetningen som ligger i styringen som i en periode har skjedd samtidig.

### **Oppsummering av drøftingsdelen**

Ulikheter i funn, ulike teoretiske perspektiv men

Kommunene oppfattet ikke statens styring av tverrfaglig re-/habilitering som betydningsfull de første årene etter at forskrift om habilitering- og rehabilitering påla alle kommunene å etablere en KE. Etter hvert som den statlige styringen kom i form av nye virkemidler som støtte og veiledning oppfattet noen av kommunene KE på en annen måte, det var en måte å organisere tverrfaglig re-/habilitering på som faktisk passet kommunen. Denne endringen kan ha skjedd som følge av at nye mennesker med nye ideer om KE begynte å jobbe i kommunen eller at kommunenes ansatte samarbeidet med andre som tenkte annerledes om KE. Gradvis kan kommunens interne organisasjonskultur ha endret sine normer og verdier og sin handlingslogikk slik at KE etter hvert ble en funksjon som passet den måten kommunen ønsket å organisere tverrfaglig re-/habilitering på.

En annen forklaring på hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring av tverrfaglig re-/habilitering i KE er at det har skjedd som følge av ytre press eller fordi kommunen har sett det som mest lønnsomt å besvare den statlige styringen med å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE, for eksempel når staten bruker tilsyn og kontroll som et hjelpemiddel.

Den statlige styringen av re-/habilitering i KE ble til sist en integrert del av samhandlingsreformen, da hadde staten tatt stort og sammensatt virkemiddel i bruk og de siste kommunene i denne undersøkelsen besvarte den statlige styringen om å organisere tverrfaglig re-/habilitering i KE. Det kan ha vært resultat av ytre press eller et resultat av at kommunene oppfatter at andre har organisert seg på en mer hensiktsmessig måte enn de selv har gjort eller at kommunen har behov for å forbedre sin organisering og søker nye organisasjonsløsninger. Her kommer betydningen av samarbeid med aktører utenfor kommunene inn i bildet. Mange av kommunene har samarbeid på kryss og tvers og presenterer hverandre for nye organisasjonstrender.

Det finnes også en tredje måte å forstå kommunenes endring fra å ha ulik organisering av tverrfaglig re-/habilitering til å være tilnærmet likt organisert med KE tilknyttet kommunenes tjenestekontor. Det kan ha skjedd ved at Kommunene har også vært mottagere av statlig styring rettet mot kommunenes generelle organisering for balansert målstyring. Kommunenes oppfatning og besvarelse av denne styringen kan gis de samme forklaringene, kommunene har oppfattet den som passende, i samsvar med kommunens normer og verdier og besvart den ved å innføre balansert målstyring i kommunen. Eller kommunen har kalkulert seg frem til at det lønner seg for dem å innføre balansert målstyring. Eller at kommunen er påvirket av at det er så mange andre som har innført balansert målstyring/eller har et behov for å forbedre organisasjonen og med bakgrunn i det innfører balansert målstyring.

I denne undersøkelsen har alle kommunene etablert KE i ulike faser av BM. Det gir i utgangspunktet en grunnorganisering (balansert målstyring) som vanskeliggjør koordinering, det blir vanskelig å koordinere på tvers av resultateneheten fordi de resultatstyrte enhetene ikke har koordinering som et av sine resultatmål. det kan ses som et resultat av at: *«Styringsproblemene for sentrale myndigheter øker ikke bare ved bruk*

*av kommuner som iverksettere av statlig politikk. De øker også ved at de offentlige styringsstrukturene fragmenteres»( Baldersheim og Rose, 2012, s. 277).*

Det er en erkjennelse at staten er fragmentert og denne fragmenteringen skaper problemer når samtidige tiltak ikke samordnes. Fimreite har gjort en studie av samordningsutfordringer i den norske forvaltningen, studien er rettet mot NAV.

Hun oppsummerer den norske sentralforvaltningen slik:

... den norske sentralforvaltningen preges av byråkrati. Skillene mellom sektorer og politikkområder er relativt klare. Myndighet og kompetanse til å samordne, men også i stor grad samordningstiltak, fines i hovedsak innenfor sektorene, Resultatet er at samordning på tvers av sektorskiller er vanskeligere og mer utfordrende. (Fimreite, 2008, s. 11)

To av kommunene har løst dette ved å innføre elementer i organisasjonene for å motvirke at resultatenheten hindrer reell koordinering. Kommune C har organisert KE som en gruppe bestående av alle enhetsledere, en struktur der KE-gruppen har ansvaret for at koordinering finner sted i kommunen. Kommune D har opprettet heltidsstillinger for koordinatører slik at ingen av resultatenhetene må avgi ressurser til koordinering. Disse nye tiltakene kan forstås som det siste i organisasjonstrender, trender som har nettopp det i seg at de motvirker de negative effektene av balansert målstyring. Det jeg da snakker om er WOG som kan ses som enten som et brudd med New Public Management. Eller om WOG er et balanserende element i New Public Management for å motvirke den oppsplittende effekten av resultatstyrte enheter og å legge til rette for koordinering (Christensen og Lægreid 2006, s. 6).

### **Avsluttende refleksjon**

Hensikten med studien har vært å undersøke hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring. Studien har vist at kommunenes oppfatning av statlig styring kan gis flere forklaringer, og det er antagelig det som er svaret på hvordan kommunene oppfatter statlig styring. Kommunene oppfatter deler av den statlige styringen ulikt og gir ulike svar på denne styringen. Funnene viser at enkeltpersoner og deres samarbeid med andre kan ha stor betydning for hvordan en kommuneorganisasjon utvikler sin oppfatning av styring i form av en statlig løsning som i utgangspunktet ikke ble oppfattet som betydningsfull.

Funnene kan indikere at forholdet mellom kommunene og staten er preget av at kommunene fastholder sin autonome stilling i den grad staten forsøker å styre dem til noe de ikke finner interessant. Staten kan på sin side opptre autorativt når kommunene ikke besvarer statlig styring. Det er interessant å se at autorativ styring ikke nødvendigvis gir det resultatet staten styrer mot slik det er beskrevet så kan kommunene gjøre det som er høyst nødvendig når staten blir autorativ, men heller ikke mer. Jeg viser tilbake til eksempelet om KE for barn, men ikke for voksne.

Funnene har vist at kommunenes oppfatning og besvarelse av statlig styring kan forstås og forklares ulike teoretiske perspektiv. Kommunenes svar på statlig styring er sannsynligvis bare delvis et svar på statlig styring. I dette prosjektet har statens styring fremstått som tiltak fra et departement til å bli et eksempel på styring fra en fragmentert stat i form av styring fra to departement. Det gir nye perspektiver på statens styring og kommunenes autonomi.

Kommunenes oppfatning og svar på statlig styring fra HOD, kan forklares i institusjonelt og instrumentelt perspektiv. Kommunenes oppfatning av og svar på styringen får mange forklaringer. Men refleksjonene knyttet til det å reise spørsmålet gir nyttige refleksjoner og kunnskap om hvordan kommunene oppfatter og besvarer statlig styring i form av ulike virkemidler. Det er kunnskap som er nyttig for kommunene og for et overordnet statlig nivå å ha, det er kunnskap det kan jobbes videre med. I dette prosjektet har det kulturelle myteperspektivet også hatt betydning. Kommunene velger organisasjonsløsninger som kan forklares både som organisasjonstrender og som statlig styring. Spørsmålet er om vi skal fortsette å adoptere eller imitere disse trendene uten tanke for eventuelle bivirkninger. Som i dette tilfellet med resultatene er at denne organisasjonsformen har en primær koordineringsfunksjon; standardisering av resultater. En koordineringsform som ikke gjør det lett å koordinere på tvers.

De nye trendene som WOG for å løse eller balansere utfordringene New Public Management eller BM har gitt oss? Kanskje er det nok, men det vil antagelig bare være midlertidig. I et langt perspektiv vil det komme ny trender, nye modeller og nye løsninger. Den beste løsningen kan være å jobbe med mer kunnskap på alle nivå for å sikre kunnskap som gjør oss i stand til å ta bevisste valg og å gi kompetente svar uavhengig av om vi befinner oss i kommune eller stat.

- . Forskrift om individuell plan. (1982).
- . Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2001). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- . Resultat og dialog. Balansert målstyring (BMS) i kommunal sektor. . (2002). Oslo.
- . Resultatledelse. Bruk av balansert målstyring og andre former for systematiske resultatmålinger i kommunal sektor. (2004). Oslo.
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011: særtrykk av St.prp.nr.1(2007-2008) kapittel 9. (2007). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. (2009). (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. (2009). (Vol. nr. 47 (2008-2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- . Knutepunkt for koordinering: koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i fem kommuner. (2010)Rapport / Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.
- . Perspektiver på god praksis: en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner. (2010). Oslo: Helsedirektoratet.
- Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015. (2011). (Vol. nr. 16 (2010-2011)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- 1S, Prop. nr. (2013). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Oslo.
- Andreassen, Bjørnar Alexander, Gjønnnes, Sigrunn, Refsdal, Kristin, & Helsedirektoratet. (2012). *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Baldersheim, H and Rose, L. (2012). *Det kommunale laboratorium: teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering*. (2. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Christensen, Tom, Fimreite, Anne, & Læg Reid, Per. (2014). Joined-Up Government for Welfare Administration Reform in Norway. *A Global Journal*, 14(4), 439-456. doi: 10.1007/s11115-013-0237-8
- Christensen, Tom, & Læg Reid, Per. (2006). The whole-of-government approach: regulation, performance, and public-sector reformNotat (Rokkansenteret : online) (Vol. 6-2006). Bergen: Rokkansenteret.
- Fimreite, Anne Lise, & Læg Reid, Per. (2008). Byråkrati og partnerskap hånd i hånd? Om samordningsutfordringer i NAVNotat 4 : 2008. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- forskningsråd, Norges. (2012). Mål og rammedokument for forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen. Oslo.
- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011). Oslo.
- Hagen, Terje P. and Sørensen, Rune J. (2006). *Kommunal organisering* (6 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne, & Christoffersen, Line. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Ladegård, Gro, & Vabo, Signy Irene. (2010). Ledelse og styring: teoretisk rammeverk. Bergen: Fagbokforl., cop. 2010.
- Malterud, Kirsti. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den norske legeforning*, 25(Medisinsk forskning), 5.
- Norge Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Ansvar og meistring: mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* (Vol. 21(1998-99)). Oslo: Departementet.
- Peters, B. Guy. (2012). *Institutional Theory in Political Science* (3. ed.). London.
- Rambøll, A. S., & Helsedirektoratet Avdeling minoritetshelse og, rehabilitering. (2010). *Perspektiver på god praksis: en undersøkelse av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner : rapport, januar 2010*. Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling minoritetshelse og rehabilitering.
- Riksrevisjonen. (2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*. Oslo.
- Ryen, Anne. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Røvik, Kjell Arne, Roness, Paul G., Læg Reid, Per, & Christensen, Tom. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, Kjell Arne, Roness, Paul G., Læg Reid, Per, & Christensen, Tom. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- sentralforbund, Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes. (2012). *Nasjonal rammeavtale om smhandling på helse- og omsorgsområdet*. Oslo.
- Sosial- og, helsedirektoratet. (2005). *-og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) : til deg som leder og utøver*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sørensen, Niels Bo. (2000). *Organisationers form og funksjon: om Mintzbergs teori i en dansk sammenheng* (4. udg. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Tjora, Aksel Hagen. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Torsteinsen, Harald, & Berge, Dag Magne. (2012). Resultatkommunen: reformer og resultater. Oslo: Universitetsforl.
- Wisløff, Nils Fr, Norge Helse- og, omsorgsdepartementet, & Utvalg for å vurdere samhandlingen innen, helsetjenesten. (2005). *Fra stykkevis til helt: en sammenhengende helsetjeneste : innstilling fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 17. oktober 2003 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2005* (Vol. NOU 2005: 3). Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

*Hvordan oppfatter- og besvarer kommunene statlige styring om å organisere tverrfaglig re/habilitering i koordinerende enheter?*

Hvilken betydning har statlige styring for organisering av koordinerende enheter?

Hvilken betydning har aktører utenfor kommunen hatt for dens organisering av koordinerende enhet?

Semistrukturert intervjuguide:

<b>Kommune:</b>	
Antall innbyggere?	
Hvordan er kommunen organisert?	
Organisasjonsmodell?	
Delegasjon?	
Ledelsesstrategier?	
Hvordan har demografiske forhold av betydning?	
Befolkningsutvikling, fraflytting/tilflytting?	
Befolkningssammensetning, alder?	
Hvordan vurderer du at kommunens økonomiske situasjon har påvirket kommunens organisering?	
Hva har hatt betydning for hvordan dere har organisert tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenestene i denne kommunen?	
Hvordan har kommunen organisert koordinerende enhet tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenestene?	
Når ble nåværende organisering av tverrfaglig samarbeid etablert? (lokal organisering benevnes i spørsmålet).	

Hvilke endringer medførte denne etableringen, i forhold til tidligere organisering?	
Hvem hadde ansvaret for utformingen/etableringen/prosessen? Enkeltperson/utvalg/annet? Inspirasjon til valgt løsning?	
Har organiseringen tverrfaglig samarbeid har blitt påvirket av:	
Enkeltansatte, som pådrivere/som motstandere?	
Ansattegrupper?	
Profesjoner?	
Interesseorganisasjoner?	
Andre lokale forhold?	
Kjenner du til det pålegget som følger av helse- og omsorgstjenestelovens § 7-3 om at kommunen er pålagt å etablere en koordinerende enhet med systemansvar for individuell plan og koordinator? -	
(Hvis ikke kan jeg gjengi hovedtrekkene i reglene, som beskrevet ovenfor). Hvordan vurderer du at kommunens organisering samsvarer med de statlige føringene?	
Hvordan passer statens pålegg om etablering av KE inn i forhold til kommunens målsettinger for tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialtjenesten? -	
Har kommunen gjort lokale tilpasninger i organiseringen av KE og eventuelt hvorfor?	
(Hvis kommunen har/mener selv at den har en KE) Hvordan ville kommunen valgt å organisere tverrfaglig samarbeid handling gjennom KE dersom det ikke hadde kommet et statlig pålegg om slik etablering?	
Hvordan vurderer du at	



organisasjonsteoretiske trender har påvirket kommunen, hvor henter dere idèer fra?	
Har dere hatt behov for å søke organisasjonsløsninger utenfor egen kommune?	
Har kommunen blitt inspirert eller søkt organisasjonsløsninger gjennom:	
Studieturer?	
Hospitering?	
Samarbeid med andre kommuner?	
Konsulenter?	
Prosjekt & prosjektutviklere	
Annet	

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## *Hvordan påvirkes kommunenes organisering av tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenestene av statlig styring, institusjonelle forhold i kommunen og internasjonale organisasjonstrender*

### **Bakgrunn og formål**

Bakgrunnen for studien er min interesse for det som skjer i spennet mellom statlig styring og kommunal frihet. Hvordan ulike elementer påvirker den kommunale organiseringen. Jeg har her valgt å sette fokus på tverrfaglig samarbeid. Formålet med studien er å få svar på hvordan de tre elementene statlig styring, institusjonelle forhold i kommunen og internasjonale forhold påvirker kommunen.

Studien er en del av en masteroppgave, ved masterstudiet: Tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren, ved høgskolen i Østfold.

Jeg har valgt å forespørre utvalgte vestfoldkommuner om å bidra i studien, fordi jeg etter en gjennomgang av kommunenes hjemmesider har inntrykk av at kommunenes organisering gir tilstrekkelig variasjon til studien. Det er også slik at jeg kjenner Vestfold, fordi det er mitt opprinnelige hjemfylke. Jeg bor i dag i Finnmark.

### **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Jeg henvender meg til kommunen og ber om at rådmann eller kommunalsjef lar seg intervju. Intervjuet vil ta ca. én time. Tilsvarende ønsker jeg å intervju den som har systemansvar for individuelle planer og ber om rådmannens tillatelse til å forespørre systemansvarlig om å la seg intervju. Intervjuene vil bli gjennomført med lydopptaker. Jeg vil også gjennomgå kommunens styringsdokumenter, planer, organisasjonskart, tjenestebeskrivelser ol.

### **Hva skjer med informasjonen om kommunen?**

Denne undersøkelsen vil ikke inneholde noen personopplysninger. Kommunene vil heller ikke bli beskrevet med navn men som kommune 1, 2, 3 osv.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av juni 2014.

### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du spørsmål til studien, ta kontakt med Gry Bogetun på tlf. 977 86 298.

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

Jeg ber om at du signerer for å formalisere din deltagelse

# Samtykke til deltakelse i studien

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)