



# Masteroppgave

**ADM750 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse**

**Styringsparadigmer - hvilken betydning har det for tildeling av helsetjenester? Fra Tradisjonell offentlig forvaltning til Ny-Weberiansk styring.**

Camilla Nerli og Elisabeth Nerli

Totalt antall sider inkludert forsiden: 64

Molde, 29.05.2017



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 30

Veileder: Ingunn Gjerde

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

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

Dato: 29/05-2017

## **Forord**

Takk til Wenche Barsten og Julie Aarseth som ga oss inspirasjon til bacheloroppgaven for fire år siden.

Takk, Inger Cecilie Frisvoll.

Vi er evig takkenemmelige for dine tilbakemeldinger og kommentarert til innholdet i oppgaven.

Vi vil også takke veilder Ingunn Gjerde. Din styrke er at du gjennom mange års erfaring har gode og konkrete eksempler å vise til når teorien fremstår uklar.

Takk til alle som har holdt ut med oss i denne prosessen! Nå logger vi på livet igjen..

## **Sammendrag**

Vi vil gjennom oppgaven belyse om tildeling av helsetjenester beveger seg bort fra godt etablerte styringsparadigmer som New Public Management og New Public Governace, og mot et Ny-Weberiansk styringsparadigme. Funn fra denne studien viser at juridiske rammer og retningslinger, sammen med øvrige byråkratiske verdier, har stor betydning i vedtaksprosesser der det tildeles helsetjenester på kommunalt nivå.

## Innholdsfortegnelse

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1.0</b> | <b>Bakgrunn</b> .....                                    | <b>1</b>  |
| 1.1        | Kommunens ansvar og tjenester .....                      | 3         |
| <b>2.0</b> | <b>Teori</b> .....                                       | <b>4</b>  |
| 2.1        | Forskjellige styringsparadigmer .....                    | 5         |
| 2.2        | Verdier knyttet til statsborgerrollen .....              | 9         |
| 2.3        | Et alternativ til politisk oppfatning .....              | 10        |
| 2.4        | Pasient- og brukerrettighetsloven .....                  | 11        |
| 2.5        | De nye styringsteknikkene .....                          | 11        |
| 2.6        | Rettferdighetsbegrepet .....                             | 12        |
| 2.7        | Nedenfra- og opp- tilnærmingen .....                     | 14        |
| 2.8        | Legitime styringsverdier i velferdens organisering ..... | 15        |
| 2.9        | Konkurrerende forvaltningsverdier .....                  | 16        |
| 2.9.1      | Sparsommelighet/kostnadseffektivitet .....               | 17        |
| 2.9.2      | Forutsigbarhet/åpenhet .....                             | 18        |
| 2.9.3      | Fleksibilitet/responsivitet .....                        | 18        |
| <b>3.0</b> | <b>Metode og data</b> .....                              | <b>20</b> |
| 3.1        | Casestudie .....   | 21        |
| 3.2        | Valg av case .....                                       | 22        |
| 3.3        | Datainnsamling .....                                     | 22        |
| 3.4        | Individuelt åpent intervju .....                         | 23        |
| 3.5        | Strukturering av intervju .....                          | 23        |
| 3.6        | Fokusgruppeintervjuet .....                              | 24        |
| 3.6.1      | Fokusgruppe utvalg .....                                 | 25        |
| 3.7        | Sikre datakvalitet .....                                 | 26        |
| 3.8        | Dokumentanalyse .....                                    | 26        |
| 3.9        | Reliabilitet .....                                       | 27        |
| 3.10       | Validitet .....  | 27        |
| 3.11       | Etikk .....  | 28        |
| <b>4.0</b> | <b>Presentasjon av funn og analyse</b> .....             | <b>30</b> |
| 4.1        | Byråkratiske verdier .....                               | 30        |
| 4.1.1      | Oppsummering byråkratiske verdier .....                  | 35        |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>4.2</b> | <b>Økonomiske verdier</b> .....               | <b>36</b> |
| 4.2.1      | Oppsummering økonomisk verdier .....          | 41        |
| <b>4.3</b> | <b>Fleksibilitet/responsivitet</b> .....      | <b>42</b> |
| 4.3.1      | Oppsummering fleksibilitet/responsivitet..... | 48        |
| <b>4.4</b> | <b>Oppsummering</b> .....                     | <b>48</b> |
| <b>4.5</b> | <b>Sentrale funn og konklusjon</b> .....      | <b>50</b> |
| <b>4.6</b> | <b>Videre forskning</b> .....                 | <b>54</b> |
| <b>5.0</b> | <b>Litteraturliste</b> .....                  | <b>55</b> |

## 1.0 Bakgrunn

“Døtre må regne med mindre hjelp fra det offentlige. Er moren din pleietrengende, vil du som sønn få to timer mer i hjelp fra det offentlige i uken enn om du er datteren i familien” (Dyp 2014).

Bakgrunnen for påstanden til informasjonsleder i Nova, Halvard Dyp er rapporten om formell og uformell omsorg av Berge, Øien og Jakobsson (2014). Funnene fra studien presenteres i Nova Notat 3/2014, på samme tidspunkt jobbet vi med vår bacheloroppgave som hadde følgende problemstilling; “Hvilken betydning har koordinerende enhet for det daglige arbeidet i helse- og omsorgssektoren”. Ved innsamling av datamaterialet opplevde vi ved flere anledninger at helsepersonell uttrykte frustrasjon over det de opplevde som urettferdige vedtak. Sterke pårørende, kunnskapsløse byråkrater og høylytte brukere ble nevnt som mulige årsaker for urettferdigheten.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, har definert og oppsummert det som anses som de største utfordringene i helse- og omsorgssektoren. Et av problem er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, her nevnes det at de mindre alvorlige helseutfordringene ofte kan bli taperne fremfor de spesialiserte og eksponerte tjenesten. (Helse- og omsorgsdepartementet). Alvorlig sykdom vil nok i flere tilfeller kreve akutt behandling, og for de fleste av oss er det en selvfølge at slike tjenester har forrang fremfor mindre alvorlige og kompliserte helseplager. Det kan imidlertid stilles spørsmålstegn ved hvorvidt det oppleves rettferdig at en bruker av de eksponerte tjenestene i større grad får formell omsorg enn det en bruker som har behov for rehabilitering får. En av respondenten til bacheloroppgaven vår (Aarøe og Nerli 2015) beskrev en lignende situasjon:

(...) det kan være eldre pasienter som vi har hatt over en stund, som vi ser begynner å skranke i forhold til flere mindre alvorlige diagnoser. Vi har bedt koordinerende enhet om å komme for å ta en helhetsvurdering av pasienten. Men de kommer ikke (...) (Aarøe og Nerli 2015).



Pasienten som respondenten refererte til hadde vært bruker av helse- og omsorgstjenester i kommunen over svært lang tid, og sykdomsbildet har etterhvert blitt sammensatt. Respondenten opplevde det som urettferdig på pasientenes vegne når brukere med forholdsvis like helseutfordringer får tildelt ulikt tilbud. Men hva er et rettferdig helsetilbud? Det er vanskelig å vurdere fra situasjon til situasjon hva som er rettferdig, og hva som ikke er rettferdig. Under arbeidet med bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) intervjuet vi leder ved koordinerende enhet, hun presiserte at ulik fordeling kan være nødvendig for å få tilbudene til å fremstå som like. Tildeling av kommunale helsetjenester skal ivareta ulike og tildels motstridende verdier. Fremstår tjenestene juridisk rettferdige? Er tjenestene rettferdig tildelt sett i et brukerperspektiv? Fremstår tjenesten rettferdig i velferdsstatlig forstand?

Bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) tok ikke sikte på å forklare hvilke verdier som ble lagt til grunn i arbeidet med å fatte vedtak eller å undersøke hvorvidt vedtakene fremstår rettferdige. Temaet dukket likevel til stadighet opp i de uformelle intervjuene av sykepleiere i hjemmetjenesten. Vi mener at en omorganisering av brukervurderings- og vedtaksfunksjonen i kommunen, kan ha vært bakgrunnen for at mange av respondentene opplevde tildelingen av helsetjenestene som urettferdig fordelt.

Uavhengig av hvilken type helsetjeneste det dreier seg om og hvor tjenesten kommer fra, synes vi det er interessant å se hvilke verdier og vurderinger som blir styrende i prosessen med å tildele helsetjenester. Kan det være at resultatet fra Berge, Jakobsson og Øiens (2014) forskning er gjeldende for den kommunen som vi tidligere har studert? Etter å ha lest deres artikkel "Formell og uformell omsorg" mener vi at bildet som skisseres av den formelle omsorgen kan stemme godt for kommunen vi har undersøkt tidligere, men vi ser ikke bort ifra at det også kan være helt andre verdier som påvirker tildelingsprosessen.

Ulike verdier kan virke styrende for tilbudene som gis borgerne, samtidig vil nok de mange og skiftende styringsparadigmene ha betydning for helsetjenestene.

### **Problemstilling:**

Artikkelen "Tildelingskontoret- en innovasjon i norske kommuner?" (Aarseth, Gjerde og Torsteinsen 2015), diskuterer betydningen av ulike styringsparadigmer i de senere tiårene,

med tenke på funn fra bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) mener vi dette er relevant. Vi vil undersøke om vår tese stemmer.

**Vår tese er som følgende: “Prosesen med tildeling av helsetjenester preges i stor grad av byråkratiske verdier, og dette peker i retning av et Ny-Weberiansk styringsparadigme”.**

I tillegg vil vi forsøke å belyse:

- 1) Kan enkelte verdier få forrang fremfor andre verdier?
- 2) Kan for eksempel pårørende eller helsepersonell påvirke vedtaksprosessen på noen måte?
- 3) Hvordan balanserer verdiene for at tjenestene skal fremstå som rettferdig tildelt.

Vi vil se på vurderingen og verdiene som blir vektlagt fra en søknad kommer inn ved koordinerende enhet, og fram til at vedtak blir fattet og klart for iverksetting. Vi ser for oss at de økonomiske verdiene vil ha noe betydning, og at de juridiske verdier vil være helt sentrale for vedtaksprosessen. Sterke pårørende, helsepersonells engasjement, kunnskapsmangel, alvorlighetsgrad og geografi er forhold som kan tenkes å påvirke tildelingen av helsetjenester. Videre i arbeidet er det viktig å være observante i forhold til at det kan eksistere andre faktorer enn nevnt ovenfor, som også kan påvirke vedtaket.

## **1.1 Kommunens ansvar og tjenester**

Kommunen vi har valgt å se på har mellom 20.000 - 50.000 innbyggere, og har en to-nivå organisering. Denne organiseringen gir en flat struktur som inneholder to myndighetsnivåer, dette krever gode relasjoner mellom enhetsledere og rådmann (Torsteinsen 2012). Koordinerende enhet er organisert som en stabsfunksjon til rådmannen, og enhetens hovedoppgaver er saksbehandling i forbindelse med helse- og omsorgstjenester. De har kontakt mot helseforetakene i forhold til utskrivningsklare pasienter, i tillegg til tildeling av kommunale boliger.

Bakgrunnen for etableringen av koordinerende enhet er ny lovgivning i helse- og omsorgstjenesteloven, som trådte i kraft samtidig med samhandlingsreformen i 2013. Lovgivningen stiller krav til kommunene om å etablere en enhet for koordinering. Enheten skal ha det overordnede ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2 i Helse- og omsorgstjenesteloven (2012). Loven setter ingen andre krav til hva enheten skal inneholde, mange kommuner har valgt å tillegge enheten flere oppgaver. Det gjelder også for kommunen vi har valgt å studere, her har politikerne valgt å tilegne koordinerende enhet brukervurdering og ansvaret for tildeling av helsetjenester som ytes av kommunen.

Før 2012 var det pleiedistriktene som hadde det formelle ansvaret for vedtaksfunksjonen når helsetjenester ble tildelt. Enhetslederne møttes ukentlig for vurdering av brukernes behov sammen med en ansatt fra fagseksjonen. Dette viser til et vertikalt nettverkssamarbeid. Noe av kritikken mot praksisen før 2012, retter seg mot enhetslederens ulike oppfatning av hvordan og hvor mye helsetjenester som skulle tildeles. Oppfatningen var at tjenestene ble tildelt noe ulikt i de forskjellige pleiedistriktene.

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) § 3-2, nr.6, er kommunen forpliktet til å sørge for at brukere som fyller kriteriene får hjemmesykepleie. Tjenesten tildeles når det foreligger en søknad fra brukeren, samt en vurdering fra koordinerende enhet. Hjemmesykepleie er et tilbud som tilbys alle som har behov for behandling, pleie og omsorg i hjemmet (Helse- og omsorgstjenesteloven).

## **2.0 Teori**

Studien tar sikte på å belyse de ulike styringsparadigmene som har hatt stor betydning for beslutninger i offentlig forvaltning, de forskjellige paradigmene baserer seg på ulike verdier og prinsipper for legitimitet. Ulike teoretiske innslag vil bli benyttet for å belyse og utdype hvordan beslutninger treffes ut fra ulike politikkoppfatninger. Det gjøres en kort innføring i historie, og relasjoner mellom borger og statsmakt sammenlignes systematisk. Vi vil i tillegg bruke funn fra bacheloroppgaven vår (Aarøe og Nerli 2015) til å utdype problemstillingen, og bekrefte datamaterialet som samles inn.

I takt med utvidelsen av offentlig sektor i etterkrigstiden, ser man endringer i forholdet mellom borger og myndighet. Statsmaktens legitime ivaretagelse av juridiske rettigheter har i senere tid blitt utsatt for andre konkurrerende verdier. Stadige krav til effektivisering og innføring av nye styringsparadigmer er eksempel på verdier som kan gå på bekostning av borgernes posisjon i samfunnet.

I flere sammenhenger kan man se at borgerne har fått rollen som klienter eller brukere, og fremstår langt på vei som kunder av offentlige tjenester. Offentlige etater “bestiller” tjenester, mens helsepersonell, lærere, politi og andre offentlige ansatte kan regnes som utførere. Slike forhold kan minne om en hvilken som helst produksjonsbedrift i det private markedet. Eriksen og Weigård (1993) understreker at man kan se en endring av holdningene i offentlig sektor, det har nærmest blitt dagligtale at vi omtaler kommune og stat i bedriftstermer.

Innføringen av New Public Management (NPM) er eksempler på paradigmer hentet fra markedsøkonomien, og som har fått godt fotfeste som legitime verdier i offentlig sektor. Eriksen og Weigård (1993) hevder at det er vi som borgere som ønsker og krever både mer inntekt og velferd, og at det som motiverer vår politiske aktivitet blant annet er bytte mellom skatt og klientgoder.

## 2.1 Forskjellige styringsparadigmer

Ulike styringssett vektlegger forskjellige verdier, de ulike paradigmen vil virke styrende for koordinering, organisering og ledelse av offentlige tjenester. Når nye styringsparadigmer skapes er det ofte med verdier fra tidligere styringsformer, overgangene blir dermed flytende og uten skarpe og tydelige skillelinjer.

| Reformmodell             | PA   | NPM                         | NPG  | NWS                                     |
|--------------------------|--|-----------------------------|--|---|
| <b>Koordineringsform</b> | Tradisjonell forvaltning.<br>Styring gjennom | Markeds-lignende mekanismer | Nettverk<br>Organisert av deltaker eller offentlig | Hierarkisk autoritet.<br><br>Beslutning |

|  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
|  | lovgivning,<br>direktiver.<br>Hierarki og<br>regler | Bestiller -<br>utfører<br><br>Konkurranse -<br>kontrakter<br><br>Resultatmåling<br>Økonomiske<br>incentiver | myndighets-<br>organ<br><br>Inter-<br>organisatoriske<br>prosesser. For<br>eks. frie<br>forhandlinger,<br>relasjons-<br>kontrakter | fattes av<br>uhildede<br>ansatte<br><br>Bruk av<br>legitime<br>regelverk<br><br>Økt fokus på<br>profesjonal-<br>isering |
|--|---|---|--|---|

Kilde: Vabo og Vabø (2014)

## PA

Tiden fra 1945 til 1980 kalles gjerne Tradisjonell offentlig forvaltning, Public Administration eller bare PA. I denne perioden styres det gjennom lovgivning, direktiver, og budsjetter, organisering og ledelse skjer gjennom hierarki og regelverk. Hierarki som koordineringsmekanisme. Dersom det fokuserer på endringer i dette paradigmet dreier det seg gjerne om store nasjonale endringer som er settet ut i live ovenfra og ned.

## NPM

NPM kom inn som styringsparadigme på 1980-tallet da det rådet en oppfatning om at offentlige forvaltning var ineffektiv, og at byråkratiseringen økte kontinuerlig. Styringsformen fokuserte på bruk av konkurranse og økonomiske intensiver, populariteten av NPM som styringsparadigme varierte, i Norge slo paradigmet i utgangspunktet ikke like sterkt til som andre steder (Aarseth, Gjerde og Torsteinsen 2015). I den grad NPM fikk gjennomslag fremstår den nordiske versjonen som en "Inkrementell, pragmatisk og konsensusorientert videreføring av en tredje vei mellom sosialisme og kapitalisme" (Busch 2011, 52).

NPM er altså et resultat av kritikken mot lite effektive, topptunge og byråkratiske organisasjoner. Offentlig forvaltning ble også beskyldt for å være for regelfiksert, for lite fleksibel, ha for svak brukerorientering og for å ha dårlige løsninger. Grovt inndelt preges NPM av to ulike søyler;

1. Økonomi- privatisering, nye metoder for å etablere selskaper, offentlig-private partnerskap, konkurranseutsetting, brukerbetaling, fritt forbrukervalg, økonomiske incentiver, profittmaksimering, inntektsdekkende virksomhet. Bestiller-utfører modellen er en sentral del av NPM, å bygger på prinsipper for organisasjon og ledelse. Målsettingen med denne modellen er å ha et klarere skille mellom forvaltning og produksjon av tjenesten (Busch, et al., 2011) .
2. Organisering og ledelse - det adopteres gjerne løsninger fra privat virksomhet, større fokus på etablering av entreprenøraktig ledelse, direktiver og ledergrupper, strategisk ledelse, teamledelse, i tillegg til en rekke konsepter som for eksempel lean, mål- og resultatstyring, nye økonomistyrings-, regnskaps-, og brukersystem med mer (Busch et al., 2011).

## **NPG**

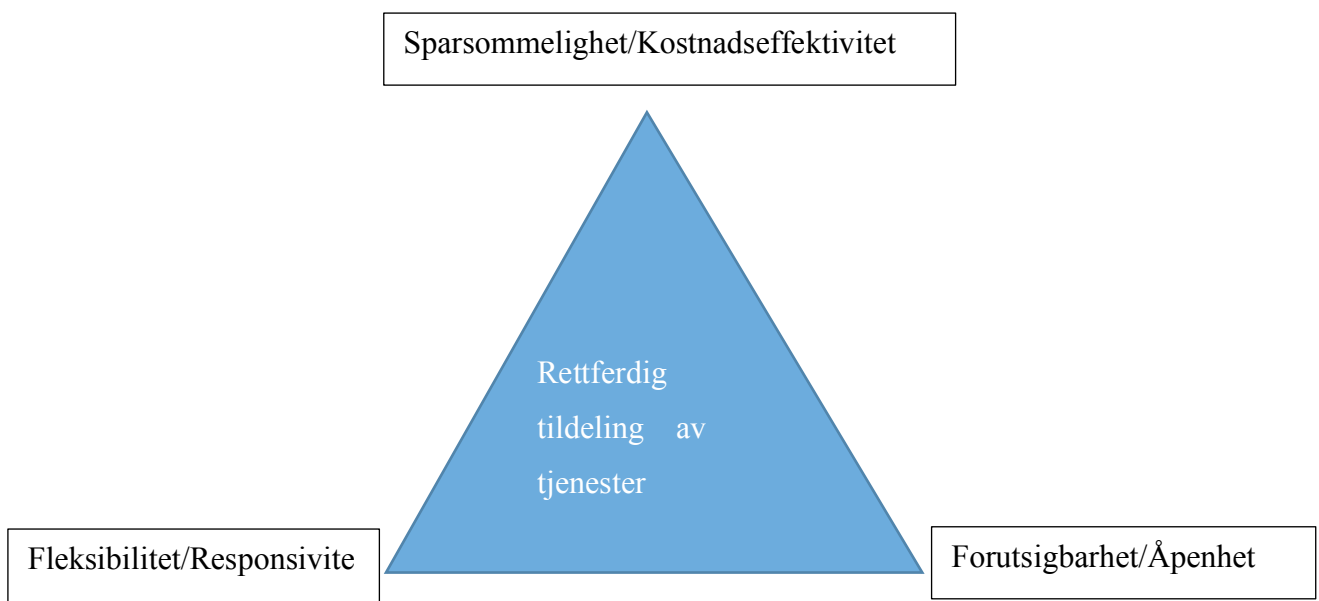
New Public Governance, ny offentlig ledelse, dukket opp på 1990-tallet. Nettverksstyring eller samstyring er kanskje et mer dekkende begrep på paradigmet, siden det preges av aktører som samarbeider både vertikalt og horisontalt. Organiseringen av tjenestene skjer gjennom informasjonsutveksling, forhandlinger, eller gjensidig tilpasning der ulike aktører kan delta. Erkjennelsen av at forvaltningen fremstår som sterkt fragmentert er bakgrunnen for etableringen av dette paradigmet (Bugge og Skålhold 2014).

## **NWS**

Ny-Weberiansk styringsparadigme minner mye om styringsformen PA, men slik den fremstår i dag kan man si at paradigmet har gjennomgått en modernisering. De ikke-engelsktalende landene har i mindre grad omfavnet NPM, disse landene har heller satset på

en omforming av det tradisjonelle byråkratiet der profesjonalisering, brukerdeltagelse og effektivisering vektlegges (Pollit and Bouckhart 2011). Noen elementer fra NPM er også implementert i det Ny- Weberianske paradigmet, for eksempel er krav som effektivitet og mål- og resultatstyring fremdeles en gjenganger i offentlig sektor. De viktigste momentene i NWS er likevel:

1. Hierarki - vertikal koordinering (Aarseth, Gjerde og Torsteinsen 2015). Et godt eksempel på en slik vektlegging av hierarkisk styring så vi i arbeidet med bacheloroppgaven. Noen få år tidligere ble koordinerende enhet etablert i den aktuelle kommunen, og flere av respondentene fortalte om omorganiseringen som skjedde i den forbindelse. Det ble tegnet et bilde av en organisasjon som tidligere var preget av fleksibilitet, verdier og forhandling, men som etter omorganiseringen i større grad ble preget av hierarkisk styring.
2. Vertikalt samarbeid - Det legges større vekt på horisontalt samarbeid, konsultasjon og tilbakemeldinger og innspill fra forskjellige aktører, men beslutningen blir tatt av uhildede ansatte (Aarseth, Gjerde og Torsteinsen).



Modell er inspirert av Vabo og Vabø (2014)

## 2.2 Verdier knyttet til statsborgerrollen

I moderne tid innebærer rollen som samfunnsborger visse juridiske eller sivile rettigheter, og staten er garantist for disse rettighetene. Følgelig beskytter dette borgerne mot overgrep fra myndighetenes side, og individet kan bruke sine rettigheter mot statlig maktutøvelse. For statens legitimitetsgrunnlag vil det være sentralt å ivareta borgernes rettigheter. Dette forutsetter at man har et samfunn uten særrettigheter eller plikter som er knyttet til individets status eller gruppe-medlemskap. For å etterleve det demokratiske prinsipp, må den aktuelle staten ha et politisk system der voksne borgere har den samme muligheten til å øve politisk innflytelse.

Det sosiale- eller velferdsstatlige prinsippet regnes også med til statsborgerskapet, det dreier seg om trygghet for helse, liv og velferd. En moderne definisjon av statsborgerrollen er altså rettigheter tilknyttet individet, som baserer seg på prinsipper som universalisme, egalitet, legalitet og statlig garanti. De sivile rettighetene kan sies å ha negativ status, vi lever i et demokratisk samfunn med frihet fra statlig inngrep i borgernes private sfære (Eriksen og Weigård 1993).

Når det gjelder sosiale rettigheter til ulike goder vil de ha positiv status, staten griper inn og omfordeler i det sivile samfunnet. De politiske rettighetene betegnes som å ha en aktiv status, i det de gir borgerne mulighet til politisk medvirkning. De politiske mulighetene og rettighetene utgjør selve kjernen i borgerskapet (Ibid).

Om borgerne bruker sine rettigheter og muligheten til å være med å påvirke forhold som angår deres rolle i samfunnet, vil innbyggernes autonomi også styrkes. Dersom man benytter seg av muligheten til politisk deltagelse innebærer statsborgerrollen altså rettigheter til å være med å trekke opp rammer for hvordan samfunnet skal styres. Til gjengjeld forventes det at man lar seg styre, uavhengig om man er politisk aktiv eller ikke. En viktig forutsetning for at dette skal fungere er som tidligere nevnt, at alle voksne må få muligheten til politisk deltagelse. Rousseau kaller dette for allmennviljen, og definerer det som individenes særinteresser som forenes og fremstår som upersonlig helhetsinteresse, i tillegg er de gjeldene for alle borgerne i et samfunn. Det er ingen selvfølge at alle individene i et samfunn har like stor interesse i allmennviljen, men man er opptatt av at løsningen må fremstå som best mulig, også for de som ikke har personlig interesse i saken (Ibid).



Hva som fremstår som mest rettferdig og fornuftig kan bare avgjøres gjennom en åpen offentlig debatt, der man kan lansere sine ideer og standpunkt. I tillegg må det også være mulighet og rom for å kritisere, teste og argumentere mot standpunkter som debatteres. Følges disse spillereglene har man gode forutsetninger for å oppnå en rasjonell felles politisk vilje, som oppfattes rettferdig i samfunnet (Ibid).

Den kommunikasjonen og debatteringen som ligger til statsborgerrollen er grunnlaget for den legitime makten offentlige organisasjoner har til å treffe beslutninger som er gjeldene for det kollektive samfunnet. Dette er også utgangspunktet for dagens styringssystem selv om man i moderne tid ser en differensiering i oppgaver, og måten disse blir løst på (Ibid).

### **2.3 Et alternativ til politisk oppfatning**

Økonomiske verdier kan ses på som en parallell til politikken, det innebærer at økonomisk teori anvendes på politiske fenomener. I de fleste situasjoner kan de økonomiske verdiene anvendes på offentlige beslutninger. Det avgjørende blir igjen borgernes stemmegivning. På samme måte som når borgerne opptrer som frie markedsaktører der private interesser legges til grunn for handlinger, forventes det at man legger egne interesser til grunn for stemmegivning. Når de økonomiske verdiene anvendes på offentlige beslutninger forutsettes det at verdiene fungerer annerledes enn i det private og frie markedet. Mens den markedsliberale økonomien setter fokus på effektivitet og økonomisk gevinst, forventer man at offentlige beslutninger skal ha rettferdighet for borgerne som målsetning. Når de økonomiske verdiene fungerer som legitimt beslutningsgrunnlag, forventer man mest mulig tilbud til lavest mulig kostnad (Eriksen og Weigård 1993).

Markedsøkonomien tar i liten grad hensyn til andre aktører og omgivelser, mens politikken baseres på løsninger som fremstår som fornuftige og rimelige for alle parter gjennom å jobbe frem en felles fortolkning og forståelse av virkeligheten. Den grunnleggende forskjellen er at i et fritt markedet opptrer den enkelte aktøren isolert og på egne vegne, mens politiske løsninger tar sikte på å samordne og balansere flere aktørers syn i en sak. Eriksen og Weigårds (1993) beskrivelse av et alternativ til politisk oppfatning, er en god beskrivelse av hvordan de økonomiske verdiene blir implementert inn i politiske beslutninger.

## **2.4 Pasient- og brukerrettighetsloven**

Etter rettighetslovgivningen kom på 90-tallet har de juridiske kriteriene fått større fokus enn tidligere. Bestiller er i langt større grad opptatt av at brukerne skal tildeles vedtak, slik at muligheten for klageadgang er tilstede. Rettighetene som gis gjennom pasient- og brukerrettighetsloven er politisk behandlet i et demokratisk sammensatt folkestyre, og kan ikke fratras individet gjennom en administrativ handling. Rettighetene er lovfestet og vil være gjeldende helt til det eventuelt kommer nye lovendringer. Om vi mener vi har blitt utsatt for urettferdig behandling, kan vi klage på vedtaket, og en klagebehandling vil bli iverksatt uten at man trenger å ha et flertall bak avgjørelsen (Ibid). Når for eksempel koordinerende enhet behandler søknader, vil brukerne alltid ha en mulighet til å klage på vedtaket om pasienten mener seg urettmessig behandlet.

Det offentlige har som hovedoppgave å produsere tjenester og serviceytelser som tilbys brukerne. Gjennom et bruker- og tjenesteperspektiv kartlegges forskjellige oppfatninger, og brukerne gis slik en stemme inn i offentlig forvaltning. Det er viktig å få til en økt deltagelse “nedenfra”, samtidig som kravene til riktighet og sannhet oppfylles, men når helhetsbildet studeres er det likevel en styring som er regulert. Selv om brukerne har en viss påvirkning, er det opp til forvaltningen å ta avgjørelser som er med på å gagne fellesskapets beste (Ibid).

## **2.5 De nye styringsteknikkene**

Når det kommer til hvordan offentlig virksomheter bør styres, vil ord som effektivitet og resultat ofte være representert, dette er styringsprinsipper som er hentet fra private virksomheter. I det frie markedet er markedshandlingen direkte knyttet mot effektivitet, og resultatet vil alltid være sentrale elementer. Denne måten å tenke på knyttes stadig oftere til offentlig forvaltning.

Selv om handlinger og mål er viktige faktorer i den offentlige forvaltningen, skal alltid saksbehandlingsregler og rutiner følges. Når retningslinjene følges er det med på å styrke forvaltningen slik at den oppfattes troverdig og like for alle. Demokratiske spilleregler

innebærer at offentlig ansatte skal følge de politiske vedtakene som er fattet, og forholde seg lojale til disse, selv om vedtakene er i strid med personlige interesser (Ibid).

Rettferdighetsbegrepet er et grunnleggende begrep som har vært gjeldende i den offentlige forvaltningen i lang tid, men selv om dette begrepet tas hensyn til er det viktig å finne en balanse mellom rettferdighet og effektivitet. Helse- og omsorgs er den sektoren i offentlig forvaltning som tar mest av budsjettet, og den vanskeligste å effektivisere på grunn av menneskelig behov (Ibid).

## **2.6 Rettferdighetsbegrepet**

Begrepet ”rettferdighet” går tilbake til antikken og de greske filosofene. Ser vi på deres vurderinger definerer Sokrates rettferdighet slik: “bare styre til fordel for de styrte eller allmennheten er rettferdig eller legitimt” (Malnes og Midgaard 2009 s.23).

Ifølge Sokrates trenger staten dyktige og intelligente mennesker som skal handle slik de anser til det beste for samfunnet. Hvem som er dyktige og egnet for å vurdere hvordan en rettferdig stat skal fremstå, avgjøres gjennom utdanning og prøver, videre skal disse personene ha den høyeste myndigheten i staten. De personene som ikke har gjennomført all utdanning og alle prøver, skal være hjelpere som iverksetter bestemmelser fra dem med høyest myndighet i en stat (Malnes og Midgaard 2009). Aristoteles’ tommelfingerregel for rettferdighet er å handle slik at jeg får som hvilken som helst annen person. Hver skal ha sin del, hverken for mye eller for lite. Rettferdighet kan sies å være en grunnleggende eksistensiell erfaring, som vi alle har opplevd på en eller annen måte (Halsaa og Hellum 2010).

Eriksen og Weigård henviser til Rousseau og hans forståelse av allmennviljen. Dette er ikke summen eller et kompromiss av borgernes private interesser, med allmennviljen menes det at særinteressene forenes på et visst nivå slik at de fremstår som upersonlige og upartiske. Individenes interesser kommer slik til uttrykk som en helhetsinteresse for samfunnet. Det er lite trolig at denne allmennviljen eller helhetsinteressen er sammenfallende med alle borgernes interesser, men det fremstår som en rasjonell løsning fra en som selv ikke har interesse i saken. Hva som er oppfattet som rettferdig kan bare

komme til uttrykk gjennom en åpen og offentlig beslutningsprosess (Eriksen og Weigård 1993).

Halsaa og Hellum (2010) deler rettferdighetsbegrepet i seks forskjellige dimensjoner, vi går inn på hver enkelt verdi og kommenterer hvordan disse kan få betydning for videre arbeidet.

1) Rettferdighet må forstås i lys av historiske, samfunnsmessige og kontekstuelle forhold. Lover og retningslinjer har til stadighet endret seg, og i dag er helse- og omsorgstjenesteloven helt sentral, i tillegg til de øvrige juridiske rammene (Halsaa og Hellum 2010). Man skal ikke så mange tiår tilbake i tid, selv i norden, for å oppleve forhold som minner om de søreuropeiske velferdsmodellene. I sør-europa er det i større grad vanlig at familiene trer inn som en av de største bidragsyterne til omsorg (Dølvik 2013).

2) Å utøve rettferdighet, likhet eller legalitet innebærer at man handler i samsvar med loven, det vil si en legal håndtering. Rettferdighet handler om mange hensyn og sammensatte og komplekse situasjoner kan fremstå som krevende, og ofte uten opplagte fasiter. Oppsummert handler denne dimensjonen om forholdet mellom individuell og kollektiv rettferdighet (Halsaa og Hellum 2010).

3) Rettferdighet må vurderes i forhold til faktisk ulikhet og forskjellsbehandling, av og til må ulikheter i tiltak iverksettes for at resultatet skal fremstå likt (Halsaa og Hellum 2010). Nettopp denne dimensjonen vil være sentral for videre arbeid med oppgaven, ved tildelinger av helsetjenester vil det i mange tilfeller være nødvendig å tildele ulikt tilbud for at tilbudet skal fremstå som likt. Ved tidligere undersøkelser mente hjemmetjenesten at dimensjonen i for liten grad ble ivaretatt, og at saksbehandlerne ved koordinerende enhet var alt for opptatt av å holde "ryggen fri" og dermed la større vekt på likhet for loven (Aarøe og Nerli 2015).

4) Rettferdighet som målestokk for forholdet mellom individer, men også som målestokk mellom grupper (Halsaa og Hellum 2010). Man er opptatt av at enkeltindividet skal ha en rettferdig tildeling av helsetjenester, men man er også opptatt av individet som tilhører et større felleskap. For eksempel blir pasientene som gruppe ivaretatt gjennom pasient- og brukerrettighetsloven.

5) Rettferdighet handler i stor grad om fordeling, men anerkjennelse og respekt vil også være en viktig faktor (Halsaa og Hellum 2010). Etablerte normer om fordeling av helsetjeneste kan i noen tilfeller bli satt til side for å imøtekomme pasientens ønsker. En god illustrasjon omhandler en eldre dame som motsatte seg institusjonsplass ved et sykehjem. Vedkommende hadde klart behov for fast institusjonsplass, men fikk i stedet tilsyn fra hjemmetjenesten fire ganger daglig. For helsepersonellet fremstår kanskje ikke tilbudet som verdig, men pasientens rett til brukermedvirkning ble avgjørende for tildelingen (Aarøe og Nerli 2015).

6) Rettferdighet må utøves gjennom praktisk handling. Planer og vedtak hjelper fint lite om ingen evner å sette dem ut i livet (Halsaa og Hellum 2010). I tilfeller der pasienter fylte kriteriene for institusjonsplass, kunne de unnlate å behandle søknaden fordi det ikke eksisterte institusjonsplasser på det aktuelle tidspunktet. Uten vedtak, fikk pasientene heller ikke klagemuligheter og man fremstår som veldig hjelpeløse (Aarøe og Nerli 2015).

## **2.7 Nedenfra- og- opp- tilnærmingen**

Denne tilnærmingen vokste frem på 80-tallet som en reaksjon på ovenfra- og-ned-tilnærmingen. De mest kjente representantene er Benny Hjern, David O. Porter og Chris Hull, de mente at iverksetting ikke kan programmeres og styres ovenfra. Det sentrale for disse teoretikerne var i hvilken utstrekning, og hvordan iverksettingsprosessen bidrog til å løse ulike utfordringer og samfunnsproblemer (Baldersheim og Rose 2014).

Iverksetting ses på som en prosess der de handlende aktørene ikke er definert på forhånd, og hvem som skal iverksette blir sett på med et åpent sinn. Iverksetteren kan like gjerne være en privatperson, eller en frivillig organisasjon, i følge denne tilnærmingen trenger det ikke å være en definert type ekspertise som løser oppgaven. Å identifisere de faktiske iverksettene aktørenen blir derfor ansett som en del av studien (Ibid).

Før etableringen av koordinerende enhet var det enhetslederne som hadde ansvaret for å fatte vedtak, og når det gjaldt korttidsplasser var det en knapp ressurs ved de fleste sykehjemmene i distriktene. En av institusjonene vi besøkte hadde en god løsning for å utnytte de få plassene for korttidsopphold på en best mulig måte. Tilnærmet alle pasientene som har korttidsplass er brukere av hjemmetjenesten, når pasientene var innlagt fikk de

regelmessig besøk av en bestemt sykepleier i hjemmetjenesten. Ved dette besøket diskuterte bruker og helsepersonell hvordan trening og rehabilitering burde foregå, sykepleieren fra hjemmetjenesten kunne oppdatere de ansatte ved sykehjemmet på hvilke utfordringer som ventet pasienten i eget hjem (Aarøe og Nerli 2015).

Med denne praksisen fungerte sykepleier i hjemmetjenesten som iverksetter, slik at bruker kunne motta rehabilitering for å oppnå et tilstrekkelig funksjonsnivå for å kunne bo i egen bolig. I tillegg kunne man også danne seg et bilde av hvem som på kort eller lang sikt kom til å ha behov for langtidsplass. Hjemmetjenesten og omsorgssenteret tok selv initiativ til å løse utfordringene i forhold til korttids plassene (Ibid).

## **2.8 Legitime styringsverdier i velferdens organisering**

Velferdsstaten står overfor flere og vedvarende utfordringer i fremtiden når det gjelder organiseringen av offentlig tjenester. Hood (1991) gir den politiske ledelsen et betydelig ansvar for å forvalte fellesskapets goder med omhu. Viktige verdier som trekkes fram er sparsommelighet og effektivitet, forutsigbarhet og åpenhet, fleksibilitet og responsivitet. Den første knyttes til hvordan politikerne skal forvalte fellesskapets goder med aktpågivenhet, de demokratiske spillereglene som er gjeldene for forvaltningen. I tillegg til hvordan de ansatte kan tilpasse velferdstjenestene til den enkelte bruker etter behov (Vabo 2014).

Disse tre forvaltningsverdiene kan vise til tre forskjellige styringssett, samtidig som de står i motsetning til hverandre, og er alle legitime styringssett med forskjellig fokus. Det hevdes for eksempel at NPM-reformer konsentrerer seg kun om den første verdien, sparsommelighet og effektivitet. Når det fokuseres ensidig på en verdi, kan det tenkes at det vil det gå på bekostning av de andre forvaltningsverdiene. Vabo (2014) retter fokus på den siste verdien, fleksibilitet og responsivitet, og hvordan tjenesteyterne har behov for å ha en viss grad av autonomi og “slack” i arbeidshverdagen for å sikre de tjenestene som ytes i velferden. Vabo (2014) understreker at ledelsesstrategier og styringsmodeller må ta utgangspunkt i de aktuelle problemene som skal løses innenfor de ulike typer tjenester som ytes.

Følgende eksemplet viser hvordan tjenesteyterne strekker seg for at brukerne skal få tilbud som fremstår som like ut i fra individuelle behov. De fleste respondentene var seg bevisst den muligheten de hadde til å påvirke utformingen av tjenesten. Det kunne dreie seg om pasienter som hadde få pårørende, i slike situasjoner kjempet helsepersonellet i større grad for pasientens rettigheter enn i tilfeller der pasienten hadde pårørende i nære omgivelser (Aarøe og Nerli 2015).

Når det ytes helsetjenester i det daglige finnes det ingen fasit på hvordan alt skal gjøres, og det vil stadig dukke opp uforutsette problemer. Tjenesteyterne vil etter mange års erfaring opparbeide seg en form for “taus kunnskap”. Pasienter med psykiske problemer kan for eksempel få tettere oppfølging av personalet dersom det er behov, selv om vedtaket ikke inneholder så stort tilbud. Når slike situasjoner prioriteres, kan bruker unngå institusjonsinnleggelse (Ibid).

En av lederne viser også til enhetens praksis når pasienter kom hjem til egen bolig, etter opphold på sykehus. Hjemmetjenesten ventet da en stund med å fatte vedtak, men de iverksatte alle nødvendige tiltak omgående. Når brukerens funksjonsnivå øker, vurderes omsorgsbehovet på nytt, og når funksjonsnivået er stabilt fattes det et vedtak (Ibid).

Tidligere var det kontakten mellom bruker, hjemmetjeneste, fastlege og pårørende som ble lagt til grunn for tildeling av helsetjenester. I tillegg så vi at deler av styringen kom nedenfra, og uten denne styringen ville det sannsynligvis vært vanskelig for ledelsen å fatte vedtak (Ibid).

## **2.9 Konkurrerende forvaltningsverdier**

De offentlige velferdsorganisasjonenes misjon er å tjene innbyggerne, og disse oppgavene er politisk vedtatt gjennom demokratiske spilleregler. Statsviterene Harmon og Mayers (1986) og Hood (1991) mener at verdiene er relevante for den offentlige forvaltningen, samtidig som de mener verdiene til dels står i konflikt med hverandre (Vabø 2014).

De konkurrerendes forvaltningsverdier deles i tre, 1) sparsommelighet/kostnadseffektivitet, 2) fleksibilitet/responsivitet, 3) forutsigbarhet/åpenhet. Verdiene er med på å forklare hvordan menneskefylte organisasjoner skal forholde seg til de aktuelle verdiene, samtidig

som organisasjonene møter på menneskelige konflikter som skal løses på gode måter (ibid).

### **2.9.1 Sparsommelighet/kostnadseffektivitet**

Den første verdien representerer sparsommelighet/kostnadseffektivitet, og viser til hvordan organisasjonen bør forvalte verdiene de har tilgjengelig på best mulig måte. Når organisasjonen setter fokus på kostnadene vil sløsingen trolig minimaliseres, og organisasjonen vil fungere tilnærmet som en produksjonsbedrift. Bruken av skattepenger må forvaltes på en slik måte at det fremstår legitimt, det innebærer blant annet at midlene brukes på tiltenkt område innen organisasjonen. Klare og konkrete mål, samt fordeling av ansvar er en forutsetning for en god forvaltning. Kontroller vil være målinger på hvordan organisasjonen presterer, og kvalitetsmål. Dersom en organisasjon har gjentatt og/eller langvarig overforbruk vil det i de aller fleste tilfeller føre til innstramning og skjerpning av alt som anses som overflødig (Vabø 2014).

Kommunen som er valgt for studiet er en resultatenhetskommune, det er enhetsledere og ikke koordinerende enhet som står ansvarlig for ressursbruk og økonomi. Dette kan bidra til å skape utfordringer for enhetslederne og utførere som har et gitt budsjett å forholde seg til.

Etter at samhandlingsreformen trådte i kraft i 2012, og casekommunen etablerte koordinerende enhet, oppstod det en frustrasjon fra enhetslederne som rettet seg mot koordinerende enhet fordi det fattes "rause vedtak". Enhetslederne mener at koordinerende enhet fattet vedtak som er romsligere enn tidligere praksis, og de var sterkt imot disse "smør på flekk" vedtakene, som øker det økonomiske presset. Koordinerende enhet svarer med at tildeling av helsetjenester ikke skal farges av den økonomiske situasjonen kommunen befinner seg i, og at dette er forankret i Helse- og Omsorgstjenesteloven (2012) §11-1 1. og 2 ledd (Aarøe og Nerli 2015).

Etter innsparinger og kutt i helse- og omsorgssektoren, har helse- og omsorgssektoren i kommunen lagt seg på et nivå de kaller "minste forsvarlig nivå" for tildeling av helsetjenester. Minste forsvarlige nivå innebærer at tjenesten skal være forsvarlig, alt utover forsvarlige tjenester, kan anses som sløseri. Respondentene fra bacheloroppgaven svarte at det virket som om koordinerende enhet etterhvert opparbeidet seg en forståelse



for enhetsledernes situasjon (Ibid). Når verdien nevnes senere i oppgaven omtales den ofte som økonomisk verdi.

### **2.9.2 Forutsigbarhet/åpenhet**

Verdien handler om forutsigbarhet/åpenhet og her kommer de demokratiske spillereglene fram. Organisasjonen må være forutsigbar og de berørte parter må ha mulighet for innsyn dersom de ønsker det, borgerne har rett til å kunne forstå politikken de har stemt fram. Offentlighetsprinsippet legger vekt på de prosessuelle rettighetene som er med på å gi borgerne grundig og rett behandling, dersom det kommer klager fra brukerne er det det ofte på grunnlag av urettferdig behandling. Settes disse verdiene i fokus, vil det trekke i retning av en byråkratisk organisasjon i Webers forståelse.

I organisasjoner som følger Webers regler og normer for en byråkratisk organisasjon vil det være klare regler og retningslinjer for hva som skal gjøres. Det vil være større fokus på prosessstyring og hvordan oppgavene utføres, enn på resultatstyring og hva som blir gjort (Vabø 2014).

Når tjenester skal tildeles tilsier denne verdien at det fokuseres på blant annet likhet, men for å oppnå likhet er det ofte nødvendig å foreta ulik behandling. I noen tilfeller har brukerne sterke pårørende som står på for at sine nærmeste skal få den beste tilgjengelige behandlingen. Det kan bidra til skjevhet i tilbudet mellom brukere og det kan være en trussel mot de demokratiske spillereglene. I et forsøk på å rette opp slike mulige skjevfordelinger har vi sett at utfører griper inn og bidra i en søknads- og vedtaksprosess, dette gjelder særlig brukere med få pårørende eller lite nettverk. Selv om det er ment som et bidrag for å oppnå rettferdig tildeling av tjenester, kan det også bidra til ytterlige skjevfordeling for pasienter som ikke har slike utførere rundt seg i hverdagen (Nerli og Aarøe 2015). Når verdien omtales senere i oppgaven vil den ofte nevnes som byråkratisk verdi.

### **2.9.3 Fleksibilitet/responsivitet**

Den tredje og siste verdien handler om fleksibilitet/responsivitet, på et dypere nivå handler dette om at borgerne har tillit til offentlige institusjoner. En forutsetning for å oppnå dette

er at alle organisasjoner fungerer selv under vanskelige forhold som kan oppstå. Det vil ikke bare være hvordan politikerne fronter og får gjennomslag for sine saker som skaper tillit, men også der hvor borgerne møter offentlige organisasjoner ansikt til ansikt. Dersom det klages i henhold til denne verdien er det ofte på grunnlag av menneskelig feil, og ikke feil i systemet. Typiske eksempler kan være situasjoner der publikum mener barnevernet, helsesøster og skole burde ha grepet inn i en sak mye tidligere.

I organisasjonsvitenskapen vil verdiene fleksibilitet/responsivitet være forankret i en organisk verden, det vil si at organisasjonen klarer å tilpasse seg de skiftende omgivelsene. En slik organisk organisasjon kontrasteres gjerne med en mekanisk oppfatning av en organisasjon. (Burns 1962). Den mekaniske organisasjon preges av stabile forhold med en klar teknologi, mens den organiske tilpasser seg. Den organiske organisasjonen tillater "slack" og utprøving, mens den mekaniske organisasjonen er målrasjonell. I den organiske organisasjonen kreves det at personalet som utfører sine oppgaver til det fulle og i tillegg er opptatt av at organisasjonen når sine primære hensikter. I den organiske formen er det også horisontale kommandolinjer, mens i den mekaniske er det vertikale som i den tradisjonelle byråkratiske organisasjonen (Vabø 2014). Ut fra tidligere empiri ser vi tendenser til at "bestiller" handler ut fra en mekanisk organisasjonsform, mens "utfører" trekkes mot en organisk form (Nerli og Aarøe 2015).

I analysen tar vi utgangspunkt i rettferdig tildeling av helsetjenester som ytes av kommunen sett i lys av verdiene, 1) sparsommelighet/kostnadseffektivitet, 2) forutsigbarhet/åpenhet og 3) fleksibilitet/responsivitet.



Modellen er inspirert av Vabo og Vabø (2014)

### 3.0 Metode og data

I kapitlet om metode gjøres det rede for de metodiske grepene som har blitt tatt i bruk for å belyse problemstillingen i oppgaven. I første omgang forklares valget av den metodiske tilnærming, deretter forskningsstrategi og hvordan datamaterialet er samlet inn. Til slutt vurderes kvaliteten på empirien som er samlet inn for studien.

For å komme frem til forskningsbasert kunnskap må vi først og fremst være nysgjerrige og spekulere på et problem, spørsmål bør stilles på en spesiell måte og besvarelsen bør helst følge en helt spesiell metodikk. Det handler om at spørsmål og spekulasjoner må formuleres slik at de er forskbare (Jacobsen 2015). Hvilken metoder som velges for studien henger sammen med teori og hva vi ønsker av kunnskapsutvikling (Grønmo 2016). Dagens teknologiske løsninger der ubegrensede mengder informasjon bare er et tastetrykk unna, gjør det viktigere enn noen gang å være kritisk til opplysninger som samles inn. Utgangspunktet for all forskning må være at empirien samles inn på en slik måte at den fremstår som gyldig og troverdig, og at man må ha mulighet til å teste og etterprøve forholdene. (Jacobsen 2015). Hensikten med det vitenskapelig arbeidet er å etablere kunnskap og teorier på forskjellige områder som blir belyst av problemstillingene. For å kunne oppnå, eller bygge videre på allerede eksisterende teori, må det tas utgangspunkt i forskningsmetoder som vil være gunstig for studien (Grønmo 2016).

“Utsagnet om at gode spørsmål kan være viktigere enn riktige svar, poengterer at problemstillingen er et av de aller mest sentrale elementene i forskningsprosessen” (Grønmo, 2016, s74). I oppgaven vil det fokuseres på å forstå hvilke verdier som vektlegges i tildelingen av helsetjenester og hvorvidt tilbudet fremstår som rettferdig.

Hvilket forskningsdesign som fremstår som best egnet for å belyse problemstillingen, er noe av det første som må tas stilling til. For oppgavens problemstilling anses en kvalitativ tilnærming for å være den mest egnede metoden. Når kvalitativ metode benyttes har som regel forskerne et ønske om å komme nært og tett på respondentene, for å studere virkeligheten sett fra deres perspektiv. En kvalitativ studie vil i følge Jacobsen (2015) være en studie der det samles data som er intensiv, og med få enheter. I vårt tilfelle er det én enhet, og respondentene er de ansatte i enheten. En kvalitativ tilnærming bygger på en systematisk gjennomgang av materialet som samles inn, deretter registreres innholdet for videre analyse som belyser problemstillingen (Grønmo 2016). En kvalitativ studie åpner opp for flere mulige valg av forskningsstrategier, men ut fra studiens forløp mener vi en casestudie vil være en god strategi for å belyse problemstillingen.

### **3.1 Casestudie**

Jacobsen (2015) sier at det kan være problematisk at det ikke eksisterer en klar felles definisjon av hva en casestudie er. Likevel er det noen sentrale faktorer som vil være gjeldende i et casestudie, det er som regel en inngående studie, en eller få undersøkelsesenheter som studeres. En casestudie kan ha flere formål, og for å belyse problemstillingen anses det som viktig å danne seg et helhetlig bilde av det spesielle som skal studeres (Grønmo 2016). For å oppnå en slik forståelse må vi prøve å sette oss inn i respondentenes hverdag. Hvilke avgjørelser og verdier som blir lagt til grunn for at tildelingen av helsetjenester skal fremstå som rettferdige, vil være helt sentralt for studien. Casestudier egner seg godt for å få frem detaljerte beskrivelser av samhandlingen mellom ulike aktører (Jacobsen 2015). Siden casestudier ofte bidrar med grundig og utfyllende empiri egner denne type studie seg til å utvikle hypoteser eller teorier, og det er heller ikke uvanlig at studiene tar sikte på å generalisere til større univers. Enheten som studeres vil

være unik og vitenskapelig interessant og trenger ikke å ses i sammenheng med et større univers, universet begrenses til enheten som studeres (Ibid).

En casestudie vil ofte være basert på kvalitative tilnæringer, men det er også mulighet for å kombinere kvalitative og kvantitative metoder. I de aller fleste tilfeller er casestudier betydelig intensive studier som omfatter mye empiri om det aktuelle som studeres. Enheten som undersøkes er kompleks, men vil likevel ligge på et overkommelige mesonivå (Ibid).

### **3.2 Valg av case**

Grunnlaget for casestudien er kvalitative intervju av bestillerne ved koordinerende enhet i en kommune. Valget av undersøkelsesenheten er foretatt med tanke på tilgang til informanter, og geografisk nærhet. Det er også en kommune med en koordinerende enhet av en viss størrelse og som har fungert over noe tid. Enheten som undersøkes har en to-nivå organisering, og kan fremstå som representativ for tilsvarende kommuner (Torsteinsen 2012).

### **3.3 Datainnsamling**

Når det kommer til egnet måte å samle inn data vil problemstillingen legge føringen for hvordan dette skal gjøres. I vårt tilfelle er det mest hensiktsmessig med intervjuer der respondenten kan snakke "fritt" for å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte. Vi vil gjennomføre to gruppeintervju bestående av to personer per gruppe, og deretter et individuelt intervju med lederen. Vi kaller dem henholdsvis fokusgruppe 1, fokusgruppe 2 og respondent 1.

Intervjuene ble samlet inn med lydopptak, varigheten på intervjuene var på mellom 30 og 55 minutter. Spørsmålene ble sendt til respondentene på forhånd, samtidig som det ble opplyst om at intervjuene blir tatt opp. Videre ble alt materialet transkribert for videre analyse, og alle lydopptakene ble slettet.

### **3.4 Individuelt åpent intervju**

Det åpne intervjuet kjennetegnes ved at respondent og undersøger snakker sammen i en åpen dialog. Empirien som kommer frem ved individuelle intervju vil være i form av ord og setninger (Jacobsen 2015). Det kan være gunstig å ta lydopptak under samtalen dersom informantene er komfortable med det, og det gjør det enklere for å oss å vie respondenten full oppmerksomhet. I etterkant transkriberes intervjuene for videre analyse. Slike intervju kan foregå på flere måter, via e-post, telefon eller ansikt-til-ansikt (Grønmo, 2016). Vi har valgt å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, og de ble gjennomført på respondentenes kontor. I etterkant sendte vi også e-post med to oppfølgingsspørsmål til samtlige respondenter.

I noen tilfeller kan det være at respondenten trenger veiledning om formidlingen stopper opp, og nettopp i slike tilfeller har intervju der man er fysisk til stede sammen med respondenten et fortrinn. Som forskere kan vi se respondentens kroppsspråk og det kan være lettere for oss å veilede med utdyping av spørsmålet dersom samtalen går litt trått (Jacobsen 2015). Den fysiske tilstedeværelsen kan være med på å skape en god flyt i intervjuene, bakhjelp med en slik intervjuemetode kan være kostnadene. Enheten som undersøkes er i geografisk nærhet og vil derfor minimere kostnader i forhold til innsamling av materialet.

### **3.5 Strukturering av intervju**

Kvalitative intervju kan være helt åpne, det innebærer at forsker i liten grad legger føringer for hva det skal snakkes om under samtalen. I de fleste tilfeller vil det likevel være hensiktsmessig å foreta en strukturering av intervjuene (Grønmo 2016). For vår del er det ønskelig at respondenten snakker om hvilke verdier det tas hensyn til ved tildeling av helsetjenester.

For å få frem informasjon om akkurat de temaene vi er opptatt av pre-struktureres intervjuene, det vil si at vi setter opp noen spørsmål som vi ønsker at respondentene skal snakke fritt om. De 10 spørsmålene er utarbeidet på forhånd fører til at intervjuene har en sterk strukturingsgrad. Noen vil hevde at en slik strukturering er å bevege seg bort fra den kvalitative formen, vi mener likevel at respondentene har god mulighet til å snakke

fritt om temaet vi ønsker å belyse. Selv om vi foretar en slik begrensning er det fortsatt mulig å opprettholde graden av åpenhet (Jacobsen 2015). Bakgrunnen for struktureringsgraden er at respondentene fatter vedtak om veldig mange ulike tilbud, mens vi er interessert i helsetjenester som utelukkende ytes i hjemmet.

Ved intervjuene i forbindelse med bacheloroppgaven var vi veldig opptatt av at respondentene skulle få snakke fritt og ubegrenset, noe som førte til at vi satt igjen med en så stor mengde datamateriale at vi ikke hadde mulighet til å presentere alt. I dag kan vi likevel si at dette var en svært nyttige erfaring. Først og fremst i form av god innsikt og forståelse av forholdet mellom hjemmetjenesten og koordinerende enhet, men også viktigheten av å være godt forberedt før intervjuene. Hva ønsker vi å få svar på? Hvilke avgrensninger vil være fornuftige for å belyse temaet? Kan det være fornuftig å foreta gruppeintervju? Dette er noe av spørsmålene vi har diskutert i langt større grad enn ved bacheloroppgaven.

En av styrkene ved kvalitative intervju er at man har gode forutsetninger for å foreta dypdykk på områder man ønsker å belyse, slik kan man også oppnå å få utvidet innsikt om temaet som studeres. Det er ikke uvanlig at nye spørsmål dukker opp etterhvert som man opparbeider seg større kunnskap og forståelse av det som studeres. Dersom ønsket er å få en helhetlig oversikt bør samme respondent intervjues flere ganger. Etter at vi hadde kategorisert datamaterialet hadde vi også behov for å stille respondentene noen oppfølgingsspørsmål, disse ble sendt til respondentene på e-post.

### **3.6 Fokusgruppeintervjuet**

Det har i en årrekke vært fokus på det individuelle intervjuet som en ledende framgangsmåte innen kvalitativ metode, men i den senere tid har gruppeintervjuet også fått sin anerkjennelse. Noen problemstillinger fungerer veldig godt for diskusjon i grupper, det er flere som mener at denne type intervju egner seg særlig når temaet er relativt avgrenset, i vårt tilfelle er det helt konkrete verdier som diskuteres. Fokusgrupper som er veldig åpne har en tendens til å spore av, diskusjonen kan fremstå usammenhengende, og vi kan få svært mye empiri som er vanskelig å bearbeide (Jacobsen 2015). Om temaet blir for åpent kan det være fare for at meningene som kommer fram vil ha stor spredning, og analysen senere vil bli vanskelig. Fokusgrupper fungerer i følge Jacobsen (2015) best om det er

spesifikke områder som skal studeres, og tema som inneholder individers erfaringer med konkrete hendelser. Dette begrunnes med at mennesker ikke alltid tenker så nøye gjennom hva som skjer når de opplever noe. En diskusjon i en fokusgruppe kan få i gang tankeprosessen, og deltakerne i gruppen hjelper hverandre med å komme fram til hva som har skjedd. Selv om ikke fokusintervju nødvendigvis egner seg bedre enn det individuelle intervjuet når det gjelder å få fram synspunkt, ser det ut til å være en overlegen metode for å få fram hvorfor mennesker har en bestemt oppfatning (Morgan 1993).

Kommer det fram like svar i gruppene kan vi si det er generelle data, og i tillegg vil dataene være reelle, og ikke preget av gruppesammensetningen. Når det brukes flere grupper kan det også være med på å generalisere dataene (Carlson and Glenton 2011). Morgan (1996) konkluderer med at det er ingen fasit på hvor mange grupper som bør være med, og trekker fram at antallet vil være avhengig av åpenheten i spørsmålene, gruppens homogenitet og mangfoldet. Undersøkelseeffekten kan være en utfordring ved slike intervju, fordi det alltid vil være en viss risiko for at intervjuer kan overføre sine holdninger eller meninger til respondentene.

### **3.6.1 Fokusgruppe utvalg**

Empirien som kommer fram fra fokusgrupper vil være preget av gruppens sammensetning, det vil alltid være fare for at noen vil dominere mer enn andre. Så lenge man tar hensyn til problemet, er det likevel mulig å sette sammen grupper som vil fungere. Man må være klar over informasjonen som kommer frem er en felles forståelse av situasjonen, individuelle meninger har en tendens til å tones ned ved gruppeintervju (Jacobsen 2015).

Ved den koordinerende enhet som er valgt for studiet er det totalt fem saksbehandlere som jobber med å fatte vedtak som er rettet mot hjemmetjenesten. En av respondentene er leder ved enheten, denne respondenten holdes utenfor fokusgruppene fordi det kan oppstå et uheldig makt- og dominansforhold. Vi velger likevel å dele de øvrige fire respondentene i to grupper, selv om gruppene blir små. Vi ønsker å få fram meningsutveksling mellom respondentene, i tillegg til at vi kan bruke gruppene som kontroll mot hverandre.



### 3.7 Sikre datakvalitet

Kvalitetssikring av datamaterialet er nødvendig for å kunne tolke resultatet på en tilfredsstillende måte. Vi har kontinuerlig forsøkt å vurdere kvaliteten av empirien, dette vil gi større forutsetninger for å forbedre datakvaliteten (Grønmo 2016). For å øke validiteten på oppgaven ble det sendt e-post med oppfølgingsspørsmål til alle respondentene. Dette bidro til kvalitetsforbedring før analysen var ferdig bearbeidet. Jacobsen (2015) trekker fram en rekke forutsetninger som kan bidra til å heve datakvalitet i en bestemt studie 1) sannhetsforpliktelse, dataene som samles inn fra respondenten viser til de faktiske forhold, 2) Materialet som samles inn må bygge på vitenskapelig regler innen språk og logikk, som videre legger grunnlaget for analyse, 3) Utvalg av respondenter må gjøres på en forsvarlig måte, 4) Informasjonstyper som velges må tas utgangspunkt i begrepene som belyser problemstillingen, 5) Når intervjuene foretas må det gjøres på en forsvarlig måte, og hele tiden strebe etter å unngå problem som kan oppstå.

### 3.8 Dokumentanalyse

Dokumentanalyse tar utgangspunkt i forskjellige skriftlige kilder som datamateriale. En kvalitativ analyse “bygger på systematisk gjennomgang av dokumenter med sikte på kategorisering av innholdet og registrering av data som er relevante for problemstillingen” (Grønmo 2016, 175). Styrken ved en dokumentanalyse er fleksibiliteten, datainnsamlingen kan foretas samtidig som analysen gjøres. På denne måten belyses problemstillingen etter hvert som nye dokumenter studeres, og vi kan finne relevante tekster underveis i prosessen.

I forbindelsen med oppgaven har dokumentanalysen vært brukt i forbindelse med flere artikler, stortingsmeldinger og lovdata. Dokumentanalyse brukes fordi det er umulig, eller vanskelig å samle inn informasjonen direkte. Grønmo (2016) viser til flere problemer han mener kan forekomme når materialet samles inn. 1) Forskerens syn kan i noen tilfeller påvirke både utvelgelsen og tolkingen av materialet, 2) den kildekritiske forståelsen kan være mangelfull hos forskeren, 3) forskerens kontekstuelle forståelse kan være manglende. En kombinasjon av de tre nevnte problemene kan være med å påvirke arbeidet som gjøres.

### **3.9 Reliabilitet**

Reliabiliteten forteller hvor pålitelig materialet som er samlet inn er. Det legges vekt på to forskjellige reliabilitetstyper, stabilitet og ekvivalens. Stabiliteten henviser til om det finnes samsvaret mellom datamateriale av samme type, og med utgangspunkt i den samme metoden men på forskjellige tidspunkt. Er det samsvar mellom empirien som kommer inn, gitt at det som undersøkes er stabilt, er reliabiliteten høy. Det kalles ekvivalens når datamaterialet som er samlet inn sammenlignes med empiri som er samlet inn av andre forskere. Finnes det samsvar mellom datamaterialet fra de forskjellige forskerne, er reliabiliteten i form av ekvivalens høy. Dersom ekvivalens er høy tyder det på at metoden som er valgt for undersøkelsen fungerer, uavhengig av hvem som utfører den (Ibid).

For å vurdere reliabiliteten i kvalitative undersøkelser kan det sjeldent brukes standardiserte metoder, fordi måten å samle inn empiri på er mindre strukturert enn når det samles inn til kvantitative undersøkelser. Kvantitative innsamlingsmetoder dreier seg hovedsakelig om måleinstrumenter som fungerer. Under en kvalitativ undersøkelse dannes undersøkelsesopplegget samtidig som datamaterialet samles inn, og av forskerens analyse og tolkninger underveis i datainnsamlingen. Vurderinger som utføres av forskeren underveis settes i konteksten empirien samles inn i, og blir nesten umulig å kopiere for andre forskere. Derfor sies det at begrepet reliabilitet ikke er like relevant for en kvalitativ studie, men begrepet troverdighet trekkes heller fram ved denne type studier. I en kvalitativ studie vil reliabiliteten og troverdigheten være at funnene som kommer fram i analysen er basert på reelle forhold (Ibid).

### **3.10 Validitet**

Om empirien er troverdig, sier man at reliabiliteten er høy. Selv om studien framstår som sannferdig, trenger ikke validiteten å være høy. Validitet forteller om datamaterialet er gyldig i forhold til problemstillingen som skal belyses. Treffer datamaterialet godt i forhold til det som skal forklares i problemstillingen, sies det at validiteten er høy fordi den forklarer forholdet mellom teorier og operasjonalisering av begrep. Teorien forteller hvilke temaer som skal studeres, mens operasjonalisering av begrep belyser hva som studeres (Ibid).

I en kvalitativ studie refereres det til 1) kompetansevaliditet, henviser til forskerens kompetanse på området det samles inn empiri om, dersom forskeren har mye kompetanse om det aktuelle temaet det forskes på er sannsynlighet større for at validitet blir høy, 2) Kommunikativ validitet, viser til dialog og diskusjon mellom forsker og andre diskusjonspartnere i forhold til hvor godt empirien belyser problemstillingen, dette er en god måte å unngå svakheter i forbindelse med datamaterialet, 3) pragmatisk validitet, viser til sammenheng mellom empirien og resultater, fører det til bestemte handlinger sies det at validiteten er høy. For å vurdere validiteten vil den viktigste framgangsmåten være kritisk og systematisk refleksjon av hvordan empirien samles inn, samtidig som undersøkelsesopplegget og datamaterialet drøftes i forhold til hvilken som egner seg best (Ibid).

Vi anser kompetansevaliditeten som god siden vi tidligere har studert enheten, og tilegnet oss kunnskap om koordinerende enhet. Underveis i analysen har vi hatt muligheten til å diskutere hvordan empirien belyser problemstillingen med både veiledere og medstudenter som også foretar en undersøkelse om koordinerende enhet.

### **3.11 Etikk**

Når det foretas samfunnsvitenskapelig undersøkelser kan de få konsekvenser både for samfunnet og den som undersøkes. Det ligger et ansvar hos forskeren til å tenke over hvordan undersøkelsen kan påvirke respondenten, og hvordan undersøkelsen kan brukes i ettertid. Enhver forsker vil bli stilt overfor flere etiske dilemmaer når samfunnsvitenskapelige undersøkelser gjennomføres, og etikken bør tenkes nøye gjennom på forhånd (Jacobsen 2015).

Det er vanskelig å sette en fasit på hvordan etiske utfordringer bør løses, men i følge Jacobsen (2015) er det tre verdier som bør etterstrebtes for å oppfylle 1) riktig gjengivelse, 2) krav på privatliv, og 3) informert samtykke. Riktig gjengivelse forklares med at forskeren alltid skal presentere dataene på en sannferdig måte. Data som er samlet inn må ses i sammenheng med det som er fortalt, og ikke tas ut av meningssammenhenger. I analysedelen har vi etterstrebet å gjengi respondentene på en sannferdig måte, og ingen utsagn er tatt ut av sin sammenheng (Ibid).

Krav på privatliv innebærer at respondenter skal ha en sone der det ikke skal forskes, og her trekkes det fram to punkter som skal overholdes 1) Hvor følsomt er datamaterialet som samles inn? Vi mennesker er alle ulike, og noen kan reagere mer enn andre på enkelte temaer, 2) Hvor privat er datamaterialet som samles inn? Dersom vi tenker at jo lengre vi trenger inn i den private sfæren til respondenten, desto større må tiltakene være for å sikre privatlivet. Er det for eksempel mulig å identifisere enkeltpersoner ut fra analyse materialet, og dersom enkeltpersoner gjenkjennes, trer forskerne inn i denne sonen. I analysen er alle respondentene anonymisert, og det betyr at det skal ikke være mulig å koble data sammen med respondenten. Dersom empirien inneholder personopplysninger skal det søkes om konsesjon fra Datatilsynet, men om datamaterialet blir anonymisert fra starten behøves ikke kontakt med NSD (Ibid).

Det siste begrepet omhandler informert samtykke, det vil si at respondenten må være med i undersøkelsen av egen fri vilje, og skulle det være farer, gevinster eller lignende i forbindelse med undersøkelsen skal respondenten være opplyst om dette på forhånd. Informert samtykke deles i fire; 1) Respondenten må være i stand til å ta avgjørelsen om å delta i undersøkelsen selv, og i tillegg vurdere fordeler og ulemper. Barn og psykiatriske pasienter kan være en gruppe som har mindre vurderingsevne, og ved slike tilfeller bør det settes strengere krav til datamaterialet som kommer fram. 2) Frivillighet vil si at det ikke skal foreligge press fra andre til å delta, det kan være vanskelig fordi det forventes at alle deltar, eller det kan presses gjennom av leder hvor viktig temaet som undersøkes er. 3) Når respondenten skal avgjøre om de vil delta i undersøkelsen, må informasjon om undersøkelsen gis og forklares. All informasjon vil ikke være hensiktsmessig fordi det kan føre til falske resultater, men tilstrekkelig informasjon skal foreligge. 4) Forståelse skal foreligge etter at tilstrekkelig informasjon er gitt, og det kan til tider være vanskelig å avgjøre. Derfor bør informert samtykke vektlegges om undersøkelsen kan skade respondentene, selv om det ikke finnes krav eller regler som skal følges, oppfordres forsker til en kritisk gjennomgang. Respondentene er til enhver tid fri til å trekke seg fra prosjektet (Ibid).

## 4.0 Presentasjon av funn og analyse

Vår interesse for rettferdig tildeling av helsetjenester ble vekket under arbeidet med bacheloroppgaven vår (Aarøe og Nerli 2015), og interessen ble ikke noe mindre da vi leste resultatet fra rapporten om formell og uformell omsorg av Berge, Øien og Jakobsson. Kan det virkelig stemme at eldre mennesker mottar i snitt to timer i uka med mindre formell omsorg dersom de har døtre (Berge 2014)? Våre funn tyder på at dette langt på vei stemmer, men mye tyder på at den avgjørende faktoren handler om samvittighet og empati, og ikke om kjønn. De ansatte ved koordinerende enhet forteller at de er bevisste på problematikken, og at de i større grad har fokus på å fatte vedtak uavhengig av pårørende. Samtlige respondenter i denne studien understreker at de ikke har myndighet til å pålegge pårørende å yte uformell omsorg, men at de alltid kartlegger hva pårørende ønsker å bidra med. I tillegg svarer de at de i noen grad kan styre de pårørende.

### 4.1 Byråkratiske verdier

Først vil vi forsøke å belyse hvordan de byråkratiske verdiene gjenspeiles i handlingene til byråkratene. Samtidig vil vi forsøke å si noe om hvilket styringsparadigme handlingen er typisk for.

Bestiller forteller at mottak av søknader kan skje på forskjellige måter. F1 beskriver de ulike fremgangsmåtene slik:

En stor del av henvendelsene er skriftlige søknader, men det kan også komme via telefon, det kan også være at noen kommer hit på kontoret, noen ganger fra fastlege eller hjemmetjenesten (...) Så må vi kartlegge og samle alle opplysningene vi har. Av og til krever det et hjemmebesøk dersom det er en helt ukjent bruker. Vi kan kanskje sende en e-link til fastlege og si at vi har fått en søknad der bruker ikke har tjenester fra før, og at vi ønsker opplysninger om pasienten med tanke på diagnoser. Ved hjemmebesøk blir situasjonene i hjemmet kartlagt, det kan av og til være behov for å kontakte pårørende, og noen ganger er de tilstede når vi kommer på hjemmebesøk. Ut ifra disse opplysningene fattes det vedtak, så sant vi ikke trenger noe mer da. Men grunnlaget er hva vi ser, hva pasienten selv sier, og hva

de pårørende sier. Det handler først og fremst om de opplysningen vi får fra bruker (F1).

I tillegg til det som kommer fram fra F1 og F2, opplyser alle respondentene at kommunen har utarbeidet egne standarder for tildeling av helsetjenester. Standardene inneholder opplysninger om hvilke tjenester som tildeles, og hvilke kriterier som må oppfylles for å få tjenesten.

Vi ønsket å undersøke i hvor stor grad bestillerne benytter seg av skjønnsvurderinger der loven åpner for skjønn, eller hvorvidt de lener seg på standardene når vedtakene fattes. Respondentene er enig om at en stor del av vedtaksprosessen er skjønnsvurderte, i tillegg til at forvaltningsloven følges.

Standardene var politisk behandlet også i 2014, og i senere tid er tjenestene gjennomgått, og enda mer spisset, slik at det blir tydeligere hva kommunen tilbyr av tjenester. For eksempel kommer det tydelig frem hva hjemmetjenesten tilbyr i forhold til medikament, prøvetaking, undersøkelser. Har du et stygt sår så kan hjemmetjenesten stille det ved behov, men med en gang brukeren er i stand til å komme seg til legen så opphører tjenesten. Når det gjelder for eksempel husvask, kunne du få utført dette annenhver uke før, nå er det blitt hver tredje uke om det ikke er noe som tilsier at det må vaskes oftere. Dusj for eksempel, det får du en gang i uken, dersom det ikke er noe som ikke tilsier at du må ha noe mer (R1).

R1 viser til standardene og endret praksis i forhold til tilbudene. Det blir tegnet et politisk bilde der effektivisering og sparing er viktig, tendensen kan trekke i retning av styringsparadigmet NPM.

Vi følger premissene i forvaltningsloven, og standardene våre. Selv om standardene er generelle, så skal vi hele tiden ha individbasert vurdering, og da kommer skjønnnet inn i bildet (R1).

R1 understreker at de byråkratiske verdiene er viktig for deres arbeid som bestillere, og de to sitatene viser til at bestillerne slites mellom hensyn til de økonomiske og juridiske rammene. Samtlige respondenter forteller at de vektlegger standardens kriterier, og at den alltid ligger til grunn for en vurdering når de byråkratiske verdiene vektlegges. Dette tyder på at bestiller styrer i henhold til et NWS- paradigme. Det kommer også godt frem

gjennom respondentenes lojalitet mot styringen ovenfra, politiske behandlede kriterier for helsetjenester utgjør viktige retningslinjer for beslutningene som tas. I tillegg har et horisontalt samarbeid med utførerne stor betydning

Utførerne har ofte innvendinger og de mener i noen tilfeller at tilbudet skal være mer skjønnsbasert, men standardene våre setter begrensninger i form av kriterier som må oppfylles. (...) Vi må dokumentere hvorfor det er avvik fra standardene, vi må ta en individuell vurdering (R1).

Eriksen og Weigårds (1993) artikkel "Fra borger til kunde" poengterer at vi som statsborgere har trådt over i roller som klienter, brukere og kunder. I senere tid har vi fått flere typer lovgivning der statsmakten gir signal om at det er nettopp klienter, kunder og brukere vi er. Eksempel på slike lover er pasient- og brukerrettighetsloven og pasientskadeloven. Når respondentene viser til prosesser der brukerens rettigheter skal ivaretas og poengterer viktigheten av grundig arbeid i denne fasen, heller dette igjen i retning av et NWS-paradigme.

Det er ganske mye arbeid å fatte et vedtak, det dreier seg om å dokumentere hjelpebehovet pasienten har, det tar tid å samle disse opplysningen. Vi må ha en saksbehandlingsjournal som forteller det samme som vedtaket. Journalen må ligge til grunn for at vi skal få fattet et skikkelig og gyldig vedtak. Det er omfattende, vi går gjennom et system som skal kartlegge funksjonsnivå, så det kan ta litt tid. Men vi gjør det vi kan og strekker oss langt for at brukerne får et vedtak, og at man har mulighet til å klage dersom man er uenig (...) Vi tenker mye på at pasientene må få et vedtak, slik at de har rettigheter til å klage. Dette er rettssikkerheten deres (F1).

Samtlige respondenter er opptatte av å gi pasientene vedtak for å gi brukere muligheten til å klage, uavhengig om det er tildeling eller frafall av tjenester.

Om ikke pasienten er enig i det så må vi sende et brev om endring eller eventuelt bortfall av tjeneste (...) I slike tilfeller kan vi ta en telefon om å spørre om pasienten er kjent med bortfallet og om det er slik at han er enig, om pasienten ikke er enig så sender vi et brev om at vi vurderer å endre tjenesten. Om vi da ikke hører noe innen 14 dager så fatter vi et nytt vedtak, der pasienten har klageadgang (F1-1).

I F2 er det en respondent som har mange års erfaring med vedtaksprosesser for å tildele helse- og omsorgstjenester. Respondenten forklarer at de juridiske rammene ikke ble vektlagt i særlig stor grad før koordinerende enhet ble etablert, men understreker at dette trolig hadde liten praktisk betydning for tjenestene som ble gitt.

Om jeg skal svare generelt for kommunen, så har jussen større plass nå. Jeg har juss grunnfag, så jeg har en faglig plattform. Tidligere var jeg leder for ett distrikt, og da skrev avdelingslederne mine vedtakene og jeg godkjente. Når vi begynte å skrive i Gericas så ble fanene veldig sjeldent utfylt (...) det var kun ved mitt distrikt hvor vi var nøye med dette. Når jeg finner igjen disse vedtak nå, så skjønner jeg de er gamle fordi fanene er tom. Det er ingen begrunnelse, det er bare registrert en sak og godkjent (...). Nå ser vi en tydeligere likebehandling over hele kommunen, og det er en av fordelene med etableringen av koordinerende enhet (...). Nå får brukerne vedtakene de har rett på og som beskriver hvilken hjelp de skal ha, i tillegg får de klagemulighet.(...) (F2-2).

F2 er tydelig på at brukerne fikk den hjelpen de trengte før også, men at man nå i større grad har fokus på rettigheter.

Jeg vil ikke påstå at folk fikk mindre hjelp før, brukerne ble vurderte like godt opp mot hva den enkelte trengte og fikk. Folk flest har nok aldri opplevd noe forskjell, heldigvis. Men det er større fokus på vedtak, ikke minst etter at rettighetsloven kom på 2000-tallet. Vi ser et tydelig skille på hva folk legger vekt på... (F2-2).

I F2 har begge jobbet som sykepleiere, og de ser tydelig en manglende føring av dokumentasjon ute i distriktene. Utsagnene fra gruppen viser at de i langt større grad er opptatt av regler- og prosesser nå enn før de begynte å jobbe ved koordinerende enhet.

Jeg jobbet i hjemmetjenesten før jeg kom hit, som sykepleier, og det er først etter at jeg kom hit jeg er blitt klar over alle kravene som blir stilt til dokumentasjon. Alt som står i helsemiljøloven for eksempel, det var mye jeg ikke var klar over før jeg begynte å jobbe her. Jeg ser det er mye som mangler ute blant hjemmetjenesten nå også, i forhold til dokumentasjon, opplysningsplikt og i det hele tatt (F2-1).

I bacheloroppgaven vår (Aarøe og Nerli 2015) kom det fram frustrasjon hos leder ved koordinerende enhet i forbindelse med etablering. Frustrasjonen var rettet mot ansettelse



av saksbehandlere og deres manglende erfaring og kompetanse i forhold til vedtaksprosesser. Sokrates mener at bare de som er utdannet og kvalifiserte, er egnet til å treffe beslutninger for å styre (Malnes og Midgaard 2009). NWS-paradigmet vektlegger også uhildede og faglig kompetente beslutningstakere (Aarseth, Gjerde og Torsteinsen 2015).

Ettersom tiden har gått og man har fått etableringsfasen litt på avstand, kan man forstå lederens frustrasjon over manglende kompetanse blant de ansatte ved enheten. Fravær av kompetansen kan også være en forklaring på det hjemmetjenesten oppfattet som rause og kostbare vedtak i etableringsfasen. For ordens skyld må det legges til at enhetslederne ved de ulike distriktene fikk ansvar for å ansette saksbehandlere ved koordinerende enhet.

En respondent i F1 hadde jobbet med en helt spesiell sak der pasient og pårørende ikke ønsket økt omsorgstilbud, mens utfører og bestiller så et sterkt behov for større grad av formell omsorg. Respondenten ga tydelig uttrykk for at det var vanskelig å gi brukerne det tilbudet de mente å være riktig og rettferdig.

Jeg har også nylig hatt en sak der (...) personalet ser at vedkommende har behov for et høyere omsorgsnivå, men pårørende har nektet inntil ganske nylig. Og dette er helt spesielt (...) vi har hatt flere møter med pårørende, og nå er vi kanskje komme dit hen at de har forståelse for det (...). Det er uvanlig at folk er imot et høyere omsorgsnivå. Men det er kommunen som har ansvaret for pasienten (...) (F1)

Respondentene trekker også fram forventninger til kjønnsroller mellom unge og gamle mennesker, og forklarer at dette kan medfører vanskeligheter for bestiller. I dag forventes det at begge i et ekteskap bidrar til fellesskapets beste.

(...) Så har du ektepar som bor i lag, og om den ene søker om rengjøring. Den andre parten er i stand til å utføre rengjøring, da får søker avslag. Det er forventet at så lenge de bor sammen, så skal de bidra på lik linje... (F2-1).

Eksempelet under er av samme karakter og viser til at personer med arbeidsevne må bidra i hjemmet, begge eksemplene viser til likhet for loven.

Jeg var på et hjemmebesøk hos en familie som kom fra et annet land (...). Kona i huset søkte om hjemmehjelp fordi hun var fysisk skrøpelig, og det var mannen også. I huset bodde det en sønn (...), og fordi sønnen bodde i samme husholdning,

og var i fullt stand til å foreta rengjøring ble søknaden avslått. Det er ikke sikkert han ut fra kultur er vant til å gjør slike oppgaver. Så når det gjelder innvandrere så tar vi utgangspunkt i norsk standard (F2-1).

R1 understreker at når enheten ble opprettet var det svært få som hadde vedtakserfaring i utstrakt grad, og de fleste hadde ikke tilstrekkelig juridisk kompetanse. R1 forteller at det har vært store endringer når det gjelder prosessen fram til et vedtak.

... ute på vurderingsbesøk, så opplever vi ofte at pårørende er tilstede slik at de kan få utdype litt mer. Det er ikke alltid bruker er i stand til å huske på alt, eller få med seg alle opplysninger. (...) Det er ikke alltid samsvar med det pårørende ønsker, og hva pasienten selv ønsker, og da må vi forholde oss til bruker (R1).

(...) Jeg tenker at vi har endret oss, for når vi begynte så var det ingen av oss som var god på samtykkekompetanse. Jeg mener at vi ofte tok hensyn til pårørende tidligere, men nå er vi blitt veldig bevisst på det forvaltningsmessige, og i forhold til brukeren. Men vi er blitt flinkere på det, og det påvirker hva vi legger vekt på når vi saksbehandler (R1).

Det kommer klart fram at enheten har vært gjennom en endringsprosess, som har ført til at bestiller vektlegger brukernes rettssikkerhet i større grad. Fra bacheloroppgaven vår (Aarøe og Nerli 2015) var oppfatningen at koordinerende enhet fattet rause og upresise vedtak, og at dette førte til et overforbruk. Når R1 forteller at man før vektla pårørende i mye større grad, bekrefter og underbygger dette påstander som kom frem fra utførerne i bacheloroppgaven (Ibid).

#### **4.1.1 Oppsummering byråkratiske verdier**

Det kommer fram at effektivisering og sparing har stått i fokus i senere tid, og denne tendensen trekkes i retning av styringsparadigmet NPM. Samtidig svarer alle respondentene at de er opptatt av å håndheve de juridiske retningslinjene, rundskriv og kommunens standarder.

I takt med at velferdstjenesten og den offentlige forvaltningens myndighet har vokst, har vi som borgere sakte men sikkert trådt over i rollen som brukere. Etterhvert har brukerne fått

flere rettigheter i form av lover, og det er nettopp disse retningslinjene bestillerne i svært stor grad er opptatt av å håndheve. Vedtak må fattes i tråd med forvaltningens rettigheter og plikter, slik at brukerne i neste omgang kan benytte seg av sine rettigheter. Ved flere anledninger kommer det frem at respondentene anser at det viktigste arbeidet de gjør er å fatte vedtak basert på rådende byråkratiske verdier. Når bestillerne har så stor grad av fokus på prosessen fra en henvendelse til et vedtak, tyder det på at de byråkratiske verdiene har stor betydning. Dersom effektivitetskravet er sentralt samtidig som de byråkratiske verdiene tillegges stor vekt, er det trolig mer korrekt å snakke om et NWS-styringsparadigme.

## 4.2 Økonomiske verdier

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2012) §11-1(1) har ikke kommuner adgang til å fatte vedtak om tildeling av helsetjenester på bakgrunn av økonomi, men lovgivningen stiller krav til at tjenesten skal være nødvendig, forsvarlig og verdig. Videre vil vi belyse forhold som har betydning for økonomiske verdier. Det bør fremheves at det er de individtilpassede vedtakene der bestillerne fatter vedtak utover standardene som er den største utfordringen for økonomiske forhold. På spørsmål om bestillerne tenker på de økonomiske rammene svarer respondent F1-1: “nei, egentlig ikke”. Mens F1-2 svarer: “Det vil jeg ikke si momentant nei til, for det har arbeidsgiver bedt oss om å tenke på”. Etter at respondentene i fokusgruppe 1 har drøftet hvorvidt de tar hensyn til de økonomiske verdiene i vedtaksprosessen, supplerer respondent F1-1 med at “(...) i forhold til brukerstyrt personlig assistanse, tenker jeg aldri økonomi”.

Det handler om behov, rettigheter og brukerlovverk å holde seg innafor. Man må tenke på hva som lønner seg økonomisk på lang, og på kort sikt. (...) Det handler om å finne den mest “kjedelige” løsningen. Sånn tenker vi nok. (...) Vi styrer jo ikke vedtakene våre etter økonomi, for hjelpen må jo pasientene ha. Men du velger ikke den dyreste løsningen. Det er ikke økonomi vi tenker mest på når vi fatter vedtak, men det er med (F1-2).

Selv om F1 er delt i svarene, kommer det tydelig frem at det blir tatt hensyn til økonomiske verdier når det tildeles helsetjenester. F2 er også noe delt i svarene, respondent F2-1 svarer: “Nei, jeg tenker ikke økonomi. Men jeg kan bare svare for meg

selv”. Respondent F2-2 grubler litt mer før det svares: “(...) Jeg tenker på hvordan kan kommunen gi det billigste tilbudet, som er innenfor lovverket (...) I den forstand har vi lov til å tenke økonomi (...) (F2-2).

Under intervjuet fikk F2 et oppfølgingsspørsmål om økonomiske verdier er så implementert i tildelingsprosessen at de ikke er bevisste på at disse forholdene ligger til grunn for tildelingen.

... Det er klart at i istedenfor å gi et avlastningsopphold, som kommunen ikke kan ta betaling for, så kan det lønne seg å gi et vedtak om støttekontakt for eksempel. Men det er ikke slik at jeg tenker bevisst, her er det penger å spare (F2-1).

De to yngste av totalt fem respondentene svarer veldig kjapt at de ikke tenker på de økonomiske rammene i tildelingsarbeidet. Først når vi oppfordrer dem til å komme med utfyllende svar forteller de om hvordan økonomiske forhold kan påvirke tildelingsprosessen.

Vi mener de yngste respondentene etterlever de byråkratiske verdiene i noe større grad enn de økonomiske verdien. Når det gjelder de eldre respondentene er situasjonen motsatt, de legger noe større vekt på de økonomiske verdiene. Det er likevel bred enighet blant respondentene om at man må ta hensyn til ressursbruk og effektivitet, dette trekker i retning av NPM, mens vektlegging av byråkratiske verdier peker i retning av et NWS-paradigme.

Når R1 får spørsmål om økonomiske forhold kan påvirke vedtaksprosessen svarer vedkommende slik:

Det skal vi ikke se på, vi skal kun se på hva er det brukerne har, men vi må ha økonomien i bakhodet. (...) om det er noe ekstraordinært som går utover kommunens retningslinjer så skal vi kalle inn enhetslederne og diskutere situasjonen, fordi det er de som sitter med pengene (...) dette kan være grobunn for utfordringer (R1).

Et slik horisontalt samarbeid som kommer fram i eksemplet over, mellom koordinerende enhet og enhetslederne, bidrar til felles forståelse og man unngår konflikter. I tillegg kan bestiller og utfører i fellesskap komme frem til den mest effektive løsningen. Et slikt samarbeidet kan sies å være selve oppskriften på NWS-styring.

På spørsmål om R1 kan utdype hva som menes med ekstraordinært og utfordrende, svares det slik:

Det kan være at vi fatter vedtak på at en bruker har behov for 30 timer praktisk bistand i uken. Det er utfordrende, og det er ikke slik som hjemmetjenesten bare kan hoppe inn og gjøre. Hjemmetjenesten kan da stille spørsmålstegn om brukeren virkelig trenger så stort tilbud, og hvorfor skal de ha så mye? Vi har ikke penger til å gjøre det, men da svarer jeg at det ikke er min oppgave å skaffe penger. Det er derfor viktig at hjemmetjenesten er med tidlig i prosessen, slik at de kan forberede seg på den brukeren som kommer, og hvor mye tjenesten vil koste. (...) Så lenge de oppholder seg i kommunen så er det vi som må betale tjenestene. Det kan for eksempel være noen som bor her på hybel, i fjor så hadde vi 4-5 stykker som flyttet til kommunen for å gå på skole. Disse elevene/brukerne krevde mye ressurser, og vi må tenke litt økonomi, men det er ikke det som styrer oss bestillere.(...) R1.

Tilbudet som gis er for eksempel dusjing en gang i uken, men så har kanskje bruker utfordringer som fører til at det er avføring hver natt, da må du dusjes hver morgen (...) Vi må bruke sunn fornuft, ikke være råflott, men være nøktern. Se på minste faglige forsvarlige tilbudet som kan gis (R1).

R1 fikk spørsmål om de var avhengig av å ha noen sykehjems plasser ledige til en hver tid for å imøtekomme eventuelle akutte situasjoner som krever innleggelse. Til det svares det slik:

Nei, det tror jeg aldri vi kommer til å få, uansett hvor mange plasser vi har så må det være litt knapphet. Er det ikke knapphet så blir vi ikke god nok på å vurdere hvem som har størst behov heller. Om vi hele tiden har tilgjengelige plasser så blir det så lett å gi mer. Jeg tror om vi ikke har en knapphet så er det så lett å øke tilbudet, og sykehjems plasser er noe av det dyreste vi har. Det er kjempedyrt (R1).

Svaret til R1 tegner et godt bilde av hvordan bestillerne i arbeidshverdagen balanserer på en knivsegg, med byråkratiske- og økonomiske verdier på hver side.

Om brukeren bor hjemme alene og ikke har pårørende i nærheten, i tillegg til at vedkommende driver og vandrer ute på nattetid, da er det fare for liv og helse. I slike situasjoner jobber vi alltid for å få til en institusjonsplass. Bor brukeren for

eksempel i sokkelen til en av barna sine, men er beregnelig og har ingen utfordringer på natt, da er det brukeren som går ut på nattlige turer som først får institusjonsplass, selv om begge brukerne i utgangspunktet har samme behov (R1).

Tildelingen som det vises til over er ulik, men fremstår som rettferdig.

En annen utfordring for kommunen er at den strekker seg over et stort geografisk område. Vi er opptatt av om det kan føre til ulikt tilbud for brukerne. Alle respondentene får spørsmål om den geografiske avstanden i kommunen kan få betydning for helsetjenesten som ytes.

Det er nok en forskjell, men litt av hensikten med etableringen av kontoret her var at det skulle bli mest mulig likebehandling. Forskjellen var nok større før, når vurderingene ble foretatt ute i distriktene. Både på grunn av mye kjennskap til de enkelt brukerne og hvilken ressurser som fantes, men steder uten landforbindelse er noe for seg selv i dag også (F2-1).

Hvor du som bruker bor, har stor betydning for hvilket tilbud kommunen tildeler deg som bruker. Utsagnet til F2-2 oppsummerer dette godt “Ja, du får ikke nattevakt på steder uten landforbindelser, det sier jeg bare. Du får verken sykehjemsplass eller nattpatrolje der, det finnes ikke”. På samme spørsmål svarer R1 slik; “Nei, ikke for oss bestillerne. Men det kan være en utfordring for de enkelte distriktene, det er enhetslederne som får disse utfordringene”.

F1-2 svarer:

Det har vært tilfeller der vi ikke kan gi pasienten noen tilbud. Det er pasienter som bor så trasig til, at minibussen vår ikke kommer seg opp på vinteren for å hente dem til dagsenteret. Vi har også hatt et tilfelle der en dement pasient som bodde ute i distriktet og hadde behov for dagsenter for personer med demens.(...) det endte med at det var pårørende som måtte kjøre brukern dit, fordi det ble for lang runde for dagsenter-bussen. Det tror jeg var sårt, og det var ikke den avlastningen for pårørende som det burde ha vært. Sånn som ting er organisert i dag, er ikke dette helt bra. Det kan også være vanskelig om du bor langt unna hjemmesykepleiens base og har behov for tilsyn fem til seks ganger for dag. Eller for eksempel nattpatrolje langt ut i distriktet. Det skjer, de er jo der også, men du får ikke to til

tre tilsyn i døgnet. Men de har jo valgt å bosette seg der også, det setter jo noen begrensninger (F1-1).

F1-1 er rask å legge til at man har rett på helsetjenester uavhengig av hvor man bor, og at kommunen er ansvarlig for å yte disse tjenestene. F1-1 forklarer videre at situasjonen ikke er helt heldig, “men så har jo kommunen valgt å organisere seg slik”. Dette viser at de er klar over at forholdene kan fremstå som urettferdige, men at det er lite bestillerne kan gjøre med kommunens organisering.

Etterhvert som F1 drøftet utfordringene knyttet til geografi, er respondentene tydelige på at i visse områder blir det en skjevfordeling av tilbud. Det er viktig å understreke at dette gjelder enkelte tilbud og ikke utgjør den store mengden av tjenester som ytes. Sitatene over viser at de økonomiske verdiene blir presset av den geografiske spredningen av brukerne. Det er effektivitetskravet som blir det sentrale målet når kommunen velger ikke å yte større grad av formell omsorg i utkantene av kommunen på natt. Mål- og resultatstyring er en del av de økonomiske verdiene som er implementert i NWS-paradigmet, men utfordringene som er beskrevet i forhold til geografi ivaretar i større grad de økonomiske verdiene enn de byråkratiske retningslinjene. Vi mener derfor at faktorer fra NPM styring er dominerende i dette tilfellet.

Siden F1 formidler at det ytes mindre tjenester på enkelte steder i kommunen, og da særlig på natt, får de et oppfølgingsspørsmål om det i større grad tildeles langtidsplass ved institusjon i slike tilfeller.

Ikke nødvendigvis, men du får kanskje et tilbud nærmere, omsorgsbolig eller noe. Man er litt forpliktet til å legge til rette for seg selv også. Og det er nok helt sikkert lettere å få til en avtale med nattpatruljen om for eksempel senere leggetid om du bor i byen, kontra om du bor på landet.

Når målet er å kartlegge hvor rettferdig tjenestene fremstår, kan slike situasjoner gå begge veier. Det fremstår ikke rettferdig at noen brukere som bor langt ute i distriktene får mindre tjeneste for eksempel på natt, enn de brukerne som bor nærmere bykjernen. Dersom geografisk bosetning blir grunnlaget for å tildele høyere grad av formell omsorg, kan det oppleves som fordelaktig å være bosatt i utkanten av kommunen.

På ett av spørsmålene som i utgangspunktet omhandler verdien fleksibilitet/responsivitet dreies samtalen mellom respondentene på F1 over til økonomisk verdier. Det drøftes hvordan bestillerne opplever utførernes vurderinger av brukernes behov for helsetjenester, og hvordan bestillerne skal håndtere prosessen med tildeling av tjenester.

(...) Det er forskjellig oppfatning om hvor terskel ligger i forhold til tildeling. Så fins det en oppfatning som innebære at når utfører ser at ting er endret, så er det vi som skal komme ut på et nytt vurderingsbesøk. Det skjer at vi foretar slike vurderingsbesøk, men når utfører allerede har sett at det er et endret behov, så sender de vanligvis en tilbakemelding til oss, der vi fatter nytt vedtak på bakgrunn av tilbakemeldingen. (...) Mens andre ber oss konsekvent om å komme ut og ta en nytt vurderingsbesøk, når utfører allerede har observert at det er et endret behov, så er det lite samhandling i at vi skal reise ut for å observere det samme. (...) Vi ser det som sløsing med ressurser at jeg skal reise ut for å se noe som de kanskje har sett i mange måneder. (...) her er er det litt ulike forventninger fra hjemmesykepleien i de forskjellige distriktene (F1-2).

I tillegg til å berøre faktorer som er av økonomisk betydning kommer respondenten her inn på forholdet mellom bestiller og utfører, og den motstanden som vi så i arbeidet med bacheloroppgaven vår (Aarøe og Nerli 2015). Selv om denne motstanden er mindre utbredt i dag, er det likevel en faktor som kan påvirke effektiviteten.

#### **4.2.1 Oppsummering økonomisk verdier**

I følge Helse- og omsorgsloven (2012) § 3-1(1) har kommunene plikt til å yte nødvendige helsetjenester, uavhengig av kommunenes økonomiske situasjon § 11-1. Dette er bakgrunnen for at byråkratene i utgangspunktet aldri skal vektlegge de økonomisk verdiene i prosessen frem mot et vedtak. I samme lovgivning finner vi kriterier som nødvendig og forsvarlig, dette har ført til at kommunen har etablert en praksis der man hele tiden er opptatt av at man skal yte et forsvarlig tilbud til lavest mulig kostnad. Når respondent F1-2 forteller at det handler om å finne det kjedeligste tilbudet, tyder det på en innarbeidet forståelse for at de økonomisk verdiene må ha en viss grad av medvirkning i vedtaksprosessen.



I oppsummeringen til den økonomiske verdien, vil balansen mellom effektivitet være avgjørende for at brukerne får tjenester de har krav på. Kriterier som nødvendig, forsvarlig og verdig er verdier som setter en stopper for hvor snevret tilbud kommunen kan tilby borgerne. Kriteriene nødvendig og forsvarlig fører til at kommunen til enhver tid må ha et visst innslag av økonomi i helsetjenestene som ytes.

Fra empirien ser vi at de økonomiske verdiene spiller en helt sentral rolle på enkelte helsetjenester som ytes. Det gjelder for eksempel den delen av kommunen uten fastlandsforbindelse eller utkantdistriktene som har liten eller ingen tjenester på natt. Studien tar ikke sikte på å undersøke hvorvidt dette er forsvarlig eller nødvendig, men det kan hevdes at manglende tilbud på natt i deler av kommunen ikke fremstår som rettferdig fordeling av helsetjenester. Natt-tilbudet i hjemmetjenesten preges først og fremst av de økonomisk verdiene, og når effektivitet får så stor betydning kan vi si at passer inn i et NPM-paradigme.

Men unntak av helsetjenester som ytes på natt i hjemmetjenesten kan det på generelt grunnlag hevdes at bestillerne er opptatt av at vedtakene verken skal være for rause eller for sparsommelige. Til tider vil det forekomme medieoppslag som krisemaksimerer forvaltningen i helse- og omsorgstjenestene, vårt inntrykk er imidlertid at bestillerne foretar en omfordeling som kan oppfattes som fornuftig og rettferdig både av brukere og ikke-brukere.

Vår oppfatningen er at bestillerne er dyktige byråkrater som er ydmyke overfor økonomiske normer, og at de balanserer de økonomiske- og byråkratiske verdier på en god og tilfredsstillende måte. Byråkratenes lydhørhet overfor politiske vedtak og vertikal myndighet passer god til NWS.

### **4.3 Flexibilitet/responsivitet**

I den siste delen av analysen vil vi belyse verdiene fleksibilitet/responsivitet, og se på hvilken måte den vil påvirke arbeidshverdagen til byråkratene

På spørsmål om hvordan byråkratene opplever arbeidshverdagen sin, svarer en av respondentene slik.

Vår arbeidshverdag er generelt ganske hektisk og vi har lite tid til overs, for å si det sånn. Vi sliter med å overholde saksbehandlingstiden, men vil si at vi har greid å komme oss mye mer ajour nå enn vi gjorde til og begynne med. Dette henger jo også sammen med at vi nå er mer vant til saksbehandling og får ting fortere unna enn vi gjorde i oppstartsfasen av kontoret (F2-1).

Dette kan også variere litt i perioder, avhengig av hvor mye søknader som kommer inn og om alt av personalet vårt som er på plass. I perioder med sykemeldinger og mye søknader, noe vi har hatt en del av i det siste, blir arbeidsbelastningen desto større på de som er på jobb og som da må «covre» for andre.

Sommerferieperiodene er spesielt harde, da vi kjører omtrent full drift med kun halv arbeidsstokk.

Det kreves god arbeidskapasitet og selvstendighet, samt evne til både omstilling og endring og vi er ganske gode på multitasking (F2-1).

Koordinerende enhet fremstår som en mekanisk organisasjon med vertikale kommandolinjer, ut fra sitatene ser vi at bestillerne har lite “slack” i arbeidshverdagen, og de arbeider målrettet for å fatte vedtak i henhold til byråkratiske verdier. Selv om enheten har utfordringer med sykemeldinger i perioder og ferieavvikling på sommerstid, kan vi si at koordinerende enhet fungerer selv under krevende forhold.

Eksempelet under har betydning for både verdiene økonomi og fleksibilitet/responsivitet. R1 forteller om innvandrerfamilier der det er bred kultur for at de yngre ivaretar de eldre i familien. Dette kan selvsagt gi en økonomisk fordel, men det kan også ha betydning for byråkratene. Familier med bakgrunn i middelhavslandenes velferdssystem er i langt større grad “selvgående” og både bruker og pårørende er i langt mindre grad avhengig av kontakt med koordinerende enhet. Dette var forhold som vi som forskere ikke hadde tenkt over før vi foretok intervjuene, men da respondenten brakte temaet på bane fikk R1 et oppfølgingsspørsmål om innvandrerfamilier trenger mindre tjenester.

Ja, det er mer kultur for at de ivaretar hverandre og sine egne. Det har vi sett flere ganger, det er kulturen deres. Det er helt naturlig, det er slik de er født og oppvokst med, de vil ha lite hjelp, selv om vi mener de burde ha litt (R1).

Innledningsvis trekker vi fram rapporten om formell og uformell omsorg (Berge 2014) som viser til at eldre borgere med døtre i snitt får to timer mindre helsetjenester i uka, enn eldre med sønner. Funnene i empirien vår viser at dette stemmer, men det handler i liten grad om skjevfordeling av tilbud fra koordinerende enhet.

Det stemmer ikke for oss, ikke når vi vurderer.(...) Jeg tror at døtrene vil tilby mer hjelp enn det sønner gjør. Så resultat blir kanskje at det er slik, men det er ikke på grunn av tildelingen vi gjør (R1).

Med utgangspunkt i nedenfra-opp tilnærmingen (Baldersheim og Rose 2014) kan vi si at døtrene i noen tilfelle er iverksettere. Den uformelle omsorgen de yter reduserer arbeidet til utførerne, i tillegg vil det være noe tidsbesparende for bestiller. Koordinerende enhet må fremdeles fatte vedtak om den formelle omsorgen. I følge samtlige respondenter tar døtre større ansvar for sine nærmeste, enn det de fleste sønner gjør, døtrenes uformelle omsorg kan bidra til å lette ansvaret bestillerne har.

R1 får et oppfølgingsspørsmål om hun tror døtre bidrar mer på grunn av samvittighet.

Ja, det tror jeg. Jeg tenker bare på meg selv, klart jeg hadde gjort det. Jeg tror det er enklere for broren min å overse våre foreldres behov, fordi han tenker at søstrene gjør det sikkert. Jeg tror døtre oftere tar på seg oppgavene sammenlignet med sønnene (R1).

Respondentene er enige om at brukere med døtre får mindre formell omsorg en bruker av sønner. Døtrene yter mer i forhold til sine foreldre enn det sønner gjør. F2 får oppfølgingsspørsmål om døtre yter mer uformell omsorg på grunn av dårlig samvittighet.

(...) det er nok mange døtre som ønsker å bidra, og som bidra mer enn sønner. Jeg har vært borti mange sønner som setter tydelige grenser mye tidligere i prosessen om hva de vil bidra med. Da kommer du inn på at vi kan ikke kreve noe av dem, men samtidig så kan vi si at jeg hører hva du sier, men handling bør dere pårørende hjelpe til med siden dere bor i byen. Så vi prøver å styre det på en måte (F2-2).

På spørsmål om det tildeles mer helsetilbud til eldre med sønner enn med døtre, svarer F1-2 slik:

Jeg mener at jeg er veldig bevisst og at dette ikke er tilfelle her. Jeg forventer at en sønn skulle kunne gjør det samme som en datter, men vi kan ikke tvinge noen. Pårørende er ikke forpliktet som følge av lov eller noe sånn. Men jeg forventer ikke mer av døtre enn av sønner (F1-2).

F1 får samme oppfølgingsspørsmålet om døtre yter mer uformell omsorg på grunn av samvittighet.

Ja, det er godt mulig. Det er det jo lagt litt føringer når det gjelder kjønnsrollemønster fra vi er små. Har du en sønn har du han en stund, har du en datter har du henne hele livet. Jeg er bevisst på dette! Jeg blir i grunn ganske forbannet når noen tror at du skal få mer enn andre (F1-2).

Har du pårørende som er god på samhandling så er det mye letter å få til et godt tilbud for pasienten. Det kommer også an på hvor mye pårørende ønsker å involvere seg (...) i dialog med pårørende (...) diskutert vi oss fram til resultatet (R1-1).

Samarbeidet mellom bruker, pårørende, bestiller og utfører som det vises til her, kan trekke i retning av NPG-styring. Her vektlegges nettopp samarbeid mellom de ulike aktørene, forhandling og gjensidig tilpasning er andre stikkord for paradigmet. Slik tilpasning vil ivareta de økonomiske verdiene, i den forstand at tilpasningen er kostnadsbesparende for kommunen. I tillegg ser vi faktorer som horisontalt samarbeid og lydhørhet for innspill fra forskjellige interesser, dette er forhold som står sentralt i et NWS-styringsparadigme.

Både bestiller og utfører opplever noe de kaller "Oslofenomenet", det dreier seg om pårørende som bor langt unna sine foreldre. De pårørende er kanskje ikke så ofte hjemme, og når de er på besøk blir endringene i foreldrenes helsetilstand veldig merkbar. Når respondentene blir bedt om å utdype forholdene svarer F2 slik:

I sommerferien får vi alltid mye telefoner; "nå er mor blitt så dårlig siden jeg var hjemme sist, så nå må dere gjøre noe". (...) Da må vi rydde opp, barna er så langt unna at de ikke har mulighet til det. Det er vel den dårlige samvittighet som kommer, og vi skjønner det (F2-1).

Respondentene gir uttrykk for at pårørende som bor langt unna sine foreldre kan være tidkrevende, og til tider legge beslag på en del av arbeidshverdagen til bestillerne. Før etableringen av koordinerende enhet var det enhetslederne som hadde kontakten med pårørende, og de samme forholdene ble belyst i bacheloroppgaven vår. Her kom det også fram at en av enhetslederne følte lettelse når disse samtalene ble koordinerende enhets ansvar (Aarøe og Nerli 2015).

Nå er det bestillerne som har beslutningsmyndighet og den formelle makten, det har ført til at en del av henvendelsene fra pårørende går direkte til bestillerne. Dette gjelder særlig de situasjonene der man er misfornøyd med tilbudet. Bestillerne har i mange tilfeller bedre forutsetninger for å håndtere slike tilbakemeldinger. For det første har de distanse til både bruker og pårørende, for det andre har de større kompetanse på de juridiske forholdene, i tillegg til at de har utfyllende dokumentasjon på pasientens helsetilstand. Det kan hevdes at bestillerne i større grad er profesjonelle i forhold til de byråkratiske verdiene, og at de fremstår som rutinerte og effektive, og denne profesjonaliseringen verdsettes i NWS.

Alle respondentene forteller om ulike situasjoner der pårørende har meninger om hvilke tjenester den aktuelle brukeren bør ha. Dersom det er stor avstand fra pårørendes oppfatning av hvilke tjenester det er behov for, til hva bestillerne faktisk kan gi brukerne, blir situasjonene alltid ressurskrevende for byråkratene.

Så har du der pårørende som søker langtidsplass til sine foreldre, det godtar vi ikke. Skal du ha en så inngripende forandring i livet ditt som en langtidsplass på et sykehjem, så skal du søke om det selv. Da må vi forsikre oss om at det er langtidsplass brukeren ønsker seg (F2-2).

“Dersom brukeren ikke er helt tilregnelig, så må vi sjekke samtykkekompetansen. Det gjør vi ganske ofte, og har de samtykkekompetanse så hører vi på pasientene” (R1). Når brukerens ønske vektlegges ivaretas rettighetene, som igjen fører til en rettferdig tildeling. Når brukerne har samtykkekompetanse, forholder bestillerne seg i mindre grad til pårørende, og det kan forenkle prosessen for bestillerne.

Slike tilfeller kan oppleves ubehagelig for utøverne og de kan få mye kritikk fra pårørende som mener det tildeles for lite tjenester. Bestillerne baserer seg i stor grad på utførernes vurderinger når de beslutter hvilke tilbud som skal gis til brukerne, og det er gjerne

utøverne som blir koordinerende enhets “ansikt” for brukere og pårørende. En av respondentene gir oss dette eksempelet;

Si at det er litt anstrengt forhold kanskje, og vi er avhengig av forholdet skal være akseptable for alle parter. Da er det bedre at vi drar ut på et vurderingsbesøk, så får heller vi blir den store stygge ulven, i stedet for utførerne (R1).

Brukere som har forventninger om andre tjenester enn det bestiller innvilger, kan by på utfordringer for utfører. I slike tilfeller kan det bli nødvendig for koordinerende enhet å foreta et hjemmebesøk hos bruker. “Av og til kommer vi ut for uenigheter mellom det vi tildeler, og hva brukerne ønsker, og det kan det være litt utfordrende (...)” (F2-1)

I noen tilfeller skjer det at brukeren ikke vil motta tilbud koordinerende enhet tilbyr, og det kan være vel så krevende for bestillerne. Eksempelet som vises til på side 40 der brukeren vandrer ute om natta, krevde mye av bestilleren. Koordinerende enhet har hatt flere møter med pårørende, og pasienten måtte også overtales for å ta imot høynet omsorgstilbud.

R1 forteller om lignende episoder. Bestillerne kan ikke tvinge pasientene til å motta helsehjelp, men de vil likevel bruke mye tid på å vurdere dette sammen med pårørende og pasienter. “Ofte står det at brukeren ikke klarer å ivareta seg, men om pasienten sier; jeg skal ikke på sykehjem, jeg skal hjem. Da kan vi ikke nekte dem det (...) (R1)”

I situasjoner der pasientens helse og liv står i fare, og vedkommende motsetter seg helsetjenester, vil det kreve stor grad av ressursbruk hos koordinerende enhet. Kommunen har ansvar for brukerne og når man for eksempel opplever gjentatte leteaksjoner, krever det mye av bestillerne.

Selv om bestillerne er bevisste på at de må forholde seg til kommunens standarder, kan det tenkes at i tilfeller der pasienten ikke har samtykkekompetanse, så kan noen pårørende i større grad får gjennomslag for sine meninger enn andre. Når byråkratene i større grad vektlegger de juridiske verdiene, gjør kompetansen deres det enklere å avvise pårørende i situasjoner der de trenger å forholde seg til bruker. Slik profesjonalisering verdsettes i NWS-paradigmet.

### **4.3.1 Oppsummering fleksibilitet/responsivitet**

Selv om vi har noe informasjon om hvordan arbeidshverdagen utarter seg for byråkratene ved koordinerende enhet, vil det likevel fremstå noe begrenset. Når koordinerende enhet ble etablert ble den formelle makten flyttet fra enhetslederne fra de forskjellige distriktene til byråkraten som er ansatt ved enheten. Fra arbeidet med bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) opplevde vi at omorganiseringen førte til motstand fra utførerne. Situasjonen er bedret, men fremdeles opplever bestillerne noe motstand.

Familier med bakgrunn fra søreuropa har helt andre tradisjoner for å ivareta familiemedlemmer. Her ytes det stor grad av uformell omsorg til familiens pleietrengende, og de krever i liten grad formell omsorg. Dette letter arbeidsbyrden for både byråkraten og bestillerne. En av bestillerne mener at en velferdsstat i retning av den søreuropeiske modellen kan bli nødvendig for å imøtekomme eldrebølgen når den slår inn for fullt. Situasjoner der pårørende, og da ofte døtre, yter uformell omsorg virker også mindre krevende for bestillerne. Generelt kan vi si at dersom pårørende tar ansvar for egne familiemedlemmer, og legger til rette for den formelle omsorgen, så letter dette arbeidsbyrden for bestillerne.

Situasjoner der pårørende er uenige og opptrer krevende overfor bestillerne, kan virke belastende for koordinerende enhet. Krav om å dra hjem til brukere for vurderingsbesøk er også noe som er tidkrevende for byråkratene.

Flere av respondentene gir uttrykk for hektiske arbeidsdager, og opplyser at møter med brukere og pårørende kan være krevende. Vår oppfatning er at bestillerne er faglige kompetente og fremstår som spesialiserte på byråkratiske verdier. De er opptatt av å følge retningslinjene og de formelle lovene i prosessen frem mot et vedtak, og da kan vi si at arbeidshverdagen til koordinerende enhet trekker mot et NWS-styringsparadigme.

## **4.4 Oppsummering**

Når vi ser at det gis lite eller ingen helsetjenester på natt, viser dette at de økonomiske verdiene virker styrende på tilbudet. Det er viktig å notere seg at dette gjelder en liten del av det totale tilbudet til kommunen.

Blant respondentene er det en tydelig etablert holdning om at alle tilbud skal ha lavest mulig kostnad. Som en av respondentene sa, “det handler om å finne det kjedeligste tilbudet”. Når store og kostnadskrevenne tjenester skal iverksettes møtes bestiller og utfører for å få til smidige løsninger og for å unngå misforståelser. Når enheten står overfor krevende utfordringer legges det til rette for et tett horisontalt samarbeid mellom de ulike aktørene.

Casekommunen har tidligere hatt økonomiske utfordringer, noe som kan bidra til at det kan framstå som legitimt dersom de økonomiske verdiene virker styrende på vedtaksprosessen. Trolig er det mer likevekt mellom de byråkratiske og økonomiske verdiene i dag, enn før omorganiseringen. Eriksen og Weigård (1993) hevder at dersom det er en balanse mellom disse to verdiene, vil det trolig føre til større grad av rettferdighet for borgerne.

Selv om bestillerne ivaretar verdiene økonomi og responsivitet/fleksibilitet, viser empirien at byråkratene i større grad enn forventet legger vekt på de byråkratiske verdiene. Vi mener at dette tyder på at offentlig forvaltning beveger seg bort fra NPM-paradigmet og i retning av NWS-styring. Samhandling mellom bestiller og utfører, i tillegg til bestillers fokus på å innhente informasjon fra ulike aktører, kan også trekke i retning av NPG. Vi vil likevel hevde at etableringen av en egen enhet, flytting av formell makt, etablering av et hierarkisk nivå mellom bestiller og utfører, tyder på at man beveger seg mot et NWS-paradigme. Skuffelsen over manglende erfaring med vedtaksprosesser og formell kompetanse på det juridiske feltet tyder også på at ledelsen ved koordinerende enhet allerede ved etableringen var opptatt av å inneha god fagkunnskap, noe som vektlegges i NWS. Generelt kan vi si at de byråkratiske verdiene gjenspeiles fra begynnelse til slutt i vedtaksprosessen, i tillegg til at bestiller til en hver tid har de økonomiske verdiene i bakhodet.

Vi ser en utvikling fra da vi skrev bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) og fram mot i dag, vi mener at bestillerne har tilegnet seg større grad av kunnskap når det gjelder å utøve skjønn der lovparagrafer åpner for skjønnsvurderinger. Funn fra tidligere- og denne studien viser at bestillerne nå fatter vedtak som er mer individtilpasset. De er i mindre grad opptatt av den formelle makten og fremstår som lydhøre overfor innspill, og et horisontalt samarbeid vektlegges. Bestillerne framstår som lojale overfor hierarkisk styring, samtidig som de tar hensyn til forhold som besluttes på et høyere myndighetsnivå.



Forholdet som belyses med innvandrerbakgrunn var en faktor vi ikke hadde reflektert over før vi foretok intervjuene. Innvandrere ivaretar familiemedlemmer og gir uformell omsorg i langt større grad enn etniske norske borgere. Innvandrerfamilier virker dermed mindre belastende både for bestiller og utfører.

Vi mener å se at brukerens rettigheter har større betydning nå enn tidligere. Både fra bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) og denne oppgaven, ser vi av empirien at rettssikkerheten til pasienten ikke var like godt ivaretatt før etableringen av koordinerende enhet. Ønsker pasienten åpenhet og innsyn vil kommunen i langt større grad ha forutsetninger for å imøtekomme brukernes ønske på en tilfredsstillende måte. Det vil alltid fattes vedtak som inneholder journalføring, vurderinger og konklusjoner, slik sikres pasientene mulighet for å klage. Lover og juridiske retningslinjer er forhold som bestillerne forholder seg til gjennom store deler av hverdagen. Dette tyder på at de byråkratiske verdiene har en svært sentral plass, slik det kreves i et NWS-paradigme.

Fra bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) så vi at utførere med enhetsleder i front var frustrerte over at de ble fratatt formell beslutningsmakt til fordel for koordinerende enhet. Bestillerne skal også utføre vurderingsbesøkene etter denne omorganiseringen, mye av kritikken mot bestillerne handler om at de sjeldent utfører besøkene. Når vi nå har intervjuet respondentene ved koordinerende enhet kommer det fram at de anser vurderingsbesøkene som unødvendige, så lenge utfører har notert seg endringen. Holdningen til bestillerne gir utfører svært stor grad av uformell makt. Noe av misnøyen kunne sannsynligvis vært begrenset om hjemmetjenesten hadde fått ansvar for alle vurderingsbesøk, og koordinerende enhet foretak vurderingsbesøk kun ved tvilstilfeller.

## **4.5 Sentrale funn og konklusjon**

Innledningsvis henviser vi til Dyp (2014) og påstanden om at eldre med døtre vil få mindre helsehjelp fra det offentlige. Påstanden var med på å vekke vår interesse for prosessen fram mot en tildeling av formell omsorg.

**Kan for eksempel pårørende eller helsepersonell påvirke vedtaksprosessen på noen måte?**

En av respondentene svarer at de hadde diskutert påstanden i felleskap ved koordinerende enhet, og at de konkluderte med at forholdene stemmer. Derimot tok de avstand fra måten Dyp (2014) spissformulerer påstanden på. De mener det er mer korrekt at eldre med bare døtre får mindre formell helsetjeneste, fordi de mottar større grad av uformell omsorg enn eldre med bare sønner. Respondentene påpeker også at døtrene yter uformell omsorg av egen vilje, og ofte er det et samarbeid mellom døtre, utførere og bestillerne. Eldre med døtre får i noen tilfeller mindre helsetjenester fra det offentlige, men det totale omsorgstilbudet som ytes er nok i stor grad likt. Vi kan dermed konkludere med at eldre med døtre får mindre helsetjenester fra det offentlige.

Helsepersonell har i stor grad makt og kan bidra til å påvirke et vedtak. Hvorvidt utførerne i kommunen har en lik oppfatning av hva “miste forsvarlige nivå” innebærer, tar ikke undersøkelsen sikte på å avdekke. Det kan føre til en skjevfordeling dersom et pleiedistrikt har et annet innslagsnivå for å melde fra til bestillerne, enn det de øvrige pleiedistriktene har. En av respondentene sier at, “vi ser alle distriktene under ett”, dette tyder på at bestillerne balansere tildelingen, slik at den fremstår som rettferdig uavhengig av hvilket pleiedistrikt brukeren bor i (R1). Om vi går tilbake til spørsmålet om pårørende eller helsepersonell kan påvirke vedtaksprosessen, så kan vi oppsummere funnene slik

1. Pårørende kan påvirke vedtakene slik at bestillerne velger å tildele mindre tjenester. Bakgrunnen for avgjørelsen er ofte at pårørende tilbyr seg å yte uformell omsorg.
2. Utførere har stor grad av uformell makt som ofte bidrar til å påvirke et vedtak. Dette kan føre til en skjevfordeling, dersom bestillerne ikke er kritiske til meldinger fra hjemmetjenesten.

Vår konklusjon er at både pårørende og bestillere kan i mindre grad påvirke prosessen med tildeling av helsetjenester.

### **Kan enkelte verdier få forrang fremfor andre verdier?**

Under innsamling av datamaterialet så vi at de byråkratiske verdiene har stor betydning for respondentene i deres arbeid. Bestillerne er opptatt av å etterleve aktuelt lovverk på

området, i tillegg til kommunens egne standarder. Dette gjelder også ved dokumentasjon som kladder og journalføring.

Som det kommer fram av helse- og omsorgstjenesteloven (2012) §11-1 1. og 2. ledd har ikke bestillerne mulighet til å fatte vedtak der avgjørelsen begrunnes med økonomi. Vi mener kommunen har kommet fram til en tilfredsstillende løsning for å ta hensyn til de økonomiske forholdene. Respondentene svarer litt forskjellig når de får spørsmål om de tenker på de økonomiske verdiene i en vedtaksprosess. Vår oppfatning er at alle respondentene har en felles forståelse av hvordan de skal ta hensyn til de økonomisk verdiene.

Ved oppstart av koordinerende enhet hadde utførerne liten grad av tillit til bestillerne, mye av årsaken var de rause vedtakene, fravær ved vurderingsbesøk og omfordeling av formell makt. Av empirien kommer det fram at manglende erfaring og til dels manglende kompetanse er noe av årsaken til upresise vedtak. Selv om det fremdeles er noe motstand fra utførerne, er vår vurdering at forholdene i stor grad har bedret seg siden vi skrev bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015).

Vi mener de byråkratiske verdien har noe større betydning enn de to andre verdiene. Særlig gjelder dette den første tiden etter etableringen av koordinerende enhet, manglende erfaring og kompetanse med offentlige vedtak førte til at bestillerne la svært stor vekt på de juridiske rammene. Etter hvert som bestillerne har fått erfaring og kompetanseheving, fremstår de som mer rutinerte og trygge i forhold til lovverket. Det ser ut til at de i større grad bruker skjønn og vedtakene fremstår i større grad individtilpasset.

### **Hvordan balanserer verdiene for at tjenestene skal fremstå som rettfærdig tildelt?**

Når det legges stor vekt på lovverk sikres brukeren i forhold til sine rettigheter. Fra bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) så vi at praksisen før etableringen av koordinerende enhet ikke la like stor vekt på de juridiske forholdene. En av lederne som ble intervjuet i arbeidet med bacheloroppgaven påpekte selv at de manglet kunnskap på de juridiske områdene, til tross for dette har nok brukeren fått den omsorgen de har behov for, både før og etter etableringen av koordinerende enhet. Forskjellen er dokumentasjon av vurderinger, innhenting av informasjon og vedtak, dette gir bruker i langt større grad

informasjon om prosessen dersom man ønsker innsyn i saken. Vår oppfatning er at pasientens rettigheter i større grad blir ivaretatt etter at koordinerende enhet ble etablert, og når rettighetene ivaretas, og utførernes tilbakemeldinger blir tatt hensyn til, øker tilliten til enheten fra både bruker og utfører.

De økonomiske forholdene har bestillerne hele tiden i bakhodet når det fattes vedtak, vi mener likevel at det er de byråkratiske verdien som i størst grad vektlegges. Når de juridiske kriteriene legges til grunn for et vedtaket, foretar bestiller en systematisk vurdering av bruker, og om nødvendige kriterier for å få tjenesten er tilsted. Det er ingen tilfeldighet vurderinger som fører til en konklusjon. Selv om bestillerne kan utøve skjønn, er det klare regler og retningslinjer som ligger til grunn for å kunne innvilge en tjeneste. Vi mener at pasientens rettigheter blir ivaretatt og helsetjenestene tildeles med likhet for loven. I juridisk forstand fremstår tildelingen av tilbud og tjenester rettferdig fordelt.

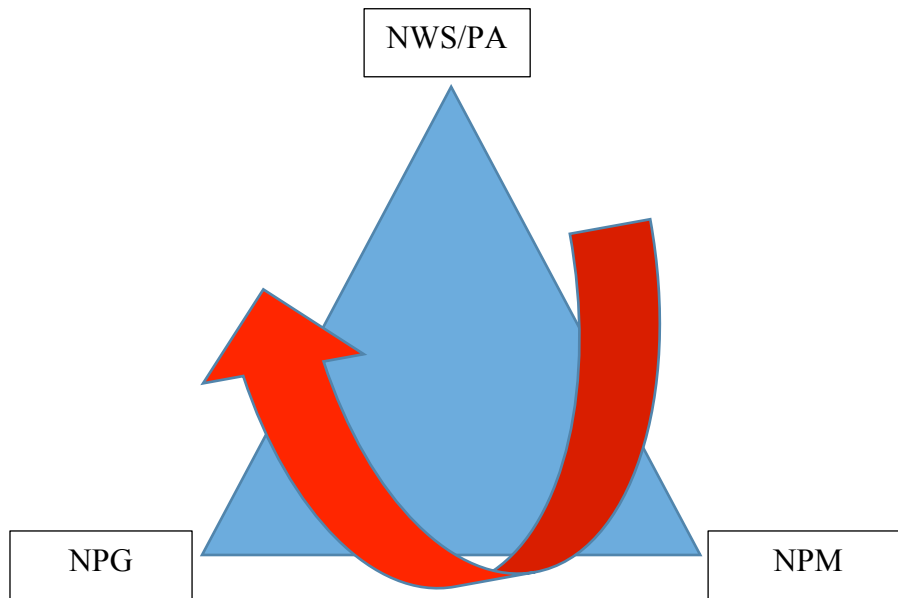
**Proessen med tildeling av helsetjenester preges i stor grad av byråkratiske verdier, og dette peker i retning av et Ny-Weberiansk styringsparadigme.**

Ved etablering av koordinerende enhet ble den formelle makten omfordelt fra enhetsleder/utførere til bestillerne/byråkratene. Når byråkratene ved enheten omtaler hjemmetjenesten eller helsepersonellet, brukes utelukkende begrepet utfører. I bacheloroppgaven (Aarøe og Nerli 2015) forteller en av sykepleier-responentene at det opplevdes det som merkelig og noe upersonlig å bli definert som utfører. Fikk sykepleieren en skriftlig beskjed fra koordinerende enhet stod det alltid, "beskjed til utfører, fra bestiller". Vår opplevelse er at disse begrepene har fått godt fotfeste ved koordinerende enhet, og selv disse begrepene er vanlige ved i NPM- paradigmet, gir de tydelige signal om plassering i hierarki og fordeling av formell makt.

For bestillerne er det viktig å samarbeide med de pårørende, selv om byråkratene er lydhøre for brukernes ønsker virker det ikke styrende for vedtaket. Man er i større grad enn før opptatt av å etablere et horisontalt samarbeid mellom de ulike aktørene.

Økt fokus på profesjonalisering i forhold til vedtakskompetanse og bruk av legitimt regelverk viser at de byråkratiske verdiene har stor betydning for bestiller.

Vi mener at de økonomiske verdiene har en annen betydning nå enn før etableringen av koordinerende enhet. Økonomiske forhold her selvfølgelig viktige nå også, men pasientens rettigheter er i større grad sentralt.



Når verdiene prioriteres på denne måten, konkludere vi med at man er i ferd med å bevege seg over mot andre styringsparadigmer en NPM og NPG. Selv om effektiviseringskravet fra NPM fremdeles er sentralt, mener vi at de byråkratiske verdiene har større betydning og at man ser klare tendenser til et NWS-paradigme.

#### **4.6 Videre forskning**

Dersom vi får mulighet, vil vi studert om det Ny-Weberianske styringsparadigmet er like gjeldende i andre avdelinger i kommunen, eller i andre kommuner.

## 5.0 Litteraturliste

Aarseth, Turid og Ingunn Gjerde. Harald Torsteinsen. 2015. "Tildelingskontoret - en innovasjon i norske kommuner?"

Baldersheim, Harald og Lawrence E. Rose. 2014. *Det kommunale laboratorium*. Bergen; Fagbokforlaget.

Berge, Thea Jakobsson, Niklas og Henning Øyen. 2014." Formell og uformell omsorg" Velferdsforskningsinstituttet NOVA notat 3/2014.

Bugge, M.M. og Skålholt, A. (2013): «Smart velferd: Styringsparadigmer for innovasjon i kommunene», s. 53 - 69. I Ringholm, T.; Teigen, H. og Aarsæther, N. (red): *Innovative kommuner*. Cappelen Damm Akademisk.

Busch, Tor og Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen, Jan Ole Vanebo. 2011. *Modernisering av offentlig sektor*, 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Carlsen, Benedicte og Claire Glenton. 2011. "What about N? A methodological study of sample-size reporting in focus groups studies." *BMC Medical Research Methodology* 11 (1): 26-35.

Burns, Tom 1962. *The sociology of industry*. (boka) Society: "Problems and methods of study" London:Routledge,Kegan and Paul.

Dyp, Halvard. 2014." Døtre må regne med mindre hjelp fra det offentlige" [Forskning.no](http://Forskning.no)

Dølvik, Jon Erik. 2013. "Grunnpilarene i de nordiske modellene, et tilbakeblikk på arbeidslivs- og velferdsregimenes utvikling". Fafo. Nordmod 2030.

Eriksen, Erik Oddvar og Jarle Weigård. 1993. "Fra statsborger til kunde." *Norsk statsvitenskapelig Tidsskrift* bd. 9 nr. 2 1993:111-131

Grønmo, Sigmund. 2016. "*Samfunnsvitenskapelig metode*". Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Helse- og omsorgstjenesteloven. 2012. *Lov av 24. juni 2011 nr. 30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m* <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjeneste>

Harmon, Michael M. og Ricard. T. Mayer. 1986. *Organization Theory for Public Administration*. Burke. Chatelain Press.

Hellum, Anne og Beatrice Halsaa. 2010. *Rettferdighet*. Oslo:Universitetsforlaget.

Hoods, Christopher. 1991. *A public management for all seasons*. Public Administration, 69(1):3-19.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Mld.St.34 (2008-2009).\_(lest 18.01.2017).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec2>

Jacobsen, Dag Ingvar. 2015. *“Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo. Laboremus Oslo AS.

Malnes, Raino og Knut Midgaard. 2009. *Politisk tenkning*. 3.utg. Oslo:universitetsforlaget.

Morgan, David L. 1993. *Successful Focus Groups*. Newbury Park:Sage.

Morgan, David L. 1996. Focus Groups. *Annual Review of Sociology* 22:129-152.

Molde kommune. 2017. ”Resultatenheter”. (lest 30.03.2017)

<http://www.molde.kommune.no/resultatenheter.265184.no.html>

Nerli, Elisabeth og Camilla Nerli Aarøe. 2015. *Koordinerende enhet og hjemmetjenesten*. Bacheloroppgave, høgskolen i Molde, vitenskapelig høgskole i logistikk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2001. *Lov av 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>

Pollitt, C. and Bouckaert, G. 2011. *Public Management Reform: A comparative analysis - new public management. Governance and the Neo-Weberian State*. Oxford University Press.

Torsteinsen, Harald. 2012. *“Resultatkommunen, reformer og resultater”*. Oslo. Universitetsforlaget.

Vabø, Mia og Vabo, Signy Iren. 2014. *“Velferdens organisering”*. Oslo. Universitetsforlaget.