



Masteroppgave

ADM755 Samfunnsendring, organisasjon og ledelse

Forvaltningsverdier og koordinerende enhet:

En sammenlignende studie av koordinerende enhet i to kommuner.

Christina Indset og Kirsten Lyster

Totalt antall sider inkludert forsiden: 83

Molde, 26. mai 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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 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.

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 26.05.2017

Forord

Denne masteroppgaven er en del av studieprogrammet samfunnsendring, organisasjon og ledelse ved Høgskolen i Molde.

Med ulik bakgrunn og utdanning, fra juss og administrasjon til petroleumslogistikk, måtte vi finne ett tema som begge vi fant det interessant å forske på. Etter en periode med idemyldring endte vi opp med å spikre temaet ned til den kommunale sektoren, og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Alle mennesker vil i en eller annen periode i sitt liv måtte benytte seg av helse- og omsorgstjenester, og vi fant det derfor interessant å forske på koordinerende enhet og hvilke verdier som vektlegges. I løpet av semesteret falt brikkene på plass, og vi kan med stolthet levere semesterets arbeid, *Masteroppgaven*. Arbeidet med oppgaven har vært veldig lærerikt, svært spennende og til tider krevende.

Vi ønsker å takke vår veileder Ingunn Gjerde ved Høgskolen i Molde, for dine gode og målrettede tilbakemeldinger gjennom arbeidet med masteroppgaven. Takk for at du har delt din store kunnskap om temaet med oss, og for at du har gitt raske og konkrete svar når det stormet som verst. Takk til alle gode foreleserne vi har hatt gjennom masterstudiet, dere har delt enormt mye kunnskap med oss. Kunnskap som har vært med på å bygge opp masteroppgaven vår, men også som vil være god å ta med seg videre utenfor studietilværelsen. Vi vil også sende en takk til Magnus Borge-Olsen som tok seg tid til korrekturlesing. Han har også vært en viktig mental støtte når motivasjonen ikke har vært på topp. Til slutt vil vi takke våre gode medstudenter Camilla Nerli og Elisabeth Nerli for all den gode kunnskapen dere har delt fra deres tidligere arbeid, og for gode tips om hvordan vi skulle gå frem for å få et godt resultat.

Molde 26.05.2017

Christina Indset og Kirsten Lyster

Sammendrag

Temaet for denne oppgaven vil være hvilke forvaltningsverdier som vektlegges hos koordinerende enhet i to ulike kommuner, med fokus på verdiene; *kostnadseffektivitet, fleksibilitet og forutsigbarhet*.

Vi har valgt å knytte oppgavens empiriske funn til samfunnsvitenskapelig teori som omhandler organisering av offentlige tjenester innenfor helse og omsorg. Oppgaven tar utgangspunkt i teorien «*konkurrerende forvaltningsverdier*» (Vabø og Vabo 2015). I tillegg har vi valgt å legge lovverket for helse og omsorgstjenester til grunn i vår besvarelse, samtidig som vi ser på hvilken betydning samhandlingsreformen har hatt for den koordinerende enhet. Vi har også valgt å trekke inn ulike styringsprinsipper, og sett på hvordan denne teoretiske tilknytningen kan sees i sammenheng med koordinerende enhet.

Vi har i studien tatt utgangspunkt i en kvalitativ tilnærming. Vi foretok et semistrukturert intervju av to ledere for koordinerende enhet, og benyttet oss av en informant for å tilegne oss mer kunnskap rundt helse- og omsorgssektoren i kommunen. For å fremstille de empiriske funnene på en hensiktsmessig måte har vi valgt og tatt i bruk en tematisk analyse. De empiriske funnene viser at organiseringen av koordinerende enhet vil spille en rolle for hvilke verdier som vektlegges i de ulike enheten. Størrelse på kommunen er en viktig faktor, men også hvordan koordinerende enhet er bygd opp og satt sammen av folk med ulik kunnskap, erfaring og fagbakgrunn vil ha betydning. Et av funnene som vi anser som sentralt er det varierende fokuset på samhandling, samt nærheten til den som skal motta helsetjenesten og den som skal utføre den. Det er her de største forskjellene mellom våre to analyseenheter kommer frem, og dette er med på å etablere en noe ulik vektlegging på verdiene. Vårt mest sentrale funn viser derimot at alle tre verdier kommer til syne i en eller annen form, uavhengig av organiseringen av koordinerende enhet.

Sentrale nøkkelord for denne oppgaven vil være:

Koordinerende enhet, kommune, forvaltningsverdier, kostnadseffektivitet, fleksibilitet, forutsigbarhet, samhandlingsreformen.

Innhold

1.0	Innledning og avgrensning	1
1.1	Koordinerende enhet	2
1.2	Presentasjon av analyseenhetene	4
1.3	Oppgavens struktur.....	6
2.0	Teori	7
2.1	Den norske velferdsstaten og forvaltningspolitikk.....	7
2.2	Samhandlingsreformen.....	8
2.3	Styringstrender	9
2.3.1	Universalisme.....	9
2.3.2	Samstyring	10
2.3.3	New Public Management og post-NPM	11
2.3.4	Bestiller/utførermodellen	12
2.3.5	Kommunal organisering.....	13
2.4	Konkurrerende forvaltningsverdier	15
2.4.1	Verdi 1: Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet.....	16
2.4.2	Verdi 2: Forutsigbarhet / Åpenhet	17
2.4.3	Verdi 3: Fleksibilitet / Responsivitet.....	18
3.0	Metode.....	19
3.1	Valg av tema og problemstilling	19
3.2	Kvalitativ metode	20
3.2.1	Casestudier	20
3.2.2	Innsamling av empiri.....	21
3.2.3	Semistrukturert intervju	21
3.2.4	Dokumentundersøkelse	23
3.2.5	Utvalg av enheter	24
3.3	Datakvalitet	25
3.3.1	Kildekritikk	25
3.3.2	Reliabilitet og validitet.....	26
3.3.3	Overførbarhet	26
3.3.4	Undersøkelseeffekten	27
3.3.5	Etikk.....	27
4.0	Analyse	29
4.1	Konkurrerende forvaltningsverdier i koordinerende enhet	29

4.2	Analyse: Kommune A	33
4.2.1	Vedtaksprosessen	33
4.2.2	Samarbeidsprosessen.....	34
4.2.3	Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet	36
4.2.4	Forutsigbarhet / Åpenhet.....	39
4.2.5	Fleksibilitet / Responsivitet.....	42
4.2.6	Kompetanse.....	45
4.3	Analyse: Kommune B	46
4.3.1	Vedtaksprosessen	46
4.3.2	Samarbeidsprosessen.....	46
4.3.3	Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet	47
4.3.4	Forutsigbarhet / Åpenhet.....	51
4.3.5	Fleksibilitet / Responsivitet.....	55
5.0	Drøftelse	59
5.1	Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet	59
5.2	Forutsigbarhet / Åpenhet	61
5.3	Fleksibilitet / Responsivitet	62
5.4	Andre påvirkningsfaktorer	65
5.4.1	Kommunestørrelse	65
5.4.2	Ledelse i koordinerende enhet	66
5.4.3	Kommunens organisering	67
5.4.4	Kommunenenes økonomiske situasjon.....	67
5.5	Konklusjon	68
6.0	Avslutning	70
6.1	Veier til videre forskning	72
7.0	Litteraturliste.....	73

Figur 1; Organisasjonskart kommune A	4
Figur 2; Organisasjonskart kommune B	5
Figur 3; Tre-nivå modell	13
Figur 4; To-nivå modell	13
Figur 5; Konkurrerende forvaltningsverdier/organisasjonsformer (Vabø og Vabo, 2015. s. 22)	15
Tabell 1 Oversikt over studiens informant og respondenter	24

1.0 Innledning og avgrensning

2012 var startskuddet for Samhandlingsreformen; «*Rett behandling – på rett sted – til rett tid*» (Helse- og Omsorgsdepartementet 2013). Dette var en reform som omhandlet endringer rundt helse- og omsorgstjenestene i Norge, med fokus på blant annet en helhetlig helsetjeneste og bedre koordinering av behandling og oppfølging. Reformen flyttet ansvaret fra sykehusene til kommunene som fikk flere oppgaver og midler til å utføre disse helse- og omsorgstjenestene. Målet var å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre.

Som en konsekvens av dette ble det lovpålagt å opprette en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.¹ i kommunene rundt om i Norge, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §7-3.² Enheten skulle ha hovedansvaret og en fullstendig oversikt over kommunens tilbud innenfor habilitering og rehabilitering, og koordinere tilbudene på tvers av tjenesteyterne for å sikre god samhandling av kommunens helsetjenester. Enheten skulle være med på å gjøre det enklere for kommunene å tilby et mer helhetlig tilbud for innbyggerne. Lovverket sier derimot lite om hvordan disse enhetene skal organiseres, og kommunene kan selv velge hvordan de skal oppfylle lovkravet. Hvilke arbeidsoppgaver og vedtaksmyndighet som ligger inn under enhetene i de ulike kommunene vil også variere stort. Selv om det finnes få retningslinjer for hvordan koordinerende enhet skal organiseres, ligger det både forvaltningsverdier og lovverk i bunn som må tas til etterretning.

På bakgrunn av dette har vi valgt å se nærmere på tre konkurrerende forvaltningsverdier; *kostnadseffektivitet, fleksibilitet og forutsigbarhet*. Disse verdiene blir sett på som legitime og relevante for offentlige institusjoner, og må legges til grunn for å kunne skape en god offentlig forvaltning (Vabø og Vabo 2014). Deretter valgte vi å fokusere på to små kommuner med ulik organisering av koordinerende enhet. I den ene kommunen er enheten organisert under helse- og omsorgsavdelingen, og består av en ansatt i lederstilling. I den

¹ Heretter kalt koordinerende enhet. Enhetens navn kan variere fra kommune til kommune, og brukes om hverandre. For eksempel; tildelingskontor, forvaltningskontor, bestillerkontor og inntakskontor.

² Heretter kalt hol.

andre kommunen er enheten organisert som et kontor under avdelingen for stab og støttefunksjoner, med en leder og tre ansatte. Med dette som utgangspunkt ønsket vi å se på hvordan organisering av enheten kan ha betydning for hvilke verdier som står i sentrum. Før vi startet innsamlingen av empiri satt vi med det inntrykket av at de to kommunene falt innenfor forskjellige konkurrerende verdsett, den ene med fokus på forutsigbarhet mens den andre var mer fleksibel. Dette legges til grunn for valget av problemstilling:

Hvordan har organiseringen av koordinerende enhet påvirket vektleggingen mellom de tre konkurrerende forvaltningsverdiene; *kostnadseffektivitet, forutsigbarhet og fleksibilitet?*

1.1 Koordinerende enhet

For å kunne si noe om problemstillingen må vi først se nærmere på bakgrunnen og formålet med koordinerende enhet i kommunen. Hol. § 7-3 fastslår at:

Kommunen skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Denne enheten skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator etter §§ 7-1 og 7-2. Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilket ansvar den koordinerende enheten skal ha.

Her ser vi at hensikten med koordinerende enhet er å kunne tilby en helhetlig tjeneste til brukere og pasienter som har et behov for en sammensatt helsetjeneste fra ulike helsetjenester i kommunen. Enheten har som oppgave å tjene allmennhetens interesser, samtidig som den er underlagt sammensatte legitimitetskrav og demokratisk vedtatt politikk og lovverk (Vabø og Vabo 2014). Hensikten kan også sees i sammenheng med samhandlingsreformens mål om å gi kommunen en mer sentral rolle når det gjelder ansvaret for helsetjenester og målet om oppnå en mer helhetlig tjeneste (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Hol. §7-3 og tilhørende forskrifter sier lite om hvordan en slik enhet skal organiseres, og kommunene står derfor selv for å organisere enheten på en hensiktsmessig måte. Det er mange faktorer som kan spille inn ved organiseringen av en koordinerende enhet, blant

annet størrelse på kommunen, plassering på organisasjonskartet, bosettingsmønsteret og samarbeid med andre kommuner. Vi kan finne enheter med en ansatt i en deltidsstilling til store kontorer med mange ansatte. Hvilke tjenester og arbeidsoppgaver som legges inn under koordinerende enhet vil også variere. Vi ser ofte at koordinerende enhet tildeler og koordinerer tjenester som omfatter omsorgsbolig, plasser ved bofellesskap og institusjon, støttekontakt og hjemmetjeneste. Det viktigste er at tildeling og koordinering av tjenester i kommunen vil skje på en god, hensiktsmessig og oversiktlig måte, uavhengig av hvordan enheten er organisert. Koordinering på tvers av fag- og organisasjonsgrenser foregår på mange nivåer i helse- og omsorgstjenestene og koordinerende enhet må forholde seg til andre tjenesteytende organisasjoner.³ innenfor kommunen (Vabø og Vabo 2014).

Kommunene er også pålagt å ha en dedikert leder for enheten:

For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby en koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Hol. § 7-2).

Koordinator i hver enkelt kommune er den som skal kjenne en bruker/pasients situasjon i sin helhet, og som på en samlet måte skal koordinere og sette sammen de tjenestene det er krav om og behov for blant de ulike helsetjenestene. På denne måten vil koordinator være med på å sikre kontinuitet i tilbudene som gis til den enkelte bruker/pasient, og vil dermed fungere som et fast kontaktpunkt for samhandling på tvers av tjenestenivåer (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009). Det er også et krav om at koordinator skal være helsepersonell, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator §22 (2011).

³ Heretter kalt utførerenheter

1.2 Presentasjon av analyseenhetene

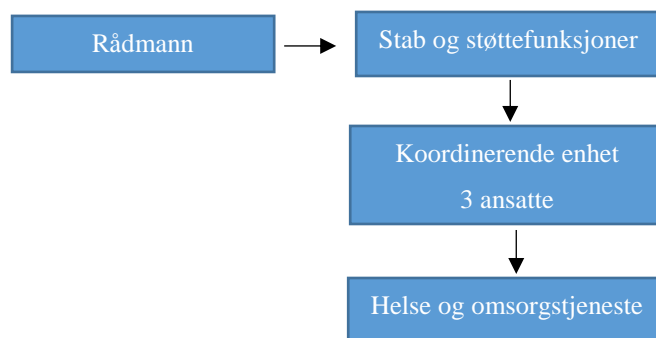
Våre analyseenheter er å beregne som relativt små kommuner som ligger i en geografisk nærhet til hverandre. Nedenfor vil vi presentere kommunenes koordinerende enhet i detalj. Koordinatorens rolle og funksjon vil også bli beskrevet her.

Kommune A

Kommune A er en kommune med ett innbyggertall på mellom 5000 og 10 000, og koordinerende enhet består av fire ansatte med ulike stillingsprosent og fagbakgrunn. Leder for enheten er utdannet sykepleier og har lang ledererfaring innen helsesektoren. Hun var tidligere ansatt som leder for sykehjem, og ble hentet inn til koordinerende enhet ved oppstart i januar 2013. De andre ansatte har fagbakgrunn fra ergoterapi, fysioterapi og juss, i tillegg har kommunen en ansatt som jobber på tvers av alle enhetene. Enheten har vedtaksmyndighet for alle tjenester innenfor helse og omsorg i kommunen, også tjenester som omhandler psykisk helse og tildeling av tilrettelagte boliger. Enheten har også en del oppgaver som ikke direkte kan knyttes til det som omhandler tildeling og koordinering, men dette er oppgaver som kan naturlig falle inn under enheten. Dette er oppgaver som for eksempel kan knyttes til kommunens IKT-systemer samt oppgaver om samarbeidsutvalg på tvers av kommuner i fylket.

Koordinerende enhet i kommune A er lokalisert i rådhuset, adskilt fra de enhetene man fatter vedtak til. Enheten er lokalisert i umiddelbar nærhet til helsestasjon for småbarn og flyktnings-tjenesten, og har dermed mange av sine samarbeidspartnere i nærheten.

Kommune A er organisert med en flat struktur og har rådmannen som overordnet leder. Som det kommer frem av figur 1 ser vi at koordinerende enhet tilhører avdelingen for stab og støttefunksjoner.



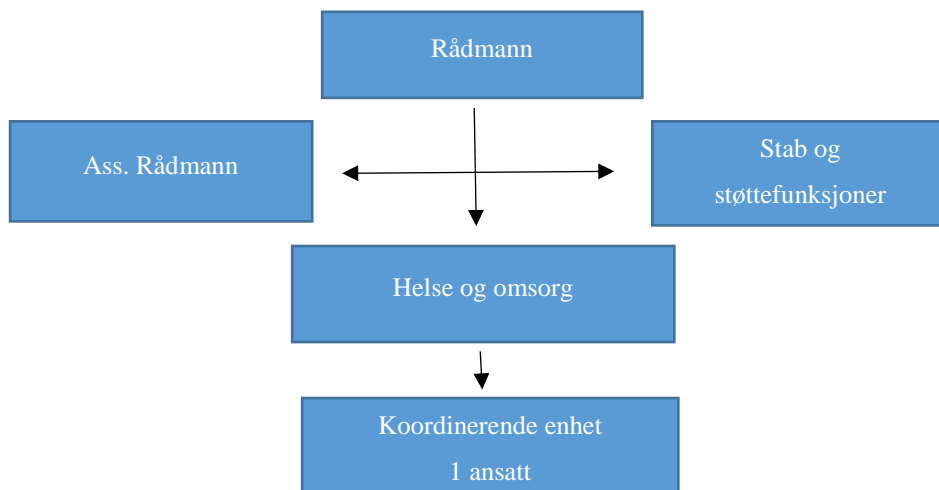
Figur 1; Organisasjonskart kommune A

Kommune B

I kommune B er det mellom 3 000 og 6 000 innbyggere. Kommunen har en koordinerende enhet bestående av en ansatt i 60% lederstilling. Leder for enheten har vedtaksmyndighet for de fleste helsetjenestene i kommunen, utenom tvangsvedtak. Den resterende stillingen på 40% som leder sitter med, innehar andre arbeidsoppgaver relatert til kommunen.

Koordinerende enhet ble opprettet i januar 2013, og nåværende leder startet i jobben året etter oppstart. Leder har en variert utdanningsbakgrunn og erfaring innenfor pedagogikk, sykepleie og ledelse. På tidspunktet oppgaven gjennomføres videreutdanner leder seg innen saksbehandling og helsejuss. Dette kan være med på å danne et godt grunnlag til å lede en koordinerende enhet.

Selv om Kommune B er liten med tanke på innbyggertall, er det relativt store avstander innenfor kommunen. Dette kan være med på å gjøre det krevende for kommunen å tilrettelegge et helse- og omsorgstilbud som blir likt og rettferdig for alle kommunens innbyggere. Her kan det være positivt å ha en koordinerende enhet da det å samle vedtaksmakten vil være med på å skape en oversikt over alle de ulike tjenestene innenfor helse og omsorg i kommunen. Kommune B er organisert som en tradisjonell etatsmodell og koordinerende enhet ligger inn under helse- og omsorgsavdelingen.



Figur 2; Organisasjonskart kommune B

1.3 Oppgavens struktur

Vi har valgt å strukturere denne oppgaven ved først å beskrive teori hvor vi trekker frem sentrale temaer som oppgaven tar utgangspunkt i. I kapittel tre har vi valgt å beskrive de metodologiske fremgangsmåtene som vi har tatt i bruk for å samle inn empirien som oppgaven bygger på. I analysekapitlet vil den teoretiske forankringen bli knyttet til koordinerende enhet generelt. Videre vil den innsamlede empirien fra koordinerende enhet i hver kommune bli analysert og presentert med utgangspunkt i verdiene. Til slutt i kapittel fem vil foreta en drøftelse rundt våre funn. I første del av kapitlet vil vi foreta en drøftelse hvor vi setter analyseenheten opp mot hverandre, for å fremheve hvilke forskjeller som kommer syne. Videre vil vi diskutere noen andre påvirkningsfaktorer som kan spille inn på vektleggingen av de ulike verdiene. I siste kapittel oppsummeres oppgavens teoretiske forankring og sentrale empiriske funn i lys av problemstillingen blir presentert.

2.0 Teori

I dette kapitlet presenteres det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Vi har valgt å presentere samhandlingsreformen og ulike styringstrender som har vært en forløper til etablering av koordinerende enhet, samtidig som de vil være med på å påvirke driften. Vi ser også nærmere på forvaltningspolitikk og forvaltningsverdier for å legge grunnlaget for oppgavens mest sentrale teori. Derav kommer det en detaljert beskrivelse av Vabø og Vabos konkurrerende forvaltningsverdier.

2.1 Den norske velferdsstaten og forvaltningspolitikk

En velferdsstat er en stat som sikrer landets innbyggere hjelp hvis de skulle komme ut for helsesvikt, sosial nød eller tap av inntekt. Denne hjelpen kan komme i form av overføringer eller tjenester, som f.eks. helse- og omsorgstjenester. Den norske velferdsstaten er en tjenesteintensiv velferdsstat, som betyr at staten indirekte påvirker velferden gjennom diverse ytelser, men også direkte gjennom de ulike typene behandling som blir tilbudt. Velferdsstaten er svært omfattende og kjennetegnes ved universelle velferdsrettigheter for alle innbyggere. Den norske velferdsstaten finansieres i all hovedsak av allmenn beskatning og de fleste offentlige tjenester er dermed gratis eller tilnærmet gratis (Hatland, Kuhnle, og Romøren 2011).

I Norge er forvaltningen inndelt i tre forvaltningsnivå; stat, fylkeskommune og kommune. Vi ser at disse har forskjellige oppgaver når det kommer til utdeling av ytelser og tjenester. Forvaltningspolitikk handler i det store og hele om hvordan forvaltningen er organisert, styrt og ledet, og hvordan den virker. Hvilke typer organisasjoner og organisasjonsformer som er nødvendig vil variere etter behovet for ytelser og tjenester, og vi ser stadig endringer i hvordan velferdsstaten er bygd opp. For å kunne tilby innbyggerne de tjenestene de har krav på må velferdsstaten være både fleksible, dynamisk og villig til å endre seg.

Selv om oppgaver og makt kan flyttes mellom ulike forvaltningsnivåer må forvaltningspolitikken bygge på grunnleggende verdier som effektivitet, faglig uavhengighet, rettsikkerhet, likebehandling, nøytralitet, åpenhet og brukerorientering, uavhengig av hvem som tilbyr de ulike helsetjenestene. Ett annet viktig punkt er at alle

mennesker skal ifølge lovverket ha krav på samme tjenester og samme kvalitet på tjenestene uansett alder, kjønn, inntekt o.l.

2.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er en reform som gradvis er blitt innført i det norske velferdssamfunnet siden starten av 2012. Reformen har som mål å vise vei fremover og skal gi helsetjenesten en ny retning, med sikte på å skape et bredt og godt samarbeidet mellom ulike nivåer i helsevesenet, med spesielt fokus på helsetjenestene i den kommunale sektoren. Hensikten er å bedre folkehelsen og skape en bærekraftig helse og omsorgstjeneste, samtidig som reformen retter fokus mot det og kunne forebygge og behandle tidligere (Helsedirektoratet 2017). Ifølge Hatland (2011) har reformen som hensikt å flytte tjenester nærmere der folket er bosatt og samle spesialiserte fagmiljøer for å styrke dem. Samtidig påpeker han at gode samarbeidsavtaler og samlokalisering kan bidra til økt samhandling. Som en konsekvens av denne reformen har mer av ansvaret blitt lagt på hver enkelt kommune, ved at det blir utdelt ressurser fra statens side til å utføre helsetjenester.

Allerede i 2008 var det diskusjoner rundt pasientenes behov for koordinerte tjenester, og at dette ikke var besvart godt nok. Det var uenigheter i hvorvidt det eksisterte systemer som understøttet en bruker/pasients behov for helhet i pasientforløpet. Vi hadde mange systemer som fokuserte på deltjenester, men ingen som så helheten. Ansvaret og de ulike oppgavene knyttet til pasientforløp var fordelt på ulike forvaltningsnivå der kommunen forvaltet det vi kan se på som primærhelse, mens staten og helseforetaket forvaltet spesialhelsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet 2008-2009).

Utgangspunktet for reformen var derfor å styrke det helhetlige pasientforløpet og at pasienter i større grad skulle tas hånd om av primærhelsetjenesten i kommunen, istedenfor på sykehuset. Mer fokus på koordinering skulle føre til at pasienter med sammensatte behov ikke møte en oppstykket, ukoordinert og usammenhengende velferdsstat (Vabø og Vabo 2014). Fokuset legges på et helhetlig tilbud, god koordinering og samhandling innenfor helse- og omsorgssektoren. I forbindelse med dette kom regjeringen med følgende definisjon av samhandling:

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

2.3 Styringstrender

Velferdsstaten har siden 1980-tallet vært under kontinuerlig endring i form av modernisering, omstilling, forandring, fornyelse og innovasjon, og koordinerende enhet er en direkte konsekvens av alle disse endringene. I dette kapitlet skal vi se nærmere på de ulike styringstrendene som kan ha vært med på å påvirke koordinerende enhet til å bli det det er i dag.

2.3.1 Universalisme

I alle de nordiske landene står universalisme sentralt som velferdsstatsprinsipp, og alle innbyggerne skal i teorien ha lik tilgang til alle velferdsordningene uansett bosted. Prinsippet vil komme i spenning mellom lokaldemokratiets rett til å finne løsninger tilpasset lokale forhold. Med den nye fordelingen av ansvar når det kommer til helsetjenester vil det nå være kommunene som får mye av makten, og dette kan være med på å skape geografiske forskjeller mellom de ulike helsetjenestene i Norge. Vi kan allerede finne noen geografiske forskjeller på grunn av bla.: størrelsesforskjell mellom kommunene, tilgjengelig kapasitet og kompetanse i tjenestene, hvilke tjenester kommunene ønsker å tilby og omfanget av de forskjellige tjenestene. Vi har i Norge blitt avhengig av kommunene som velferdsprodusenter, og denne avhengigheten har økt etter innføringen av samhandlingsreformen, noe som igjen kan være med på å skape større forskjeller mellom ulike kommuner (Vabø og Vabo 2014).

Universalismen blir styrket av det norske lovverket som pålegger kommunene å tilby innbyggerne de nødvendige helsetjenestene som de har krav på etter lov, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 som sier at “Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester”.

Selv om universalisme bygger på lik tilgang til alle velferdsordninger, trenger ikke dette å bety at de får samme type eller mengde av velferdsytelser eller tjenester. Noen vil trenge mer eller mindre enn andre for å få oppfylt sine behov, og hvor store forskjeller som er akseptabelt innenfor universalismen er enda ikke fastsatt. Det som er viktig å bite seg merke i, er at likeverdighet i tjenestetilbudet kan være det samme som ulike velferdsytelser og tjenester tilpasset ulike brukeres behov (Vabø og Vabo 2014).

2.3.1.1 Minste forsvarlig nivå

Det viktigste innenfor norske velferdstjenester er at de opprettholder faglig forsvarlighet - eller "minste forsvarlig nivå" som det også kalles. Kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp innebærer å sikre at pasienter og andre brukere av helse- og omsorgstjenestene mottar helsehjelp som er over en faglig minstestandard, samtidig som de ikke skal påføres skade, unødig lidelse eller smerte (Norsk Sykepleierforbund 2013).

2.3.2 Samstyring

De fleste vestlige velferdsstater er for tiden nedslagsfelt for en styringstrend som omhandler det å tilrettelegge for bedre koordinering på tvers av organisasjoner og sektorer. Styringstrenden har fått navnet "samstyring" på norsk og defineres som: "den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening". Vi ser at myndighetene tar i bruk ulike styringsmekanismer for å sikre en bedre samordning og koordinering (i henhold til samhandlingsreformen). Den norske velferdsstaten er en stat med mange oppgaver og for å løse disse må de offentlige organisasjonene ha et godt og effektivt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene både horisontalt og vertikalt. Samordning vil skje blant annet gjennom informasjonsutveksling, dialog, felles normer og felles forpliktelser (Vabø og Vabo 2014, 144).

Hvilken koordineringsmekanisme som kan benyttes vil være forskjellig. Hierarki, marked og nettverk (klan) er tre ulike styringsmekanismer som kan være med på å bidra til koordinering, men vi ser at samstyring også kan være et selvstendig supplement til disse styringsmekanismene. I et marked er et lønnsomt samarbeid i fokus, mens i et hierarki vil samordning påvirkes eller styres gjennom å pålegge, overtale eller oppmuntre til samarbeid. Samarbeid og solidaritet vil integrere ulike aktører i et nettverk.

2.3.3 New Public Management og post-NPM

På 1980-tallet kom en reformbølge kalt New Public Management (NPM) som hadde som mål å effektivisere den offentlige sektoren med styringsprinsipp fra den private sektoren. NPM har et sterkt fokus på kostnadseffektivitet og lite fokus på andre forvaltningsverdier. Med andre ord vil det være økonomiske indikatorer som gir en pekepinn på hvor godt den offentlige sektoren fungerer. NPM blir kalt en hybrid reformbevegelse som legger vekt på mange ulike reformelementer. Noen av de viktigste elementene var; oppsplitting og desintegrering av homogene forvaltningsorganisasjoner, mer vekt på profesjonell ledelse, mål- og resultatstyring og endring i personalpolitikken. Norge gjennomførte aldri NPM i sin helhet, men noen komponenter ble implementert i den norske forvaltningen. Denne omstillingen førte til at vi gikk fra en tradisjonell, integrert forvaltningsmodell til en mer desintegrert og fragmentert modell. Vi fikk mer spesialiserte organisasjonsenheter og klarere roller i forvaltningen (Christensen *et al.* 2014). Det som har mest relevans for vår oppgave vil være bestiller-utfører modellen, kostnadskutt og budsjett disiplin og det økte fokuset på serviceorientering, servicekvalitet og tjenesteyting.

2.3.3.1 Post- NPM

En ny reformbølge vokste frem på 2000-tallet kalt post-NPM. Dette kom som følger av et økende behov for sterkere integrering av statsapparatet, som med NPM hadde blitt svært fragmentert og oppsplittet. Behovet for bedre koordinering, helhetlig tenkning og samarbeid mellom forvaltningsnivå og ulike sektorer ble satt i fokus. Denne formen for styring ble kalt flernivåstyring, hvor den tradisjonelle statlige hierarkiske styringsmodellen ble supplert med grenseoverskridende nettverks- og partnerskapsordninger. I Norge finnes det trekk fra begge reformbølgene, og dette fører til et resultat som skaper hybride og komplekse endringer og reformer, som for eksempel samhandlingsreformen og et mer komplekst statsapparat. Den ene reformen erstatter ikke nødvendigvis den andre, de supplerer og kompletterer hverandre (Christensen *et al.* 2014).

2.3.4 Bestiller/utførermodellen

Bestiller/utførermodellen er et kjerneelement i NPM som har et sterkt fokus på økonomi, marked, organisasjon og ledelse. Konkurransen og gode markedsløsninger er i fokus så det kan skapes bedre produktivitet, ressursutnyttelse og kvalitet i den offentlige tjenesteproduksjonen. Tanken bak modellen er at forvaltningen bestiller tjenester, mens både det offentlige og private aktører i prinsippet kan utføre tjenestene. Her ser vi at vi går fra den tradisjonelle hierarkiske styringen til kontraktstyring - styring gjennom forhandlinger (Busch *et al.* 2005). I vår oppgave vil koordinerende enhet fungere som *bestiller*, den som skriver kontrakten, og de ulike helse- og omsorgsenhetene vil være *utfører*, de som gjennomfører det som står i kontrakten.

For at denne modellen skal fungere bør det være uavhengige fagpersoner med god bestiller-kompetanse som foretar bestillingene. De må ha kompetanse til å gjennomføre kontraktsforhandlinger, kontraktsoppfølging og å foreta kontroller i etterkant. De må også vedlikeholde en god kommunikasjon med brukere, politikere, den administrative ledelsen og de forskjellige enhetene som skal utføre bestillingene (Gammelsæther 2006). Det kreves at bestiller har både bred og dyp kompetanse, blant annet innenfor kontraktsforhandlinger, behovskartlegging, styring og tjenesteproduksjon. Hvis bestiller har mangelfull kompetanse på noen av disse områdene kan de få problemer med å ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte (Busch *et al.* 2005).

Organisatorisk avstand mellom bestiller og utfører kan også variere fra kommune til kommune. Noen legger stor vekt på å hindre at en styringseffekt finner sted gjennom stor fysisk og organisatorisk avstand (harde kontakter), mens andre er samlokalisert og har en organisatorisk nærhet (myke arrangementer) (Busch *et al.* 2005). Dette kan også være med på å bestemme hvor på organisasjonskartet vi finner koordinerende enhet.

Busch mfl. (2005) sier at suksessraten til bestiller-utfører modellen avhenger helt av situasjonen og hvordan modellen tilpasses disse situasjonene.

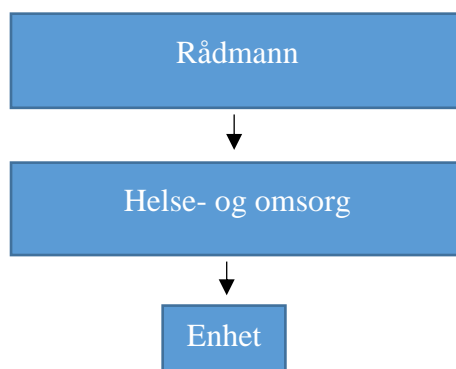
Utfordringen vil være å finne plasseringen som best mulig stimulerer til høy kvalitet og god ressursforvaltning i offentlig sektor. Å skape et forum for utvikling hvor alle

parter møtes. Det kan være mulig å finne en form som både skaper legitimitet og bidrar til å forbedre effektivitet i kvalitet i offentlig sektor (Busch et al. 2005 s. 144).

2.3.5 Kommunal organisering

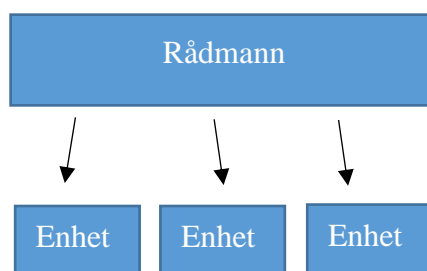
I denne oppgaven har vi valgt å forske på to kommuner med ulik organisering. Kommune A har en to-nivå modell, mens Kommune B har en tradisjonell etatsmodell med tre nivåer. Det betyr at enhetene vil være koblet opp mot rådmannsnivået på ulik måte.

I den sektorinndelte trenivåmodellen har vi rådmannen på topp, etatsjefer under, og de tjenesteytende enhetene under der igjen. Her ser vi at både rådmannen og de ulike enhetene har en egen administrasjon.



Figur 3; Tre-nivå modell

Ved å fjerne ett ledernivå (mellomledere og etatsjefer) går vi fra den tradisjonelle trenivåmodellen til en to-nivå modell. Her finner vi vanligvis to formelle ledernivå, rådmannsnivået og enhetsleder nivået. Vi kan se en overgang fra hierarkisk styring til kontrakts- og incentivstyring. To-nivås modell kalles også for flat struktur, med dette menes en kommuneorganisering med et lavt antall hierarkiske nivåer (Torsteinsen 2012).



Figur 4; To-nivå modell

Opprettelsen av selvstendige resultatenheter ble også svært vanlig med gjennomføringen av flat struktur. Her er det enhetslederne som sitter med ansvaret for enhetens resultat. De har ansvar for personal, økonomi, det administrative og det faglige. Det at en kommune tar i bruk resultatenheter, sier i utgangspunktet ingenting om antall ledernivåer (Torsteinsen 2012).

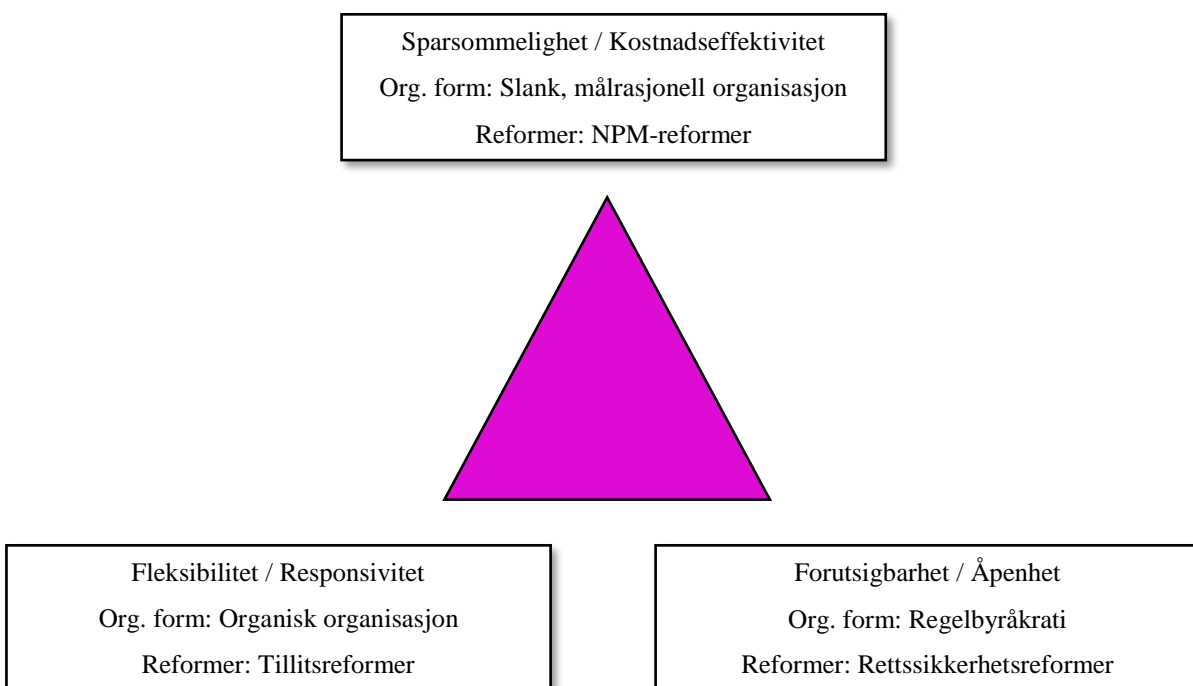
Det vil variere fra kommune til kommune hvilken myndighet som delegeres til de ulike enhetene. Denne myndigheten kan omfatte det å fatte beslutninger om tjenesteproduksjon, ansvaret for å iverksette tjenester og ikke minst beslutninger rundt budsjett og økonomi (Hansen, Helgesen, og Vabo 2011).

Det ligger ikke noe økonomisk ansvar hos koordinerende enhet i noen av kommunene. Koordinerende enhet vil derimot være styrende for de andre resultatenheterne i kommunen, som sykehjem o.l., med tanke på at de fatter vedtak som skal utføres hos andre enheter.

2.4 Konkurrerende forvaltningsverdier

Den norske forvaltningspolitikken bygger på grunnleggende forvaltningsverdier som blant annet likebehandling, rettssikkerhet, nøytralitet, faglig uavhengighet, brukerorientering, åpenhet, involvering og effektivitet. Det er viktig at verdiene er klare og konsise, og det er offentlighetens oppgave å formidle og realisere disse verdiene ut til borgerne gjennom offentlige tiltak og beslutninger. Ivaretagelsen av disse verdiene vil være med på å bygge opp enn offentlig forvaltning som har tillit og legitimitet hos borgerne (Vabø og Vabo 2014). Verdier vil også endre seg over tid, og fokuset på effektivitet innenfor områder som helse- og omsorg, og velferd og utdanning, er relativt nytt. Det er derfor viktig at den offentlige forvaltningen endrer seg i takt med de ulike verdiene som er med på å prege det norske samfunnet (Christensen, Lærgreid, og Røvik 2013).

De tre forvaltningsverdiene som vi har valgt å sette fokus på: *kostnadseffektivitet, forutsigbarhet og fleksibilitet*. Disse vil være med på å prege koordinerende enhet, om noe i ulik grad. Disse verdiene kalles av Vabø og Vabo (2014) for konkurrerende forvaltningsverdier, nettopp på grunn av at de vil være i konkurranse med hverandre. Verdier kan ha stor betydning for styring og adferd hos offentlige organisasjoner, og et enøyd perspektiv på ett eller flere av verdiene kan føre til at de andre undergraves eller ignoreres (Hood 1991).



Figur 5; Konkurrerende forvaltningsverdier/organisasjonsformer (Vabø og Vabo, 2015. s. 22)

2.4.1 Verdi 1: Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet

Med inntoget av NPM inspirerte reformer så vi at effektivitetsmål fikk en sentral plass innen det offentlige. Denne verdien omhandler viktigheten av å forvalte samfunnets midler med forsiktighet. Når vi snakker om samfunnets midler, mener vi skattebetalernes penger, og disse må brukes med respekt. Når verdien for kostnadseffektivitet og sparsommelighet settes i kraft, vil dette føre til konstruksjonen av en slank, målrasjonell og effektiv produksjonsbedrift. Det som faller utenfor det som blir sett på som bedriftens mål kan bli ansett som overflødig og bortkastet, og er med andre ord noe man bør kvitte seg med (Vabø og Vabo).

Selve Samhandlingsreformen er ifølge Vabø og Vabo (2014) svært tydelige på at helsetjenester bør utføres på en måte som er hensiktsmessig økonomisk sett for samfunnet, noe som tilsier at verdien vil være relevant for vår problemstilling. Verdien har sitt utspring i den økonomiske situasjonen i kommunen, og dersom en kommunes ressurser er presset vil denne verdien stå sterkt. Enhetslederne er i dette tilfellet de som først vil merke presset. Samhandlingsreformen omhandler mange ulike helseinstitusjoner som må forholde seg til egne budsjett, mens den koordinerende enheten som vi skal konsentreres oss om, ikke i samme grad har like stort økonomisk ansvar. De ulike enhetene vil kunne oppleve å legge merke til det gjennom helseinstitusjonenes evne til å iverksette de ulike tilbudene som de koordinerende enhetene eller tildelingstjenesten vedtar. I en slik situasjon ansees det som sentralt at den koordinerende enhet og lederne for de enkelte utførerene har en felles forståelse av kriteriene som må oppfylles for å få innvilget helsetjenester (Vabø og Vabo 2014).

2.4.2 Verdi 2: Forutsigbarhet / Åpenhet

Den andre verdien kan relateres til innsyn i forvaltningen samt de demokratiske spillereglene, og retter fokus mot borgernes rettigheter i en åpen og forutsigbar forvaltning. Verdien argumenter for at borgerne skal sikres mot tilfeldig behandling ved at likhet danner utgangspunktet for en rettferdig behandling. Når en organisasjon legger stor vekt på denne verdien, vil fokuset rettes inn mot en byråkratisk organisasjon “*i Webers forstand*” (Vabø og Vabo 2014), og arbeidet vil derfor være preget av klare prosedyrer, kriterier og tydelig beskrevet arbeidsmåter. Dersom denne verdien settes i høyet legges det stor vekt på *hvordan* ting gjøres, mens *hva* som skal gjøres blir sett på som mindre sentralt. Samtidig rettes det i et slikt regelbyråkrati svært mye oppmerksomhet mot prosessstyring der offentlighetsprinsippet skal være med på å bidra til en forutsigbar, grundig og saklig saksbehandling. Prinsippet skal være med på å styrke folkets tillit til det offentlige gjennom en åpen og gjennomsiktig offentlig virksomhet. I følge offentlighetsprinsippet har man som bruker/pasient rett på innsyn i forvaltningen, med andre ord, en har blant annet rett på innsyn i saksbehandlingen som omhandler en selv. For at dette skal kunne være gjennomførbart, vil det være behov for klare prosedyrer og kriterier som må følges for å kunne sikre en rettferdig forvaltning der borgerne stiller likt for loven. Innenfor koordinerende enhet er oppmerksomheten rundt det at alle skal ha rett på likt tilbud og lik behandling svært stor. Men dette trenger ikke nødvendigvis bety at likt tilbud betyr at ulike pasienter skal motta identisk behandling. Selv om to pasienter tilsynelatende er i samme situasjon, er vi alle mennesker svært ulike på mange vis, og for å kunne gi like tjenester til flere pasienter kan det i mange tilfeller være behov for ulik behandling (Vabø og Vabo 2014).

2.4.3 Verdi 3: Flexibilitet / Responsivitet

I den tredje verdien ligger fokuset på at offentlige institusjoner skal fungere etter sin hensikt, selv under ekstreme og vanskelige omstendigheter. Spesielt når det kommer til tjenesteytende pasient- og klientrelatert velferdsorganisasjoner (“human service organizations”), som har som oppgave å behandle menneskerelaterte oppgaver, kan det dukke opp mangesidige og uregjerlige problemer (“wicked problems”). Kjerneaktivitet i disse organisasjonene berører mennesker direkte, og den viktigste råvaren er mennesker. Hovedfokuset er å endre menneskers status, helse og livsbetingelser til noe positivt, selv om det ikke alltid er like entydig hva som kan være fremgangsmåten for at dette skal skje, og hvilke/hvor mange kompetansefelt disse problemene vil havne under. Det vil ikke alltid være objektive kriterier for beste løsning, det kan være vanskelig å se når problemet er løst og det kan være vanskelig å avgrense et problem fra et annet.

På grunn av organisasjonens nærhet til brukerne er dette den verdien som retter seg dypest mot befolkningens tillit til de offentlige tjenestene. De erfaringene og inntrykkene som skapes i dette møtet vil være avgjørende for en vellykket velferdsstat. Her må det være spillerom for prøving, feiling og skjønn for å løse uvanlige og uforutsette hendelser. Det er også viktig å ha dedikerte, fleksible og ansvarsfulle ansatte som jobber sammen for å håndtere og løse de utfordrende arbeidsoppgavene som dukker opp i disse uforutsigbare og varierende omgivelser (Vabø og Vabo 2014).

3.0 Metode

Metode er måten vi velger å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke empiri på. Dette skal til slutt gi oss et reelt bilde på hvordan virkeligheten egentlig er. Metoden beskrives gjerne som selve “*oppskriften*” eller fremgangsmåten for hvordan vi kan gjennomføre en undersøkelse (Grønmo 2016).

3.1 Valg av tema og problemstilling

For at et spørsmål skal betraktes som en samfunnsvitenskapelig problemstilling, må det for det første rette søkelyset mot interessante og vesentlig forhold i samfunnslivet. For det andre må spørsmålet åpne for nye studier av de samfunnsforholdene som vektlegges, og for fruktbare tilnærminger i disse studiene. For det tredje må spørsmålet bidra til at den samlede forskningen om disse samfunnsforholdene kan bli videreført på en meningsfylt måte (Grønmo 2016).

Som to studenter med ulik fagbakgrunn valgte vi å finne et tema som begge synes det var spennende å forske på. Kommunal sektor er stadig i utvikling, og vi fant det interessant å se nærmere på hvilke endringer som har funnet sted ved innføringen av samhandlingsreformen. Her kommer koordinerende enhet inn i bilde som et relativt nytt hjelpemiddel for koordinering og tildeling i kommunen, og vi ønsket å forske nærmere på hvilke forvaltningsverdier som ville være med å prege en slik enhet. For å avgrense oppgaven har vi valgt å fokusere på Vabø og Vabo’s (2014) teori om de konkurrerende forvaltningsverdier. Vi ønsket deretter å se på hvordan de ulike verdiene ville komme til syne gjennom organisering av enheten. Med organisering tenker vi på plasseringen av koordinerende enhet på kommunens organisasjonskart, hva som var tanken bak struktureringen av enheten og hvordan den er bygd opp med tanke på hvilke ressurser den har blitt tilegnet. Vi vil også berøre den daglige driften hvor fokuset vil ligge på hvordan de ansatte gjennomfører den praktiske biten av arbeidet, og hvordan de samhandler med bruker/pasient og de ulike utførerenhetene. Med alt dette i grunn endte vi opp med en svært konkret problemstilling som sier noe om hva og hvem vi ønsker å undersøke.

3.2 Kvalitativ metode

Det finnes to ulike fremgangsmåter for å kunne belyse en problemstilling, henholdsvis kvalitativ som gjør at vi kan forske i dybden, og kvantitativ som gjør at vi kan fokusere i bredden. Den kvantitative metoden forteller oss om at noe skjer, mens den kvalitative sier noe om hvorfor noe skjer (Grønmo 2016). Ut i fra problemstillingens utforming ble det tidlig klart at vi måtte ta utgangspunkt i den kvalitative forskningsmetoden da vi var ute etter å gå i dybden. Den kvantitative metoden vil ikke være relevant da vi ikke er ute etter å generalisere eller å forske på mange analyseenheter.

Den kvalitative metoden beskrives som en åpen forskningsmetode og tas ofte i bruk hvis forsker har lite kunnskap eller informasjon om temaet, og hvilken informasjon en respondent vil gi, på forhånd. En fordel ved å ta utgangspunkt i den kvalitative forskningsmetoden er at det finnes ingen begrensning for hva slags informasjon vi vil kunne få av respondentene (Grønmo 2016). Dette gjør at vi gjennom denne forskningsmetoden vil ha muligheten til å få frem den helt unike forståelsen av forholdet som undersøkes, som i vår oppgave vil være hvilke forvaltningsverdier som kommer til syne hos koordinerende enhet i kommunene. Ved å ta utgangspunkt i den kvalitative metoden kan vi også oppleve å få informasjon fra respondentene som vi ikke har tenkt over tidligere, og som kanskje kan være en pekepinn på hvor veien bør gå videre, og ikke minst gi oss en mulighet til å kunne skrive en mer robust oppgave.

3.2.1 Casestudier

Samfunnsvitenskapelige studier kan være svært forskjellig når det gjelder hvor mange analyseenheter den omfatter. Vi har i denne oppgaven valgt å fokusere på to analyseenheter, noe som kan kalles for en casestudie. Selv om det ikke finnes en endelig definisjon om hva en casestudie er, så er det en felles forståelse for at det omhandler en inngående studie av en eller flere enheter. På denne måten kan vi skaffe oss en helhetlig forståelse av hva det som skal undersøkes. Casestudier er som oftest basert på kvalitative metode, men kan også være en kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode. I de fleste tilfeller er case-studiene som regel svært intensive studier som omfatter mye informasjon om den enheten som studeres, også kalt “tykke beskrivelser” (Jacobsen 2015).

Våre analyseenheter er svært lik langs en rekke dimensjoner, men vi finner forskjeller i oppbygging, struktur og hvilke ansvarsområder som er tilknyttet koordinerende enhet. Vi har i kapittel 4 valgt å analysere hver enkelt enhet for seg selv for å få frem hvordan de ulike verdiene kommer til syne. Deretter vil vi i kapittel 5 sette de opp mot hverandre da vi ønsker å fremheve hvilke forskjeller som er tilstede. På denne måten får vi gått i dybden for å få frem flest mulige nyanser og detaljer som mulig ut i fra vår empiri.

3.2.2 Innsamling av empiri

Ved gjennomføringen av en oppgave som dette må vi som forskere velge hvordan vi skal samle inn empiri om virkeligheten. I dette kapittelet vil det være en gjennomgang av vår fremgangsmåte, og fordeler og ulemper ved å benytte seg av denne metoden.

3.2.3 Semistrukturert intervju

Et kvalitativt intervju kan ha ulike grader av strukturering. Vi endte opp med å gjennomføre et semistrukturert intervju, hvor spørsmålsformuleringen er utformet i form av tema, stikkord og beskrivelser (Jacobsen 2015). Et semistrukturert intervju som innsamlingsmetode innebærer at forsker og respondent fører en helt vanlig samtale seg imellom, med utgangspunkt i en intervjuguide som er utarbeidet på forhånd. Som regel foregår et slikt intervju ansikt til ansikt, og som oftest på ett sted som er kjent for respondenten (Kvaale og Brinkmann 2009).

Før intervjuene sendte vi spørsmål og tema til respondenten, slik at det skulle være mulighet for forberedelse. Dette var også noe respondentene ba om selv. Disse spørsmålene var grovt definert, og vi gikk mer i dybden rundt temaene under selve intervjuet. Vi hadde lite informasjon om koordinerende enhet i kommunene på forhånd, og spørsmål ble tilføyd underveis i intervjuene etterhvert som vi følte det var nødvendig. Vi opplevde at respondentene hadde mye informasjon på hvert tema, slik at sjeldent hadde behov for oppfølgingsspørsmål. Respondentene snakket noe utenfor de tema og spørsmål som vi på forhånd hadde fastsatt. Dette opplevde vi bare som positivt da det var temaområder vi ikke hadde tenkt over på forhånd, men som kom godt med i vår oppgave (Grønmo 2016). Vi prøvde å beholde den røde tråden gjennom hele intervjuet for å begrense mengden av empiri som ble samlet inn.

Intervjuet startet med spesifikke innledningsspørsmål for deretter å gå over i en løst struktur. Vi opplevde at respondentens kunnskap var med på å styre intervjuet, men prøvde å følge intervjuguiden etter beste evne. Ved å la intervjuobjektene snakke fritt dekket vi en rekke av temaområdene vi søkte svar på uten å stille spørsmålene direkte.

For å hindre å gå glipp av empiri under intervjuet, brukte vi båndopptaker samt tok notater. Varigheten på intervjuene ble satt til å være en time og ble avtalt samtidig som tid og sted for intervjuet. Dette ble gjort fordi et semistrukturert intervju ofte kan være vanskelig å avrunde da respondenten kan sitte inne med svært mye informasjon (Grønmo 2016).

Vi valgte å dra sammen på intervjuene. Slik at en av oss hadde dialogen med respondenten, mens den andre tok notater og hadde ansvar for båndopptaker. Dette gjorde vi for at den av oss som førte dialog med respondenten skulle være uforstyrret.

For å få tid til transkribering, samt tilpasse spørsmål og tema, hadde vi en ukes mellomrom mellom intervjuene. Under transkribering av det første intervjuet opplevde vi at noen spørsmål og svar var overlappende. Dette tok vi høyde for på det andre intervjuet og prøvde å konkretisere spørsmålene for å unngå dette. Etter gjennomført intervju avtalte vi å senere ta kontakt via mail eller telefon, dersom vi manglet informasjon på enkelte områder. Etter analysen av intervjuene fant vi empiri nok til å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte.

Når vi valgte å ta i bruk en slik kvalitativ tilnærming var vi klar over noen ulemper det kunne føre med seg. Vi måtte finne en gylden middelvei hvor vi fikk samlet inn nok empiri samtidig som vi måtte begrense oppgaven i form av antall respondenter, intervju og lengde på intervju. Vi transkriberte og bearbeidet hvert intervju før vi satte i gang med neste, noe som var en svært tidkrevende prosess. Under transkriberingen valgte vi å kategorisere svarene vi fikk, og til enhver tid ha problemstillingen og tema i bakhodet. Dette ble gjort av tidligere erfaring, da en så stor informasjonsmengde kan gjøre at en kan miste oversikten og lett havne i feil retning. Selv med disse begrensningene endte vi opp med store mengder empiri som ga oss et godt grunnlag for analysen av enhetene.

3.2.3.1 Utforming av spørsmål

Forvaltningsverdier kan vise seg i ulike former innenfor koordinerende enhet. For å få frem relevant empiri valgte vi å utforme våre spørsmål på en slik måte, at vi kunne få frem flest mulige faktorer som kan være med på å påvirke verdisynet i koordinerende enhet. Mye av fokuset lå på de ulike beslutnings- og samarbeidsprosessene da vi følte disse kunne være med på å skape et helhetlig bilde av enhetene.

Selv om vår oppgave er basert på samfunnsvitenskapelig teori, vil helse- og omsorg være en sentral del av koordinerende enhet. Dette er et fagområde vi hadde lite kunnskap om på forhånd og det ville heller ikke være direkte relevant for vår oppgave. Dermed ble utformingen av spørsmålene gjort på en sån måte at vi ikke gikk i dybden på helse- og omsorgsdelen. Vi prøvde igjennom spørsmålene å holde fokus på relevant teori, men opplevde at respondentene noen ganger havnet litt utenfor temaet.

Basert på de forutsetningene vi hadde vil ikke empirien gi en fullgod oversikt, men vi mener at vi kan presentere et grovt overblikk hvordan enhetens organisering påvirker verdiene.

3.2.4 Dokumentundersøkelse

Dokumentundersøkelse er en form for innsamling hvor forskeren benytter seg av empiri som er samlet inn av andre, også kalt sekundærdata, Dokumentundersøkelse er en annen form for innsamling av empiri. Dette er empiri som ikke forskeren selv har samlet inn, men som er samlet inn av andre. Det positive ved denne innsamlingsmetoden er at forskeren får tilgang på empiri som ville vært umulig eller svært vanskelig å få tilgang på, mens ulempen er at empirien er samlet inn for et annet formål. Empirien vil dermed belyse en annen problemstilling enn den forskeren er ute etter å besvare.

Det å kombinere f.eks. kvalitativt intervju med dokumentundersøkelse kan være effektivt, da det kan knytte seg svakheter til å bare benytte seg av en metode (Jacobsen 2015).

Vi har i denne oppgaven valgt å ta i bruk ulik sekundærdata, som vi i denne sammenhengen velger å se på som bakgrunnsinformasjon for å kunne belyse problemstillingen. Vi har benyttet oss av Samhandlingsreformen, ulike lover relatert til

helse- og omsorg og artikler relatert til koordinering og tildeling. Vi har lest veiledere, sett på gamle undersøkelser, lest stortingsmeldinger og diverse skriv utgitt av Helsedirektorat og Regjeringen. Når det kommer til relevante dokumenter har vi hovedsakelig valgt å konsentrere oss om stortingsmeldingen som omhandler Samhandlingsreformen, dette fordi koordinerende enhet er en konsekvens av nettopp denne. Stortingsmeldinger kommer fra en troverdig institusjon, og vi velger å anse dette for å være en svært pålitelig kilde. I tillegg har vi også valgt å hente inspirasjon fra tidligere skrevne skoleoppgaver som omhandler relevante temaer for vår oppgave.

3.2.5 Utvalg av enheter

For å kunne avgrense en oppgave er det som regel nødvendig å konkretisere ytterligere hva som skal belyses i en studie, utenom problemstillingen. Det må avgjøres hvilke analyseenheter som skal studeres, og hva slags informasjon om disse enhetene som skal inngå i studien.

I vår oppgave tok vi utgangspunkt i strategisk utvelgelse og endte opp med å se på koordinerende enhet i to ulike kommuner. Disse to kommunene regnes begge som små kommuner med innbyggertall mellom 3 000 til 10 000 innbyggere, men de har valgt å bygge opp koordinerende enhet ulikt. Vårt valg av respondenter falt på lederne da de hadde det beste grunnlaget for å gi oss empiri som er relevant for vår problemstilling. På grunnlag av deres rolle som ledere vil disse respondentene være de som vil kunne gi oss direkte kunnskap om fenomenet, nemlig forvaltningsverdier og koordinerende enhet. Vi benyttet oss også av en informant som hadde mye kunnskap og erfaring fra kommunal helse- og omsorg. Informasjonen vi fikk fra denne informanten komplementerte empirien vi samlet inn fra lederne (Jacobsen 2015).

Respondent	Rolle
I1	Informant
L1	Leder Koordinerende enhet Kommune A
L2	Leder Koordinerende enhet Kommune B

Tabell 1 Oversikt over studiens informant og respondenter

3.3 Datakvalitet

Forskning kan karakteriseres som systematisk, sosialt organisert søken etter ny og bedre innsikt. Hovedforpliktelsen for den som driver forskning er derfor å streve etter sann og gyldig kunnskap. Denne kunnskapen kan ifølge Jacobsen (2015) oppnås ved at vi forholder oss kritisk til kvaliteten på empirien som vi har samlet inn gjennom å sette fokus på om vi har fått tak i den empirien vi ønsker (*intern gyldighet*), om vi kan overføre våre funn til andre sammenhenger (*ekstern gyldighet*) og om vi kan stole på empirien (*pålitelighet*). Kvaliteten på empirien kan også avgjøres ut fra hvor godt tilpasset den er til å kunne belyse en problemstilling.

3.3.1 Kildekritikk

Kvalitative undersøkelser er kun så god som den empirien som blir samlet inn, og ved utvelgelse av kilder er det viktig å foreta kritiske vurderinger. Dette kan være en utfordring siden forskeren kan ha innskrenket kildekritisk forståelse ifølge Grønmo (2016).

All empiri vil komme fra en eller annen form for kilder, og empiriens gyldighet er sterkt avhengig av disse kildene. Det viktige er at vi har tilgang til kilder som kan gi oss riktig informasjon. Vi har ikke hatt problemer med å få tilgang på kilder og informasjon da Stortingsmeldinger, lover og forskrifter ligger tilgjengelig for offentligheten. Den viktigste kilde vil uansett være leder av koordinerende enhet. Vi vurderte om vi skulle intervju flere personer for å få et mer detaljert bilde av enheten, men endte opp med å holde oss til to respondenter og en informant. Andre relevante kilder kunne vært enhetslederne i de ulike utførerenhetene i kommunen, men vi konkluderte med at disse ville representert en annen side av saken. Koordinerende enhet er den som bestiller, mens de vil være de som utfører tjenestene. Lederne for utførerenhetene vil ikke ha samme oversikt og innblikk i koordinerende enhet som våre respondenter, og dermed tok vi valget om å ikke benytte oss av disse som kilder. Jacobsen (2015) sier at vi må ta bevisste da kilder kan være med på å farge og vri empirien til en viss grad.

Datamaterialet vi har samlet inn er for det meste relevant, men også noe variert da respondentene ga oss noe informasjon utover oppgavens tema. Dette førte til at vi fikk empiri på områder som vi før intervjuene ikke hadde tenkt på, noe som ga oss en bedre

forståelse rundt temaet. Noen av svarene vi fikk under bar preg av deres utdanning og erfaring innenfor helse- og omsorgssektoren.

En annen viktig faktor er at kilden er autentisk, eller ekte. Vi har valgt å ta i bruk stortingsmeldinger og lovverk som kilder. Dette er kilder som er utgitt av staten, og er derfor å anse som ekte. Når det kommer til respondentene velger vi å tro at de er å anse som autentisk da intervjuene ble foretatt på de respektive sin arbeidsplass.

3.3.2 Reliabilitet og validitet

Når man samler inn empiri av en større mengde, er det ifølge Jacobsen (2015) et par krav empirien bør dekke når det gjelder reliabilitet og validitet: 1) Empirien må være valid, noe som betyr at den må være gyldig og relevant for det vi vil undersøke og 2) empirien må være reliabel, noe som vil si at empirien må være troverdig og pålitelig, og at den kan skape tillit. Gjennom innsamlingen av empiri opplevde vi at respondentene kom med stort sett positive tilbakemeldinger angående koordinerende enhet, men det kom også fram noen negative sider ved enheten. For at oppgaven skal kunne virke mest mulig fortrolig, og for å få frem flere sider av samme sak, har vi valgt å fremstille både de positive og negative sidene som kom frem under innsamlingen av empirien (Jacobsen 2015). Dette er også gjort fordi koordinerende enhets organisering vil variere fra kommune til kommune, og det som blir sett på som positivt i en kommune kan dermed være negativt i en annen.

Ett av våre mål er å sammenligne koordinerende enheter i ulike kommuner, og vi ser det derfor som sentralt å presentere begge sider for å få en mest mulig troverdig oppgave.

3.3.3 Overførbarhet

Siden kvalitative undersøkelser har som hensikt å forstå og utdype begreper og fenomener, kan det være problematisk å generalisere funnene i denne typen undersøkelser. Det er heller ikke poenget med vår oppgave da vi kun har to analyseenheter, og med tanke på at organiseringen av enhetene vil være ulik. Empirien som har blitt samlet inn vil være tett knyttet opp de ulike kommunene og måten de har bygd opp sin koordinerende enhet på (Jacobsen 2015).

3.3.4 Undersøkelseeffekten

Når det kommer til undersøkelseeffekten vil det være viktig å vurdere om undersøkelsesmetoden eller oss som forskere kan ha vært med på å påvirke resultatet av oppgaven på noen slags måte.

En sentral utfordring Grønmo (2016) setter fokus på er at forskeren kan ha et redusert syn på kontekstuell forståelse. Vi har i denne oppgaven valgt å forske på et felt som ikke er vår spesialitet, nemlig organisering av helse og omsorgstjenester. Dette kan ha vært med på å skape en form for undersøkelseeffekt da respondentene hadde bredere kunnskap og erfaring rundt dette emnet enn vi som forskere. Så fort respondentene gikk dypere inn i visse tema rundt helse- og omsorg kunne vi ende opp med å ha lite kunnskap rundt dette temaet. Dette kan ha vært med på å begrense empirien som ble samlet inn, samtidig som dette kan ha vært viktig for å begrense oppgaven med hensyn til vår teori. En annen utfordring Grønmo (2016) setter fokus på er at forskerens syn kan påvirke hvordan en velger ut og tolker materialet. Også her vil vår bakgrunn som studenter innenfor det administrative feltet kunne være med på å påvirke hvilke resultater som kommer frem av oppgaven.

Vi førte en lyttende og åpen samtale som ga respondentene stort spillerom for å snakke relevant tema. Vi prøvde å styre samtalen til en viss grad, men bare for å holde den røde tråden gjennom intervjuet. Respondentene ble også intervjuet i deres respektive kommuner og på kontoret til koordinerende enhet. Dette kan være med på å begrense undersøkelseeffekten.

3.3.5 Etikk

Etikk er læren om ulike prinsipper, verdier og normer som styrer våre handlinger, eller enklere sagt; våre forestillinger om hva som er rett og galt. Etikken gir oss retningslinjer for hvordan vi *bør* gå frem, men sier derimot ikke noe om hvordan vi *skal* gå frem. Det finnes også forskningsetiske retningslinjer som forskere kan forholde seg til for å møte de kravene som finnes for god forskning. Denne forskningsetikken er med på å regulere og legitimere vitenskapelig virksomhet (Tornes 2012).

I Jacobsen (2015) blir tre sentrale begrep trukket fram som han mener bør ivaretas når en skal gjennomføre undersøkelser: *krav på gjengivelse, krav på privatliv og informert samtykke*.

Ved behandling av personlige opplysninger vil det i alle tilfeller oppstå personvernspørsmål. Personvern er definert som; «vernet av interessen den enkelte har i kontroll og oversikt over behandlingen av opplysninger om seg selv» (Tornes 2012). I vår oppgave har vi valgt å ikke samle inn direkte eller sensitive personopplysninger jfr. Personopplysningsloven (2015), men har hatt fokus på det mer abstrakte, nemlig forvaltningsverdier. Hvilke verdier som preger de ulike koordinerende enhetene er ikke mulig å spore direkte til kommunene. Våre analyseenheter er heller ikke private personer, men offentlige organisasjoner. Vi har derimot valgt å anonymisere både kommunene og de ansatte hos de ulike analyseenheter. Dette er gjort fordi det i liten grad skal være mulig å spore informasjon tilbake til utgiver, i form av indirekte personopplysninger, og for å unngå at den innsamlede informasjon misbrukes. Vi informerte våre respondenter om at oppgaven ville komme til å være anonymisert før de sa ja til å delta.

Når vi gjennomførte datainnsamlingen var vi veldig nøye på at respondentene skulle delta av fri vilje, og at de fritt kunne velge å unngå å svare på enkeltspørsmål dersom de skulle føle det gikk over grensen. Samtidig var vi også påpasselig med å informere om oppgavens hensikt på forhånd, og at å delta var av egen fri vilje.

4.0 Analyse

I dette kapitlet vil ta utgangspunkt i studiens empiriske funn og sammenkoble dem med den teoretiske forankringen.

I første del vil vi ta for oss de tre konkurrerende forvaltningsverdiene sett i sammenheng med koordinerende enhet generelt. Videre vil vi foreta en analyse og drøftelse hvor vi tar utgangspunkt i disse tre verdiene opp mot våre analyseenheter. Deretter ønsker vi å se på hvilke likheter og ulikheter som kommer frem av empirien, ved å sette kommunene opp mot hverandre. Til slutt vil vi komme med en konklusjon ut i fra våre funn.

4.1 Konkurrerende forvaltningsverdier i koordinerende enhet

Vi har tidligere i oppgaven beskrevet teorien rundt konkurrerende forvaltningsverdier og bakgrunnen for koordinerende enhet. Vi vil nedenfor sette disse to i sammenheng for å gi et overblikk over hvordan verdiene kan være med på å prege enhetene.

Verdi 1: Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet

Vabø og Vabo (2014) sier at sparsommelighet og kostnadseffektivitet er knyttet opp mot det «å forvalte fellesskapets ressurser med omhu og å forbeholde ressursbruken til oppgaver som ligger innenfor det offentlige ansvarsområdet» (Vabø og Vabo 2014, 20). Vi har valgt å knytte verdien til hvordan koordinerende enhet forvalter kommunens ressurser og hvordan de planlegger og omstiller seg i en hektisk og uforutsigbar tjeneste med stort ansvar. Samtidig knytter vi det til måten koordinerende enhet samhandler med andre enheter for å skape størst verdi for bruker/pasient.

Samhandlingsreformen er tydelig på at helsetjenester må ytes på en mer samfunnsøkonomisk måte og verdien om sparsommelighet / kostnadseffektivitet vil derfor være relevant for koordinerende enhet. Denne verdien er blant annet knyttet til kommunens økonomiske situasjon, og dersom kommunen står under press vil denne verdien stå svært sterkt (Vabø og Vabo, 2014).

Selv om våre analyseenheter ikke sitter med økonomisk ansvar, ville de måtte ta hensyn til kommunens økonomi og helseinstitusjonenes budsjetter når det fattes vedtak. Samtidig må

vi huske på at det er fastsatt i lovverket at kommune skal gi nødvendige helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 a og b (2016). Vi ser at koordinerende enhet må ta hensyn til manglende ressurser når det kommer til tilgjengelig helse- og omsorgstjenester i kommunene, og ikke minst til hvilken kompetanse som er tilgjengelig. Det er ikke optimalt at enheten fatter vedtak som ikke er gjennomførbare ute i helseinstitusjonene. Det er også et fokus på å ikke sløse bort skattebetalernes penger ved å gi for rause tiltak, ha enheter som er overbemannet eller for mange ledige sengeplasser. Det er en balansegang her som koordinerende enhet har ansvar for å få riktig.

Verdi 2: Forutsigbarhet / Åpenhet

Denne verdien står for de demokratiske ordningene som omhandler forutsigbarhet, åpenhet og innsyn i forvaltningen. Vi har i vår oppgave valgt å knytte denne verdien til hvordan koordinerende enhet er opptatt av å yte lik og rettferdig behandling til alle. I tillegg har vi sett på hvordan enhetene i de valgte kommunene har organisert seg for å kunne være mest mulig forutsigbar, og for å kunne handle raskt og objektivt.

“Det viser til at innbyggerne er rettighetshavere som skal behandles på lik linje, og stilles likt for loven” (Nerli og Aarøe 2015, 24). Slik kan vi også se på det historiske og bringe klarhet i bakgrunnen for opprettelse av en koordinerende enhet. Enheten er en konsekvens av samhandlingsreformen, som igjen er noe borgerne selv har valgt gjennom politikken verden. Som borger har en rett på å få innsyn i hvordan politikken vi har valgt gjennomføres i samfunnet, jamfør offentlighetsprinsippet som innebærer visse prosessuelle rettigheter som sikrer borgeren en forutsigelig, saklig og grundig behandling (Vabø og Vabo 2014).

Koordinerende enhet i vår oppgave har fått tildelt vedtaksmyndighet og kan fatte enkeltvedtak (2016).⁴ som omhandler helse- og omsorgstjenester for bruker/pasient innenfor deres respektive kommuner. For at bruker/pasient skal kunne skaffe seg oversikt over hva en har krav på, og for å sikre at en har fått det en har rettigheter på, må alle

⁴ Forvaltningsloven § 2 bokstav b: «enkelvedtak, et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer;» - Heretter kalt vedtak..

vedtak grunnig.⁵ og gjøres skriftlig tilgjengelig.⁶ Loven kan være svært tunglest, spesielt for enkelte brukergrupper, og derfor er lovverket som tas med i begrunnelsen av vedtakene noe forenklet. Dette viser at koordinerende enhet kan sees i sammenheng med verdien om åpenhet og forutsigbarhet.

Det at bruker/pasient har rett på lik og rettferdig behandling, trenger ikke nødvendigvis bety at de gis nøyaktig samme vedtak, men at et vedtak tilpasses hver enkelt bruker. Selv om en brukersituasjon kan sees på som tilnærmet lik, kan det likevel være ulikt behov og ulike krav til behandling for å sikre brukerne/pasientene lik tjeneste. Denne verdien retter fokus mot likeverdige helsetjenester; målet er ikke å tilby like tjenester, men likeverdige tjenester, som tar hensyn til at befolkningen har ulike forutsetninger og behov. Dette kan oppnås ved å legge stor vekt på prosedyrer, kriterier og fremgangsmåter; fokuset er på hvordan ting utføres, men ikke hva som faktisk blir gjort. Dersom man skal se verdien ut i fra Webers syn, vil stort fokus på denne verdien føre til at en organisasjon vil bli mer byråkratisk (Vabø og Vabo 2014).

Verdi 3: Fleksibilitet / Responsivitet

Denne verdien viser til at offentlige institusjoner bør fungere etter sin hensikt, også under utfordrende omstendigheter. Verdien retter seg dypest sett mot befolkningens tillit til de offentlige tjenestene og politikerne, noe som kan komme til uttrykk i mange ledd. Tilliten til den norske velferdsstaten bestemmes av de erfaringene og inntrykkene som skapes der velferdsstaten møter borgere på nært hold, og skyldes ikke ene og alene hvor dedikerte politikerne er til å vedta lover, regler og reguleringer. Dersom man skal kunne skape en fleksibel og responsiv organisasjon, er det behov for dedikerte ansatte som er klar over de primære ambisjonene som er tilstede. En slik organisasjon vil være preget av gode og ansvarsfulle ansatte som jobber sammen for å håndtere og løse utfordrende arbeidsoppgaver en vil kunne møte i uforutsigbare og varierende miljø. Spesielt kan dette sees i sammenheng med ulike brukergrupper i helsetjenestene (Vabø og Vabo 2014; Nerli og Aarøe 2015). Det å være fleksibel kan innebære å finne kreative metoder for å løse de

⁵Forvaltningsloven § 25 sier at begrunnelsen til enkeltvedtak skal inneholde henvisning til lovhjemmel, en redegjørelse for de faktisk forhold vedtaket bygger på og en eventuell redegjørelse for skjønnet som er utvist.

⁶ Forvaltningsloven § 23

utfordringene som dukker opp, mens responsivitet har sammenheng med evnen til å snu seg raskt ved behov. Vi ser også tendenser til at uformell kontakt forekommer oftere under denne verdien. Med dette mener vi for eksempel kontakt som skjer ansikt til ansikt.

I denne oppgaven har vi valgt å sette verdien i sammenheng med hvordan koordinerende enhet kan fremstå som fleksibel i forhold til knapp ressurstillgang, og i samarbeidet mellom ulike utførerenheter. Samtidig ønsker vi å se på hvordan de tilpasser seg rundt utfordrende vedtak og utforutsette hendelser.

4.2 Analyse: Kommune A

Først vil vi komme med en beskrivelse av vedtaksprosessen i koordinerende enhet, samt hvilke samarbeider som finner sted internt i kommunen og eksternt på tvers av kommunegrensene. Deretter vil vi presentere våre funn og sette dem i sammenheng med de tre konkurrerende forvaltingsverdiene. Den samme oppbygningen vil finne sted i analysen av kommune B.

4.2.1 Vedtaksprosessen

Vedtaksprosessen i kommune A blir av L1 beskrevet som nærmest standardisert, men at den kan variere noe dersom det skal fattes komplekse vedtak. En typisk vedtaksprosess blir beskrevet slik: 1) Koordinerende enhet mottar en søknad og får samtidig erklæring på at de kan innhente opplysninger fra relevante samarbeidspartnere. 2) Koordinerende enhet vurderer så brukeren ut i fra opplysningene som er hentet inn, og foretar et hjemmebesøk dersom det er behov og tid til det. Dersom det snakk om komplekse saker diskuteres dette i fellesskap med de relevante utførerenhetene. Når vedtaket er fattet, leses det alltid gjennom og underskrives av to ansatte i enheten. Dette blir gjort for at den som mottar vedtaket [bruker/pasient] skal se at det er vurdert av flere enn bare en, og for at enheten skal sikre at det blir gjort riktig overfor bruker/pasient. Det er ingen krav om dette, men L1 forteller at kommune A har valgt å gjøre det slik for være mer ryddig. 3) Vedtaket sendes videre gjennom GERICA.⁷ og iverksettes hos den aktuelle utførerenheten. 4) Enheten som iverksetter vedtaket gir tilbakemelding til koordinerende enhet dersom det er behov for en eventuell vedtektsendring. Dette foregår som oftest gjennom møtevirksomhet, men også sporadisk gjennom telefon og mail. Vedtak som omhandler tjenester i hjemmesykepleien og hjemmetjeneste som har som oftest en kort revurderingsdato. Dette er på grunn av at det forekommer mange og raske endringer til enhver tid, og L1 sier at det er fort gjort å glemme noe. Samtidig påpeker L1 at vedtak som krever tverrfaglig samarbeid ofte diskuteres på samarbeidsmøter.

⁷ Gericica er et omfattende elektronisk pasientjournalssystem til bruk i kommunal helse og omsorg. Det brukes av alle faggrupper og gir ansatte tilgang til nødvendig og relevant informasjon om den enkelte pasient på en rask og sikker måte.

4.2.2 Samarbeidsprosessen

Samarbeidsprosessen omhandler hvem koordinerende enhet samarbeider med intern i kommunen, innad i enheten og utenfor kommunens egne grenser. De ulike samarbeidene som finner sted vil være med på å prege koordinerende enhet på ulike måter. Vi vil nedenfor gjennomgå dette i detalj.

4.2.2.1 Internt i kommunen

Koordinerende enhet har samarbeidsmøte en gang i uken med fagleder for hjemmetjenesten, fysioterapeut, ergoterapeut og leder for korttidsavdelingen på sykehjemmet. Her diskuteres det tverrfaglig for å kunne sikre en tilfredsstillende tjeneste for bruker/pasient. L1 sier også at de ved inhabilitet innad i koordinerende enhet kan få hjelp av utførerene til å fatte vedtak for dem, noe som har skjedd tidligere da de har benyttet seg av leder for hjemmetjenesten til dette formålet.

Før opprettelsen av koordinerende enhet hadde kommunen et inntaksråd som bestod av sykepleiere og to leger, men når koordinerende enhet ble et faktum valgte de å utelate legene. Dette er på grunn av at koordinerende enhet kan innhente de opplysninger de trenger om brukere/pasienter fra legene, ved behov. Samhandlingsreformen har ført til at vedtak må fattes raskere, og fordeling av for eksempel sykehjemsplasser skal skje i løpet av få dager. Jo flere "ledd" en søknad må igjennom, til lengere tid vil det ta for bruker/pasient å få tildelt en helsetjeneste. Dette er også en grunn til at legene nå er utelatt fra inntaksrådet. Et annet eksempel er pasienter som kommer fra sykehus. Her vil koordinerende enhet få tilsendt informasjon om pasienten direkte fra sykehuset via GERICA, og kan dermed fatte vedtak basert på denne informasjonen.

Sykehjemmet og hjemmetjenestens kontorer ligger plassert et godt stykke unna koordinerende enhet. Med tanke på lokaliseringen av disse kontorene vil den kontakten de har være formell, med andre ord så løper de ikke på hverandre i gangene. Den kontakten som finner sted skjer blant annet via møter og telefon. Dette gjør at vi kan se sammenhengen i organiseringen av koordinerende enhet, avstanden til utførerene og bestiller-utfører modellen.

4.2.2.2 Internt i koordinerende enhet

Som nevnt i vedtaksprosessen er det et tett samarbeid mellom de ansatte i koordinerende enhet. Alle ansatte kan skrive vedtak innenfor alle fagområder, og det vil alltid være to personer som leser igjennom og skriver under på et vedtak. Ergoterapeuten som er ansatt i enheten er koordinator for fysioterapeuttenester på tvers av alle utførerene og har hovedansvar for individuell plan, men selv om dette er tilfellet vil de andre ansatte også skrive vedtak på disse områdene.

L1 uttaler at de tidligere hadde fordelt forskjellige ansvarsområder til de ansatte, men at dette ikke fungerte godt i praksis. Dersom en ansatt ikke var tilgjengelig, hadde de andre ansatte verken kunnskap eller tid til å kunne utføre den andres arbeidsoppgaver, noe som i verste fall kunne føre til at vedtaksfatting ble gjort etter iverksettelse eller at ventetiden på vedtak ble svært lang.

4.2.2.3 Samarbeid eksternt

L1 uttaler at samarbeid med andre kommuner forekommer av ulike grunner. Hun nevner blant annet at de har overført vedtak til andre kommuner når de ansatte i enheten har vært inhabile. I små kommuner som dette, hvor alle kjenner alle, vil inhabilitet trolig forekomme hyppigere enn i store kommuner. L1 sier også at de har en åpen dialog med koordinerende enheter i andre kommuner hvor de deler kunnskap og erfaring i forhold til vedtaksfatting.

Samarbeidsavtaler på tvers av kommunegrensene kan være med å bidra til at pasienter og brukere mottar et mer helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det kan ofte være problematisk for små kommuner å tilby alle typer av tjenester og kan være med på å sikre et helhetlig pasientforløp. I kommune A samarbeider de med andre kommuner blant annet om KAD-senger (kommunal akutt sengepost). De samarbeider også på tvers av kommunegrensene når det kommer til utarbeidelse av nye forskrifter. L1 nevner blant annet en forskrift som omhandler forhold knyttet til sykehjemsopphold, og flere av kommunene i fylket har valgt å inngå et samarbeid for å komme med forslag til utarbeidelse av forskrifter.

4.2.3 Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet

Denne verdien viser til betydningen av å forvalte kommunens økonomi og de tilgjengelige ressursene på en hensiktsmessig måte. I følge Vabø og Vabo (2014) vil en slank, målrasjonell og effektiv organisasjon være realitet dersom den økonomiske situasjonen er presset. En slik økonomisk situasjon er sannsynligvis noe som er kjent i flertallet av norske kommuner, og er også tilfellet i kommune A.

Det er viktig å huske på at koordinerende enhet ikke sitter med det økonomiske ansvaret. Den økonomiske delen ligger fremdeles igjen hos utførerenhetene. Hver enkelt enhet har sitt budsjett, og vedtakene som fattes i koordinerende enhet kan ikke fattes på grunnlag av de forskjellige budsjettene. Dette gjør at vi kan koble opprettelsen av koordinerende enhet sammen med oppgavens teoretiske forankring om bestiller-utførermodellen, som omhandler det å skape avstand mellom den som bestiller og den som utfører. I dette tilfellet har kommunen valgt å skape avstand mellom koordinerende enhet som fatter vedtakene og bestiller helsetjeneste, og utførerenhetene som gjennomfører «bestillingene» som kommer.

Minste forsvarlige nivå

Koordinerende enhet kan ikke fatte vedtak basert direkte på økonomi, men det vil ikke bety at det ikke preger driften av enheten. L1 sier at bruker/pasient får tjenester i samsvar med det de har behov for. De fatter vedtak basert på «minste forsvarlig nivå», og justerer heller vedtaket underveis og ved behov. Dette vil være med på å begrense tilfellene av forause vedtak. Det vil være sløsing av ressurser at bruker/pasient får et bedre tilbud enn det de har krav på etter loven, og det vil ifølge L1 slå mer negativt ut om du tar vekk noe enn at du legger til tjeneste. Samtidig uttalte hun at «terskelen for å få hjemmehjelp er meget lav i forhold til andre kommuner, men brukere/pasienter vil kanskje si noe annet» (L1). Om dette er med på å reflektere kommunens økonomiske situasjon eller enhetens verdisyn kan diskuteres. L1 uttaler under intervjuet at de må ta hensyn til det økonomiske, men samtidig som de ønsker å ha en lav terskel for oppfyllelse av vedtakskravene.

Samarbeid

Et godt samarbeid internt og eksternt vil kunne være med på å effektivisere koordinerende enhet og dens oppgaver. L1 gir uttrykk for at det ukentlige samarbeidsmøtet mellom dem og de ulike enhetene har vært med på å gjøre deres jobb enklere. Hun fortalte at de tidligere hadde prøvd seg uten dette møte, men dette førte til merarbeid med tanke på deling av informasjon rundt vedtak. Utførereneheten ligger spredt innad i kommunen og det var svært ressurskrevende for koordinerende enhet å besøke hver enkelt. Jo mer effektiv og kontinuerlig informasjonsflyten er, til mer kostnadseffektiv vil enheten være. GERICA, som et elektronisk kommunikasjonshjelpemiddel vil også være sentral når det kommer til dette. Det vil trolig ikke være kostnadseffektivt å møtes for ofte, derfor er det viktig å finne en balansegang mellom elektroniske hjelpemidler og møtevirksomhet. Det virker som om L1 er fornøyd med dagens situasjon, og hun uttaler at møtene er hensiktsmessig for koordinerende enhet.

Planlegging

Det å kunne planlegge i organisasjoner som jobber med mennesker er ingen enkel sak. Ingen mennesker er like og de ansatte i koordinerende enhet må ta en unik vurdering for hvert vedtak som skal fattes. «Vi [koordinerende enhet] planlegger en del fremover i tid, men det er mye som er vanskelig å forutse» (L1). Det er derimot mulig å planlegge det administrative for å effektivisere det på en best mulig måte.

Under intervjuet ga L1 uttrykk for at det ikke alltid er like enkelt å planlegge i forhold til pasienter som kommer fra sykehus. Hun kommer med et praktisk eksempel:

Sykehuset ville ikke skrive pasienten ut uten sykehjemsplass, men det var ikke ledig plass den dagen. Det er vanskelig å hente opp en plass på forferdelig kort tid da det er lite rom for planlegging. Legevisitten går ofte rundt lunsjtider og pasienten skulle flyttes over samme dag (L1).

Dette mente L1 at var en konsekvens av at sykehusene sitter med makten, og fungerer som en storebror. De opplevde ofte at pasienten ble liggende på sykehus selv om de hadde fått melding om utskrivning, dermed ble eventuelle frigjorte plasser stående tomme. “Dette er sløsing av ressurser fra sykehusets side mener vi [koordinerende enhet], vi kunne tatt inn en annen bruker på korttidsopphold” (L1). Dette kan gi signaler om at utførereneheten ikke

har spesielt fokus på å være sparsommelig, men ut ifra det respondenten uttalte seg om, er mange slike tilfeller i stor grad styrt av sykehusene.

Beslutningsmyndighet

Når enheten ble opprettet ble det et tydeligere skille av funksjonsdelingen mellom utførerenhetene og koordinerende enhet. Dette vil gjøre det enklere for både bruker/pasient og kommunen å vite hvem som har ansvar for hva.

Før var ansvaret for vurdering og vedtaksfatting spredt rundt om hos de ulike enhetene. Dersom en bruker hadde behov for et vedtak som krevde at ansvaret ble fordelt mellom flere helsetjenester, måtte hver enkelt enhetsleder inn og vurdere. Slik er ikke situasjonen i dag, da det kun er vi [koordinerende enhet] som foretar vurdering ut ifra rettigheter og søknadene vi mottar, men ber om hjelp fra den aktuelle enhetslederen dersom det er behov for det. Slik unngår vi også dobbeltarbeid (L1).

Det vil også gjøre det enklere å fatte vedtak med «lik kvalitet». Til flere ulike enheter som sitter med vedtaksmyndighet, til større sjanse er det for at bruker/pasient ender opp med ulikt tilbud. Dette vil ikke være veldig hensiktsmessig.

4.2.4 Forutsigbarhet / Åpenhet

Når det kommer til verdien om forutsigbarhet og åpenhet har vi valgt å sette det opp mot kommune A's fokus på objektivitet og likhet, noe som igjen er knyttet opp mot lovverket.

Bestiller-utfører modellen

Ved starten av oppgaven satt vi med det inntrykket at denne verdien ville komme sterkt frem hos koordinerende enhet i kommune A. Dette var basert på hvordan de hadde valgt å strukturere selve enheten, med flere ansatte og med et eget kontor adskilt fra utførerenhetene. L1 ga oss informasjon om at tanken bak organiseringen var et ønske om en avstand mellom enheten og utførerenhetene, jf. bestiller-utfører modellen. Det er mange faktorer som kan spille inn på et vedtak, og litt av baktanken var et mål om å fatte vedtakene så objektivt, legitimt og korrekt som mulig. L1 sier at «fokuset skal ligge på hvilke behov og rettigheter bruker/pasient har krav på, altså på lovverket, og ikke kommunens økonomi og ressurser».

Lokaliseringen av selve kontoret til koordinerende enhet kan også være med på å forsterke avstanden til utførerenhetene. Enheten har fått kontor på kommunehuset, mens utførerenhetene er har sine egne lokaler flere kilometer unna. L1 sier at «det er viktig at tjenesten blir oppfattet som uavhengig av de andre enhetene innenfor helse- og omsorg, noe som er bakgrunnen for at lokalisering og oppretting av enheten er gjort slik det er i dag». Vi ser et tydelig skille mellom rollene som bestiller/utfører og et sterkt fokus på å være objektiv ved fattning av vedtak. Samtidig er det viktig å huske på at dette er en liten kommune hvor «alle kjenner alle», så den avstanden det er snakk om vil være relativ til størrelsen på kommunen. Selv om enhetene er adskilt, så er det ikke snakk om store avstander. Antall utførerenheter vil også spille inn da de vil ha et annet forhold til hverandre hvis det er snakk om mange sykehjem istedenfor få.

Ansikt utad

Koordinerende enhet er ifølge L1 sjeldent ute blant bruker/pasient, bortsett fra noen få hjemmebesøk og møter på sykehjem med brukere/pasienter som skal hjem etter opphold. L1 forklarer at det «på grunn av dette vil det for bruker/pasient ikke være like tydelig hvem som sitter og fatter vedtakene, da disse ser kun de som utøver tjenesten». Hun viser til at hvis man vil ha mer informasjon om koordinerende enhet kan man søke på kommunens hjemmesider. Ut i fra informasjonen L1 ga oss kan vi se at det er lite fokus på

å vise ansikt utad. Dette kan være med på å styrke fokuset på objektivitet da de ikke vil bli påvirket av bruker/pasient deres pårørende eller andre mennesker som taler deres sak. Fokuset vil ligge på å fatte vedtak etter lov.

Tydeligere beslutningsmyndighet

L1 sier at det ved etableringen av koordinerende enhet ble mye tydeligere hvem som satt med beslutningsmyndighet i kommunen rundt helse- og omsorgstjenester. Tidligere fantes det lite retningslinjer for hvem som kunne fatte hvilke vedtak, og det var ifølge L1 ikke like stort fokus på «likhet for loven». «Nå ligger alt ansvar på oss i koordinerende enhet, før var dette svært spredt da noe av ansvaret lå hos helse- og sosialsjef, mens noen vedtak til og med ble fattet hos hjemmesykepleien».

Det vil være enklere, både internt i kommunen og for innbyggerne, å få klarhet i hvem som sitter med ansvaret. Noen ganger har pasienter / brukere svært store og sammensatte behov, og det vil nå bli enklere å få oversikten når det kun er en enhet som sitter med ansvaret.

Begrunnelse i lovverket

Når vedtakene fattes, må alt begrunnes i det juridiske lovverket. L1 ga oss informasjon om at måten de fatter vedtak på er lik blant ansatte på kontoret, og at de alltid kontrollerer hverandre før noe sendes ut til bruker/pasient og utførerenhetene. De må også sende ut en skriftlig begrunnelse med henvisning til hvilke lovparagrafer de har fattet vedtak ut ifra. Denne begrunnelsen er viktig for at en bruker/pasient skal ha muligheten til å undersøke om de har fått det de har rett på, og ikke minst om hvorfor de har fått det vedtaket de har fått.

L1 forteller at vedtakene som fattes i dag, i mange tilfeller omhandler eldre, og at denne brukergruppen kanskje ikke har interesse eller behov for å forstå lovverket, men at de allikevel har muligheten til det på grunn av dette. Informasjonen L1 ga oss, gir oss inntrykk av at kommunen er opptatt av å være åpen om det arbeidet de gjør i forhold til bruker/pasient, og ikke minst i forhold til pårørende og andre interessenter. Dette kan også sees i sammenheng med offentlighetsprinsippet som er et viktig prinsipp i det offentlige.

Samarbeid

Siden våre analyseenheter hører til i relativt små kommuner kan et samarbeid mellom dem og andre kommuner være en effektiv måte å fordele og tilegne seg ny kunnskap på.

Universalismen sier at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uansett bosted, men samtidig ser vi at de ulike tjenestene blir tilpasset lokale forhold.

Kommune A samarbeider med andre kommuner i fylket når det kommer til forslag rundt vedtakelse av nye forskrifter som gjelder forhold knyttet til sykehjemsopphold, og også om pasientforløp. L1 sitter samtidig i et samarbeidsutvalg som tar opp helse- og omsorgsrelaterte temaer. De har også løpende kontakt med koordinerende enheter i andre kommuner hvor de deler kunnskap og erfaring, «det kan også hende at vi ber om hjelp, tips og råd i svært spesielle saker» (L1). Disse samarbeidene kan være med på å skape en forutsigbarhet for bruker/pasient om hvilke tjenester man får, uavhengig av hvilken kommune de befinner seg i.

L1 sier også at «det hender at vi [koordinerende enhet] fatter vedtak for hverandre [koordinerende enhet i andre kommuner]». Her kan viktigheten med å tilby like tjenester uavhengig av kommune komme frem. Hvis man skal fatte vedtak for en annen kommune kan det være sentralt at de har et felles grunnlag som de bygger vedtakene på.

4.2.5 Fleksibilitet / Responsivitet

Sammen med Samhandlingsreformen kom kravet om en mer effektiv organisering av tildeling og koordinering, og dette kravet har blitt møtt med opprettelsen av koordinerende enhet. L1 sier at det er vanlig at de snur seg raskt når det kreves av dem og dette kan vise at enheten kan være fleksibel når det kommer til endringer. Det å vise fleksibilitet er viktig for en organisasjon som jobber med mennesker. Det vil også være fordelaktig at det er minst mulig ventetid på vedtak av helsetjenester, spesielt de nødvendige helse- og omsorgstjenestene.

Beslutningsmakt og arbeidsoppgaver

Koordinerende enhet ligger inn under rådmannens stab, og L1 er på samme nivå som de andre lederne for de andre enhetene i kommunen. Siden enheten ikke må «svare til» en øvre leder kan dette gjøre at koordinerende enhet raskere kan respondere på søknader og fatte vedtak. Det blir færre ledd i kommunen å forholde seg til. Søknadene om helse- og omsorgstjenester mottas, behandles og vedtas i samme enhet.

L1 sier at ansvarsområdene innenfor koordinerende enhet har blitt noe utvidet etter opprettelsen av kontoret. De blir ofte tilegnet nye oppgaver som er relevant for enheten, men også de som ikke naturlig faller innenfor ansvarsområdet. Når kommunen er organisert med en flat struktur, er det ifølge L1 ingen som tar seg av de ansvarsområdene som er felles for alle, og at slike oppgaver ofte havner hos dem. Dette viser at enheten kan fremstå som fleksibel i forbindelse med det å utføre oppgaver som i den forstand ikke er tiltenkt koordinerende enhet.

L1 forteller at koordinerende enhet også må være tilgjengelig for å hjelpe andre. De fungerer nærmest som et rådgivende organ i kommunen og forteller at de opplever å få henvendelser fra folk som tar kontakt for å rådføre seg.

Vi [koordinerende enhet] må være tilgjengelig for å hjelpe andre som tar kontakt for å få hjelp og for å rådføre seg, selv om de kanskje burde ha henvendt seg til en annen avdeling som for eksempel NAV. Vi er nødt til å yte hjelp, og være fleksibel og klar for å hjelpe selv i en hektisk arbeidshverdag, vi kan ikke skyve unna folk som har behov for hjelp, det vil virke lite profesjonelt fra enhetens side.

Koordinere enhet har ifølge L1 mange arbeidsoppgaver utenom det som naturlig faller inn under enheten, men slår fast at de aldri har sagt nei eller avvist noen som har tatt kontakt for å få hjelp, og mener at det er viktig å være fleksibel på dette området. L1 sier at hun ønsker at folk skal kunne «snakke godt om oss».

Samarbeid

L1 gir uttrykk for at det er et stort krav om å være responsiv, og det å kunne utføre saksbehandling på kortest mulig tid. En avgjørende faktor for å kunne være responsiv vil være at all informasjon er tilgjengelig for koordinerende enhet. Som nevnt tidligere har koordinerende enhet samarbeidsmøte en gang i uken med de ulike enhetslederne. Informasjonen som utveksles på disse møtene kan være med på å gjøre det enklere for koordinerende enhet å fatte og endre vedtak som er tilpasset de enkeltes brukere / pasienters behov. Vi skal ikke undervurdere kunnskapen de ansatte i koordinerende enhet sitter med innen helse og omsorg, men de som jobber innenfor de forskjellige enhetene til daglig vil nok ha bedre oversikt over deres og bruker/pasientens behov og hverdag. L1 sier at de får god informasjon fra tilsynsleger og legene på sykehuset om aktuelle pasienter. GERICA er et viktig virkemiddel for å opprettholde informasjonsflyten. Dette kan også vises tilbake til kapittel 4.2.2 som beskriver samarbeidsprosessen. Bedre samarbeid internt vil trolig være avgjørende for hvor responsiv koordinerende enhet kan være. Ved informasjonsutveksling kan vi gå fra et rigid system som kun baserer seg på lovverket, til å tilby en mer fleksibel tjeneste som er bedre tilpasset den enkelte.

Samtidig kan samarbeid på tvers av kommunegrensene i små kommuner være en måte å kunne tilby et helhetlig tilbud i større grad, noe som ifølge våre respondenter kan være utfordrende i små kommuner. Kommune A er opptatt av å skape et helhetlig pasientforløp for sine innbyggere og eksternt samarbeid kan være med på å innfri dette. Kommunen og koordinerende enhet viser at det er fleksible ved å inngå samarbeid med andre kommuner. Ved kommunesamarbeid vil også enheten tilegne seg mer kunnskap og kompetanse, noe som kan føre til at de kan fatte vedtak på komplekse områder raskere. Dette kan sees i sammenheng med graden av responsivitet.

Ressurstilgang

Når vedtak skal fattes er det viktig at det er mulig å gjennomføre dem i utførerene, og L1 sier at dette ikke alltid er tilfellet. Når disse situasjonene oppstår må de vise

fleksibilitet. L1 forteller at det er utfordrende å tilby tjenester rundt avlastning og støttekontakt på grunn av at det er mangel på mennesker til å utføre disse tjenestene, noe som kan forekomme i små kommuner.

«Vi prøver da å gi bruker et annet vedtak, som kanskje er enklere å få satt i gang, men hjelper bruker i samme grad. For å fatte et vedtak som ikke er mulig å utføre, det er det ingen vits i. Vi kan selvfølgelig skaffe flere avlastningsfamilier, men det krever vilje fra resten av befolkningen, og det å bli godkjent for noe slikt er en tidkrevende prosess for kommunen generelt» (L1).

Måten koordinerende enhet har løst dette på, er at de har satt ned en gruppe støttekontakter som samles sammen med en gruppe barn og ungdommer med ulike vedtak knyttet til avlastning og støttekontaktordningen. Slik oppnår kommunen å kunne gi et tilpasset tilbud når det ikke er mulig å gjennomføre det vedtaket de har krav på. Dette viser at de er fleksibel i måten vedtakene fattes ut i fra deres tilgang på ressurser, og kan også sees i sammenheng med kostnadseffektivitet da flere vil kunne få et tilbud ved bruk av mindre ressurser (selv om dette sannsynligvis ikke var intensjonen bak denne avgjørelsen).

Ansatte

Da alle ansatte i koordinerende enhet kan fatte alle typer vedtak vil dette være med på å gjøre dem mer fleksibel og responsiv. De vil være i stand til å fatte vedtak raskt uavhengig av hvem som er tilstede på kontoret.

Ett eksempel fra L1 som kan være med å underbygge at enheten er fleksibel er da en av de ansatte måtte flyttes over til flykningstjenesten. Dette ble varslet om knappe to uker i forveien, noe som førte til at de andre ansatte i enheten måtte omstille seg raskt og fordele arbeidsoppgaver mellom seg.

Vedtak

L1 sier at: “vi vurderer jo alle individuelt, men må noen ganger vurdere ut ifra det vi har gjort i saker som er tilsvarende eller saker som er svært like, men helt klart, det individuelle hensyn må tas”. Dette kan også knyttes rundt verdien for forutsigbarhet og åpenhet, samtidig som det viser at koordinerende enhet forsøker å være fleksibel. Det vil eksistere en balansegang mellom det å være bundet til lovverket og det å utøve skjønn.

4.2.6 Kompetanse

I henhold til kompetanse så kan dette knyttes til alle de tre verdiene, og vi har derfor valgt å ta med et eget delkapittel som omhandler dette.

Når det kommer til kompetanse og kostnadseffektivitet så vil en bred kompetanse være med på å gi en mer effektiv vedtaksprosess. Desto mer erfaring og kunnskap de ansatte sitter inne med, jo større forutsetninger har de for å få gjennomført sine arbeidsoppgaver på en effektiv måte.

Bred kompetanse innad i enheten kan også være med på å gjøre koordinerende enhet mer fleksibel da alle ansatte kan fatte alle typer vedtak. De ansatte har ulik bakgrunn og utdanning, og vil kunne dele kunnskap og erfaring med hverandre på tvers av fagområdene. Dette gjør også at enheten ikke er avhengig av enkeltpersoner for å kunne fatte en bestemt type vedtak. L1 uttaler at «her sitter alle med alt, dette synes vi er bra for å få spredt kunnskapen». Dette gjør at en pasient eller bruker med et sammensatt behov, ikke trenger flere ulike saksbehandlere, da en og samme kan behandle flere typer saker.

Det at det ligger et kompetansegrunnlag i bunn, fører også til forutsigbarhet. Det er viktig at de ansatte har god kunnskap og forståelse av lovverk, forskrifter, normer og regler i helse- og omsorgssektoren. L1 viser til at hun synes det er viktig at de ansatte har ulik kompetanse da de vil være med på å utfylle hverandre. Kunnskapen som ligger til grunn er med på å kunne gi brukere og pasienter et mer likt og rettferdig tilbud. L1 uttaler også at de går tilbake og ser på hvordan gamle vedtak ble fattet, og på denne måten kunne bygge kompetanse ut i fra tidligere arbeid «man blir aldri utlært, og det ligger mye erfaring og lærdom i gamle vedtak» (L1). I kapittel 2.3.4. om bestiller-utfører modellen er også viktigheten av kompetanse omtalt, og dersom koordinerende enhet har mangelfull kompetanse på sine områder, kan enheten få problemer med å ivareta sine oppgaver på en tilfredsstillende måte.

4.3 Analyse: Kommune B

4.3.1 Vedtaksprosessen

Vedtaksprosessen i Kommune B starter når en søknad på helsetjenester mottas. Her kan enten bruker/pasient søke selv, eller andre kan søke på vegne av dem. Hvis andre søker vil de som yter helsehjelp dra ut til bruker/pasient og innhente samtykkekompetanse. Når søknaden er mottatt må koordinerende enhet sette i gang med kartlegging. L2 samarbeider med de ulike utførerenhetene hun har behov for i hver enkelt sak. De har også tverrfaglige samarbeidsmøter hvert fjortende dag og inntaksråd en gang i måneden. Ved komplekse saker kan det forekomme at L2 reiser ut til den enkelte bruker/pasient for å skaffe nødvendig informasjon for å fatte et vedtak. Når informasjonen er samlet inn vil L2 benytte seg av et fastlagt vurderingsskjema fra IPLOS-registeret.⁸ som beskriver bistandsbehovet til bruker/pasient. Når bistandsbehovet er kartlagt vil koordinerende enhet få oversikt over om helsehjelpen kan ytes i hjemmet eller om behovet for institusjonsplass er tilstede. L2 har ansvaret for å fatte alle vedtak, utenom tvangsvedtak. Når L2 har fattet vedtakene, har utførerenheten ansvaret for å iverksette tjenestene. L2 har også ansvaret for alle endringsvedtak, noe som skal forekomme hver fjortende dag.

4.3.2 Samarbeidsprosessen

4.3.2.1 Internt i kommunen

L2 gir uttrykk for at det er tett og godt samarbeid mellom de ulike enhetene i kommunen. Den faste grupperingen⁹ som møtes hver 14. dag bestående av L2, kommunal fysioterapeut, ergoterapeut og leder for hjemmetjenesten, diskuterer brukere/pasienter som har behov for en tverrfaglig vurdering. I tillegg har kommunen et inntaksråd som møtes en gang i måneden, hvor lederne for hver enhet samt institusjonslegen deltar. Her diskuteres innkomne saker, samt endringer i ulike vedtak og kartlegging, dette for å sikre at bruker/pasient blir best mulig ivaretatt.

⁸ IPLOS-registeret er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte beskriver bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester. Registeret inneholder standardiserte retningslinjer å vurdere en bruker etter helsedirektoratet 2017

⁹ Heretter kalt tverrfaglig samarbeidsmøte.

4.3.2.2 Samarbeid mellom koordinerende enhet og overordnede leder

L2 benytter seg av enhetsleder for helse og omsorg i kommunen til råd og veiledning vedrørende hennes posisjon som leder for koordinerende enhet. L2 gir oss inntrykk at den overordnede leder har bred kunnskap og erfaring, og er den hun søker hjelp hos når det er behov. «Overordnet leder kommer ofte med gode råd, gir meg handlingsrom og stiller motspørsmål som får meg til å tenke» [L2]. På grunn av hennes varierte og sammensatte arbeidsoppgaver innen kommunen, samarbeider hun også med overordnet leder om ansvaret for pasientjournaler. Samtidig er L2 nødt til å rapportere inn antallet brukere/pasienter som trenger korttids- og langtidsopphold i de ulike helse- og omsorgsenhetene. Enhetsleder for helse og omsorg har totalansvar for hele tjenesten.

4.3.2.3 Samarbeid eksternt

En stor del av jobben til L2 omhandler kommunikasjon med sykehusene, og hun har ansvaret for alle e-meldinger.¹⁰ «Når det gjelder kommunikasjon mot sykehuset mottar jeg informasjon om behandling av pasienten, vi kan derfra vurdere om pasienten har behov for institusjonsplass eller ei» (L2).

I Kommune B fikk vi dessverre ikke samlet inn empiri angående samarbeid med andre kommuner.

4.3.3 Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet

Koordinerende enhet i kommune B sitter som nevnt ikke med noe økonomisk ansvar, og som i kommune A er det utførerenhetene som tar regningen for de vedtakene som fattes. Det som er ulikt fra kommune A er derimot at det økonomiske ansvaret for selve enheten ligger hos enhetsleder for helse- og omsorg, og ikke hos rådmannen.

Selv om dette er tilfellet vil L2 uansett måtte ta økonomiske hensyn i beslutningsprosessen. Fokus på god planlegging, godt samarbeid og en åpen og

¹⁰ Elektroniske meldinger mellom ulike aktører i helsetjenesten for en mer effektiv kommunikasjon. E-meldingene sendes sikkert gjennom Helsenet og kan inneholde sensitiv pasientinformasjon og personopplysninger

kontinuerlig kommunikasjon med andre enheter er alle faktorer som kan være med på å styrke verdien om kostnadseffektivitet.

Samarbeid

L2 uttrykker at hun ønsker å ha en god oversikt over de forskjellige utførerenhetene som faller inn under hennes vedtaksmyndighet. Et helhetlig bilde gjør det enklere for henne å gjennomføre sine arbeidsoppgaver på en effektiv og hensiktsmessig måte.

Som eksempel viser L2 til hjemmetjenesten, og sier at de har daglig kontakt med hverandre. Hyppigheten kan komme av at det i hjemmetjenesten er et større behov for informasjon rundt den enkelte bruker/pasient da deres behovsnivå vil variere i stor grad. Det å ha en åpen dialog om ulike prosesser vil føre til at bruker/pasient vil bli bedre kartlagt, og dermed vil koordinerende enhet kunne tilby mer tilpassede og effektive helsetjenester. God og fortløpende kommunikasjon er svært viktig for at L2 skal kunne gjennomføre sin jobb på en optimal måte, noe som igjen vil føre til økt kostnadseffektivitet.

L2 sier at de ulike enhetene har et tett og godt samarbeid, men at det samtidig kan være utfordrende å opprettholde kommunikasjon på tvers av enhetene, og da spesielt med de som jobber ute i hjemmetjenesten. Et hjelpemiddel som kan være med på å forbedre kommunikasjon og samhandling er Visma Omsorg Profil.¹¹ Pasientjournalen effektiviserer arbeidet i pleie- og omsorgssektoren på en måte som gir mer tid til bruker/pasient, og økt kvalitet på informasjonsbehandling. L2 opplever derimot at utførerenhetene ikke er flinke nok til å føre informasjon angående bruker/pasient inn i systemet, derav kan det være utfordrende for henne å fatte og endre vedtak.

Konsekvensene av dette er at L2 vil bruke ekstra tid på å samle inn informasjon direkte fra utførerenhetene. Et system som fungerer som det skal i alle ledd er svært viktig for at L2 skal kunne gjennomføre sin jobb mest mulig effektivt. L2 gir uttrykk for at det mangler forståelse for viktigheten av å ta i bruk Visma som kommunikasjonsverktøy, samtidig som hun tror at utfordringen kan skyldes at mange som jobber innad i hjemmetjenesten ikke er

¹¹ Visma Omsorg Profil er en elektronisk pasientjournal for pleie- og omsorgssektoren. Dette er et system som inneholder alle sentrale funksjoner for saksbehandling, oppfølging av pasienter og administrativ oversikt For ulike enheter innad i kommunene. Data som registreres, gjenbrukes effektivt i hele løsningen og oppdatert informasjon er alltid tilgjengelig, uavhengig av tid og sted (Visma 2017).

så godt kjent med elektroniske kommunikasjons hjelpemiddel generelt da "... de er ikke datagenerasjon". L2 mener at kommunen har en vei å gå på dette området og at god opplæring i dette programmet vil være en forutsetning for en vellykket koordinering i kommunen.

Samarbeidsmøter

Ved de ulike møtene (tverrfaglig samarbeidsmøte og inntaksråd) er L2 avhengig av at de andre møtedeltakerne stiller forberedt. Dersom dette ikke forekommer vil det bli dobbeltarbeid i form av informasjonsinnhenting direkte fra enhetene i etterkant, noe som ikke vil være effektiv bruk av ressurser. «Det som er viktig er at de andre enhetene gjør jobben sin i forhold til dokumentasjon. Dette er kjempeviktig for min jobb og det at jeg skal kunne fatte vedtak riktig» (L2).

Under de tverrfaglige samarbeidsmøtene diskuterte de tidligere alle saker som kom til koordinerende enhet. De har i senere tid valgt å ta ut en del saker som omhandler brukere/pasienter som ikke har behov for en tverrfaglig vurdering (prosedyresaker). Dette kan fra koordinerende enhets side sees på som en måte å effektivisere møtevirksomheten og informasjonsdelingen på.

Minste forsvarlig nivå

Selv om L2 ikke har direkte ansvar for det økonomiske må hun ta visse hensyn til økonomi ved fattig av vedtak. L2 uttaler at hennes sjef oppfordrer henne til å tenke på kostnadseffektivitet, samtidig som hun poengterer at hennes jobb er å fatte vedtak etter lovverket. L2 er opptatt av at de som virkelig har behov for institusjonsplass får det, og at de som kan få den hjelpen de har behov for på annet vis, kan få det gjennom andre tjenester. Hvis behovet kan bli dekket av tjenester fra hjemmetjenesten blir dette gjennomført. Gjennom å prioritere tjenester på denne måten vil L2 dekke opp minste forsvarlige nivå hos bruker/pasient, og unngå sløsing i form av forause tiltak.

Leders stilling

L2 er ansatt som leder i enheten i 60%, samtidig har hun en 40% stilling som innebærer andre arbeidsoppgaver utenfor stillingen i koordinerende enhet (en tredelt stilling). Hun beskriver seg selv som en blekksprut som må holde styr på flere områder innenfor kommunen, og at det kan bli vanskelig til tider å skille de forskjellige arbeidsområdene fra

hverandre. Da L2 har noen arbeidsoppgaver som faller utenfor koordinerende enhet, kan dette være med på å påvirke effektiviteten innad i enheten. L2 uttaler at hun har veldig mye å gjøre og at det i enkelte perioder er behov for overtidsarbeid. Hennes fokus må fordeles over flere ledd, og dette kan føre til at L2 har mindre tid og ressurser til den koordinerende biten av stillingen. L2's tredelte stilling kan på den andre siden være kostnadseffektivt ved at hun har god kjennskap til andre systemer og oppgaver innad i kommunen.

Spørsmålet her vil være om det er effektivt for kommunen å ha en person med en så oppdelt stilling som L2. Koordinering av tjenester kan være en krevende jobb med omfattende forarbeid, og hun har gitt uttrykk for at det til tider kan være en krevende mengde med arbeid. Kanskje hadde kommunen vært bedre tjent med å ha henne i full stilling som koordinerende leder. L2 beskriver seg selv som en potet, og at det i perioder er for mye jobb til hva en person kan rekke over. Samtidig forklarer hun at hun sliter med å forstå hvorfor enkelte arbeidsoppgaver er plassert under enheten. Slik vi ser det hadde kanskje det mest optimale vært at L2 bare hadde ansvaret for koordinerende enhet.

Planlegging

En viktig faktor når det kommer til kostnadseffektivitet vil være god planlegging. Det å samle vedtaksmyndigheten i et kontor som koordinerende enhet vil gjøre det enklere å planlegge fremtiden. L2 sier: "jeg har ikke noe med kostnader å gjøre, men må selvfølgelig tenke litt på dette når det gjelder det å planlegge systemet godt. Det vi kan forutse, må vi forutse". Et eksempel er fokuset på helsetjenester som kan gis i hjemmet. De som har krav på institusjonsplass får det, mens de som kan hjelpes hjemme vil få tjenester i form av hjemmesykepleie. Dette vil være med på å sikre at sengeplasser ikke blir brukt unødig.

L2 kommer med et eksempel på hvordan hun jobber opp mot planlegging: «vi har greid å unngå dagbøter fra sykehuset frem til nå, vi har greid å ta imot alle ... (L2). Ut i fra denne informasjon sitter vi med det inntrykket av at L2 har bredt fokus på planlegging, samtidig som det kan være et resultat av god samhandling mellom de øvrige utførerene. God planlegging kan også føre til at koordinerende enhet kan være mer kostnadseffektiv. I dette tilfellet vil også god planlegging være avhengig av at kommunikasjonen mellom enhet og sykehus fungerer på en optimal måte.

4.3.4 Forutsigbarhet / Åpenhet

I denne verdien ligger hovedfokus på lovverket, klare prosedyrer og retningslinjer, samt innsyn i forvaltningen. Dette er alle virkemidler for å kunne sikre alle pasienter/brukere lik og rettferdig behandling, og en høyere kvalitet på saksbehandling. L2 ga uttrykk for at det er viet mye oppmerksomhet til prosessstyring i Kommune B.

L2 sier at det er enklere å få oversikt over de ulike helse- og omsorgstjenestene når det er en person som sitter med alt ansvaret, istedenfor at vedtaksmyndigheten er spredt mellom ulike utførerenheter. Det vil også være mer oversiktlig og forutsigbart for bruker/pasient og deres pårørende når de kun har en enhet å forholde seg til, spesielt i saker hvor de har krav på helsetjenester fra ulike utførerenheter. Det kan også være med på å forenkle den administrative biten innad i kommunen da alt skal behandles i den samme enheten.

Minste forsvarlig nivå

L2 legger stor vekt på at hun har et lovverk å forholde seg til og etterstreber lik behandling av bruker/pasient. Dette betyr ikke nødvendigvis at alle skal motta lik behandling, men at hver enkelt skal vurderes individuelt og gis nøyaktig det de har rettigheter til og behov for. Videre påpeker L2 at for at ulike pasienter/brukere skal kunne få likt tilbud, er det i mange tilfeller behov for ulik behandling. Hun sier at tidligere erfaring og kunnskap er viktig når vedtak skal fattes, og tar nå videreutdanning innenfor det helsejuridiske for å styrke sin kompetanse rundt lovverket. Minste forsvarlig nivå skal opprettholdes, men det er viktig å forstå at kravet om faglig forsvarlighet kan oppnås på forskjellige måter, og at det fungerer som en rettslig minstestandard eller en norm som er i stadig utvikling. «Jeg er opptatt av at alle skal bli sett, hørt og respekter, men det er ikke nødvendigvis de [bruker/pasient] får det de kunne tenkt seg» (L2), samtidig som hun sier at «det å ha muligheten til å se brukeren anser jeg som viktig for å fatte vedtak så korrekt som mulig» Her ser vi at L2 er forutsigbar i den forstand at bruker/pasient får det de har krav på etter lovverket, men måten hun jobber på heller mer mot at hun er fleksibel når hun skal fatte vedtak. Dette vil bli videre omtalt under neste verdi.

Fokus på lovverket

L2 uttaler at «jeg opplever at det ofte kan være en tendens til at noen [utførerenhetene] prater sin sak, men jeg er opptatt av å se helheten i det, og sile ut informasjon og ivareta

lovverket». Hun synes å være svært opptatt av at vedtak skal fattes ut fra «likhet for loven» og at lovverket skal legges til grunn i alle typer vedtak. I tillegg synes det å virke som at hun legger mye i det at «alle skal bli sett og hørt», samtidig som hun er opptatt av å se helheten i det. Det at L2 hører på hva den enkelte utførelsenheten har å si, kan sees i sammenheng med at de forsøker å ha en åpen dialog mellom de ulike helsetjenestene, og uttrykker samtidig koordinerende enhets fokus på lovverket. Slik kan vi også se det i nær tilknytning til verdien for åpenhet og forutsigbarhet.

Prosedyrer og retningslinjer i utførelsenhetene

L2 uttrykker viktigheten av at alle ledd i kommunen forholder seg til prosedyrer og retningslinjer som er etablert. De er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne gjennomføre sine jobber på en god og effektiv måte. Hvis de etablerte rutineene ikke blir fulgt vil dette kunne føre med seg konsekvenser. Et eksempel L2 viser til er at ved endring av vedtak innen fjorten dager etter vedtaket ble fattet, må informasjon om dette sendes til koordinerende enhet. L2 sier at selv om dette er en del av rutinen i kommunen er det ikke alltid det skjer. Her ser vi en svikt i kommunikasjonen mellom de ulike enhetene, og informasjonsflyten vil kunne stoppe opp. Det er viktig at det er en kontinuerlig informasjonsutveksling for å være forutsigbar, og når rutiner ikke opprettholdes vil dette bli vanskelig. Dette vil ikke nødvendigvis være med på å reflektere koordinerende enhets syn på denne verdien, men det kan være med på å gjøre det vanskelig for enheten å være forutsigbar overfor bruker/pasient.

Ansikt utad

L2 er opptatt av at hun skal være tilgjengelig for innbyggerne i kommunen. Som leder av koordinerende enhet vil hun være en representant for en forvaltningsorganisasjon som innbyggerne i kommunen kommer i direkte kontakt med, og det er i denne situasjonen tillit mellom partene skapes. L2 forteller at hun ofte drar ut til brukerne «... fordi jeg er opptatt av å være en synlig bit for brukerne ...». Samtidig er L2 opptatt av å «... være et ansikt utad i kommunen», og mener at terskelen for å ta kontakt skal være så lav som mulig. Dette kan være med på å skape en åpen dialog i mellom innbyggerne og koordinerende enhet. En annen form for åpenhet kan vise seg gjennom begrunnelse av vedtak. L2 sier «dette er med på å skape tillit til koordinerende enhet (forvaltningen), noe “vi” (koordinerende enhet) er spesielt opptatt av».

Samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse.¹² er en del av lovverket som ligger til grunn for vedtak som fattes, og omhandler den enkleste rett til å bestemme selv. Det at koordinerende legger stor vekt på lovverket kan gi oss innblikk i hvor sentral verdien for åpenhet/forutsigbarhet er for vedtaksprosessen. Koordinerende enhet må undersøke om bruker/pasient faktisk ønsker hjelp, og derifra ta fatt på vurderingsprosessen som til slutt resulterer i et vedtak.

Noen ganger kan det være tilfelle at pårørende mener at det er behov for en institusjonsplass, mens pasienten selv mener at det ikke er noe problem, at en klarer seg slik det er. Da er det for oss [koordinerende enhet] ingen sak, da vurderer vi ut i fra at pasienten kan få den hjelpen en trenger hjemme, da det er dette de selv ønsker. At pasienten selv er i stand til å samtykke, det er det den som yter helsehjelp som har ansvar for. Noen ganger kan pasienten bo hjemme, men samtidig ha behov for annen hjelp. Da må vi [koordinerende enhet] undersøke om dette er noe de ønsker. Derifra må vi [koordinerende enhet] gjennom vurderingsprosessen og til slutt fatter vi vedtak (L2).

Planlegging

L2 ga oss informasjon om at planen og hensikten bak opprettelsen av koordinerende enhet var et sterkt ønske om å skape en helhet blant de tjenesteytende enhetene innen helse og omsorg i kommunen. Kommuneledelsen mente at noen skulle sitte med det totale overblikket, og L2 tror at dette var gjort for å kunne planlegge så godt at det var mulig å se lengre frem i tid enn bare morgendagen. Ved at noen sitter med det totale overblikket og ser sammenhengen, gjør det sannsynligvis mulig å kunne forutse hendelser og utfordringer frem i tid, og slik kunne planlegge for å møte eventuelle utfordringer. Med dette ser vi at planlegging ut i fra det totale overblikket blant helsetjenestene kan sees i sammenheng med Vabø og Vabos (2014) verdi som omhandler forutsigbarhet, samtidig som vi ser viktigheten av planlegging.

¹² Pasient- og brukerrettighetsloven. §4-1 Hovedregel om samtykke:

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen

Jeg har også opplevd at tilstanden er så ille at pasienten som søker vedtak ender opp rett inn på demensavdeling. Dette er som regel skjulte pasienter for oss, som mest sannsynlig har noen pårørende som har tatt seg av dem, men som til slutt ikke klarer mer. Dette har vi opplevd, men som regel har vi god kontroll på pasientene våre (L2).

L2s beskrivelse ovenfor viser viktigheten av planlegging og det å se fremover. Samtidig som kan det se ut til at de utførende enhetene og koordinerende enhet har god oversikt over kommunens «potensielle brukere», noe som også kan være et resultat av god samhandling. Dette kan også gjenspeile verdien forutsigbarhet og åpenhet, ved at god samhandling kan føre til økt forutsigbarhet, noe som det kan se ut til at kommune B har lyktes med.

Pårørende og lovverkets viktighet

Pårørende prater sin sak. Vi har prøvd å kjøre saker for fylkesmannen, der kommunen har fått medhold selv om det ble kjørt veldig hardt fra brukers pårørende sin side. Klart at pårørende står for sin sak, men her er det viktig å holde seg til lovverket og at vi har det tverrfaglige forumet for å kunne ta opp sakene våre i. Vi etterstreber lik behandling, men noen er selvfølgelig mer pågående enn andre. Igjen mener jeg [L2] at det er viktig å se dem, høre dem og ikke avvise dem.

Dette kan sees i sammenheng med hvordan L2 får koordinerende enhet til å fremstå som pålitelig for både bruker/pasient og pårørende, og understreker hvor sentral verdien om åpenhet er for hennes forhold til dem. Samtidig vil saker som dette reflektere hvor sentralt lovverket står i enheten. Det at saken vant igjennom hos fylkesmann, viser at det er fattet vedtaket i henhold til lovverket, og at det er en vektlegging på verdien om forutsigbarhet. Det å ha en åpen og forutsigbar koordinerende enhet vil også være med på styrke tilliten som innbyggerne har til at vedtakene blir fattet basert på lovverket og på riktig grunnlag.

4.3.5 Fleksibilitet / Responsivitet

Vi vil her ta for oss hvordan koordinerende enhet løser arbeidsoppgavene som dukker opp i uforutsigbare og varierende omgivelser. Verdien er relatert til den organiske organisasjonen og tillitsreformen, der hovedtyngden ligger i tilliten kommunens innbyggere har til de offentlige institusjonene (Vabø og Vabo 2014).

Minste forsvarlig nivå

Som nevnt tidligere vil det virke som om L2 viser mye fleksibilitet under vedtaksprosessen, og hun legger vekt på viktigheten av dette siden hun jobber med mennesker. «Bruker/pasient skal bli sett og hørt, og aldri bli avvist i døren» (L2). Det som kommer tydelig frem er at L2 er mer åpen for at helsehjelp skal kunne ytes i alle enheter, uavhengig av hvor man er plassert. Hvis man får oppfylt sitt krav igjennom for eksempel hjemmehjelp, så har du ikke behov for institusjonsplass. Dette kan også sees i sammenheng med tilgang på ressurser. Tilgang og etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester i kommunene står ikke alltid i stil, og man må kunne tilpasse seg for å innfri kravene. L2 jobbet tidligere på gulvet i en institusjon og forteller at hun opplevde enkelte avgjørelser rundt flytting av pasienter som helt «hoderystende», og mener at avgjørelser ikke alltid var like godt gjennomtenkt.

Det verste er vel overflytting mellom avdelinger. Hvorfor skal pasienter flytte tenker jeg. Det er sykepleiere både på ei demensavdeling og ei helt vanlig langtidsavdeling som kan ivareta de samme behovene en pasient eller bruker måtte ha. I stedet for at vi skal måtte flytte unødvendig, og slik også lage ekstra belastning for en allerede syk pasient (L2).

Her ser vi at det er en vei å gå når det gjelder fleksibilitet i forhold til hvilken avdeling bruker/pasient er plassert, da hun som leder mener at den samme hjelpen kan ytes på likt nivå flere steder. Det er viktig å påpeke at dette var situasjonen før L2 overtok som leder for koordinerende enhet, og at det er noe som jobbes kontinuerlig med i dag.

Samtykkekompetanse

Som nevnt under kapittel 4.3.4 er fokuset på samtykkekompetanse en viktig del av vedtaksprosessen for koordinerende enhet. L2 er opptatt av at det er pasienten selv som

skal søke på helsetjenester, og ikke de pårørende. Hvis dette ikke er tilfelle vil de som yter helsehjelpen dra ut til pasienten for å få samtykke. Under denne prosessen vil pasientens ønsker stå i fokus (så langt de har samtykkekompetanse). Dette viser til at L2 er fleksibel når det kommer til å tilby ulike helsetjenester som er best tilpasset den enkelte bruker/pasient.

Samarbeid

Ut i fra informasjonen L2 ga oss, ser vi at tett samarbeid og en åpen dialog i det daglige virke, er viktige elementer for å sikre bruker/pasienters rettigheter, noe som også er sentralt for å kunne skape tillit.

Vi som er å anse som en liten kommune, har et veldig godt og tett samarbeid, og dette tror jeg er lurt. Det er en veldig åpen dialog om ulike prosesser, noe som fører til at brukerne våre blir veldig godt kartlagt (L2).

Dette tette samarbeidet vil kunne føre til at informasjon om bruker/pasient vil komme raskere frem til koordinerende enhet. Et samarbeid mellom de ulike enhetene i kommunen vil være viktig med tanke på at L2 ikke innehar tilstrekkelig med kompetanse på de ulike fagområdene som ligger inn under koordinerende enhet. Et tverrfaglig samarbeid vil derfor være sentralt for å kunne lykkes med koordinering og tildeling av tjenester i små kommuner, da det kan være vanskelig å ha tilstrekkelig med kompetanse i en enkelt enhet.

Arbeidsoppgaver

Kommune B har valgt å strukturere koordinerende enhet ulikt fra vår andre analyseenhet, ved at koordinerende enhet består av en person i 60% lederstilling. Selv om leder har langt mindre stillingsprosent enn de ansatte i kommune A, ser vi at hun har desto flere varierte arbeidsoppgaver. Vi kan se dette i sammenheng med at L2 fremstår som fleksibel i forhold til at hun sjonglerer mellom flere sammensatte arbeidsoppgaver innenfor mange ulike felt. Samtidig gir L2 oss inntrykk av at det beste hadde vært og bare hatt oppgaver direkte knyttet opp mot koordinerende enhet.

Slik det er gjort i denne kommunen her, ved å legge veldig mye på en og samme person, er trykket veldig stort på meg [L2] som eneste person. Det er mange hensyn å ta og en mange ulike saker og arbeidsoppgaver på en person. Jeg har

veldig mye å gjøre og prøver å skille mellom arbeidstid og privatliv. Det som ikke blir gjort innen normal arbeidstid, enten må jeg få forståelse for at det er mye jobb å gjøre, eller så blir det ikke gjort. Jeg har en tredelt stilling pluss mye mer. Jeg ser en sammenheng i noen av arbeidsoppgavene, men samtidig er det noen jeg kunne vært foruten da de er svært ulik de andre oppgavene. Jeg har veldig mange oppgaver, så stillingen er veldig sammensatt, noe som er utrolig krevende å få gjort alt det en skal, og sjonglere så mange roller. Det ideelle hadde vært og hatt bare koordinerende enhet (L2).

L2 forteller også at jobben som leder for koordinerende enhet inneholder så mye mer enn bare helserelaterte saker. Hun har også arbeidsoppgaver som er knyttet til forhold som gjelder individuell plan, og som ifølge L2 ikke nødvendigvis trenger å omhandle helsetjenester. «Dette kan være tjenester innenfor barnevern, PPT-tjenesten og NAV. Slike tjenester har også krav på individuell plan, men det omhandler så mye mer enn helse» (L2).

Beskrivelsen L2 ga oss av sine arbeidsoppgaver hvordan de henger sammen, forteller oss at hun som leder og eneste ansatt i enheten skal nå ut til svært mange. Dette er med på å underbygge verdien for fleksibilitet sett i sammenheng med det som er beskrevet ovenfor om kompleksiteten av arbeidsoppgavene, og samtidig understreker det hvordan L2 som leder fremstår som fleksibel i forhold til sine arbeidsoppgaver.

Planlegging og fleksibilitet

Planlegging kan også sees i sammenheng med hvordan koordinerende enhet, i kombinasjon med utførerenhetene, kan fremstå som fleksibel. I henhold til perioder med stor pågang og få ledige sengeplasser sier L2 at de ut ifra informasjon fra sykehuset kan planlegge det å ha ledige sengeplasser i tiden fremover. Man kan prioritere de sykeste brukerne/pasientene til sengeplasser og/eller tilby andre helsetjenester for en periode, men samtidig sikre at de får et tilsvarende tilbud som de med institusjonsplass. En slik måte å planlegge og tilpasse tjenestene til bruker/pasient på, gir oss inntrykk av at enheten vektlegger verdien om fleksibilitet og responsivitet, med hensyn på god planlegging og tilpassing. Dette underbygges også med L2s utsagn som er referert til under.

Det er viktig at de pasientene som virkelig har behov for institusjonsplass får det, og de som kan få hjelp i lik grad ved å få et tilpasset tilbud gjennom hjemmehjelp og hjemmesykepleie får det. Dette synes jeg [L2] kommunen har lyktes med når det kommer til god planlegging og god koordinering (L2).

5.0 Drøftelse

I dette kapitlet vil vi forsøke å gjøre en sammenligning av kommunene relatert til de konkurrerende forvaltningsverdiene. Vi ønsker her å trekke frem de viktigste funnene fra vår analyse for å vise forskjeller og eventuelle likheter mellom kommunene, samtidig som vi ønsker å se på hvordan de ulike enhetene er påvirket av sine omgivelser. Vi ønsker å drøfte rundt temaene som vår problemstilling omhandler, nemlig hvordan organiseringen vil være med på å vektlegge hvilke verdier som preger koordinerende enhet. Sett i sammenheng med kapittel 4, håper vi at en sammenligning kan være med på å øke forståelsen av hvilke verdier som er mest vektlagt. Vi vil først ta for oss selve drøftelsen, for deretter å se på andre påvirkningsfaktorer som kan være med på å prege koordinerende enhet.

5.1 Sparsommelighet / Kostnadseffektivitet

Det er etablert at koordinerende enhet ikke kan fatte vedtak basert på økonomi, og dermed vektlegges denne verdien i noen lunde lik grad hos begge enhetene. Vi ser derimot forskjeller når det kommer til innholdet i vedtakene. Kommune A har uttalt at de har fått tilbakemelding om at de må begrense ulike vedtak som omhandler de mer fleksible helsetjenestene. L1 ga oss informasjon om at de ikke plukker tjenester fra øverste hylle, og heller starter på minste forsvarlig nivå for så å tilpasse tjenestene underveis. Kommune B har også fokus på dette, men L2 fastslår samtidig at hun benytter seg mye av skjønnsutøvelse når hun skal fatte vedtak. En balansegang mellom god informasjon og god kartlegging synes å være svært viktig i kommune B. Noe av dette kan ligge i hvordan koordinerende enhet er strukturert med tanke på bestiller-utfører og den tradisjonelle etatsmodellen, og vil dermed være en form for påtvunget tankesett som preger det daglige virke i enhetene. Vi ser en tendens til at fokuset på kostnadseffektivitet står sterkt i kommune A når de skal fatte vedtak, mens kommune B heller mer mot fleksibilitet. Men sett i sin helhet har denne verdien i noen lunde lik grad påvirkning på koordinerende enhet, men da på ulike områder og måter, ut i fra konteksten den sees ut i fra.

Planlegging og dagbøter

God planlegging kan være et sentralt virkemiddel for å oppnå kostnadseffektivitet. Et eksempel vi ser i kommune A er utfordringene som dukker opp ved planlegging av ledige

sengeplasser til pasienter som kommer fra sykehuset. Noen ganger kan det skje at det ikke er ledige sengeplasser grunnet kort tidsfrist fra sykehusene, og dermed blir pasientene liggende på sykehusene. Dette kan skape store kostnader for kommunen da de vil motta dagbøter fra staten for hvert liggedøgn etter utskrivning. På den andre siden er det heller ikke veldig kostnadseffektivt at det står tomme sengeplasser, da de heller kan brukes til bruker/pasient med behov for korttidsopphold. L1 gir uttrykk for at de prøver å planlegge en del fremover i tid, men at det er mye som er vanskelig å forutse. L2 på sin side gir uttrykk for at de er gode på å planlegge, noe som vi synes kommer godt frem i det som er omtalt om kommunens samarbeid med sykehusene. L2 forteller at kommune B per i dag ikke har mottatt noen dagbøter, og hun føler at kommunen har lykket godt med planlegging og koordinering, selv om hun innrømmer at noen ganger har vært litt flaks med tanke på sengeplasser.

Samarbeid

Den samarbeidsformen vi ser oftest i koordinerende enhet er samarbeidet med de andre enhetene, spesielt i form av møter. For L2 er disse møtene viktig med tanke på at hun skal fatte så korrekte vedtak som mulig, spesielt rundt komplekse vedtak som krever spesiell kompetanse. Det er også viktig at de som deltar på møtene er godt forberedt og at all nødvendig informasjon blir delt. L2 legger vekt på at et tett og godt samarbeid er svært viktig i små kommuner som kommune B. L1 sier også at de møtene som finner sted i kommune A er svært hensiktsmessig. Her ser vi at samarbeidsmøtene er med på å effektivisere driften av koordinerende enhet i begge kommunene.

Under intervjuene fant vi ut at begge kommunene har tilpasset samarbeidsmøtene for å dekke deres behov. Kommune A valgte å ta ut legene fra møtet da de uansett vil få tilgang på informasjonen legene besitter via GERICA. Kommune B har valgt å ta ut prosedyresaker da det allerede foreligger klare retningslinjer rundt disse sakene. Samtidig har de valgt å utelate saker som ikke har behov for tverrfaglig vurdering. Her ser vi at det er et fokus på å effektivisere samarbeidsmøtene hos begge kommunene.

Det viktigste med disse samarbeidsmøtene er at de dekker de behovene som er tilstede i den enkelte kommune. Det vil være naturlig at kommune A ikke har samme behovet for samarbeidsmøter som kommune B da de sitter med mer kompetanse i form av fagfolk

(ansatte). Det virker som om begge lederne er fornøyd med dagens situasjon, og at dette er med på å gjøre dem mer kostnadseffektiv.

Organisering av koordinerende enhet

Sparsommelighet og kostnadseffektivitet kan også gjenspeiles i hvordan kommunen har valgt å bygge opp sin koordinerende enhet. Begge kommunene er relativt små kommuner, men folketallet skiller noe. Begge kommunene gir uttrykk for at de har mer enn stor nok arbeidsmengde, og at stadig flere oppgaver blir plassert hos dem. Begge ønsker også at de kunne hatt mer kompetanse rundt saksbehandling og lovverket tilgjengelig, kanskje helst i form av flere ansatte.

Hvordan organiseringen er med på å spille inn på kostnadseffektivitet kan vi ikke si så mye om i dette tilfellet. Vi kan ikke svare på om flere ansatte i enhetene vil være med på å effektivisere driften mer eller ikke, da vi ikke har full oversikt over hva som foregår i enhetene. Men vi ser kanskje noen tendenser til at kommunene prøver å være sparsommelig med tanke på at de ikke tilegner flere ansatte til en enhet som sitter med en arbeidsmengde som det til tider er krevende å komme igjennom.

5.2 Forutsigbarhet / Åpenhet

I kommune A er man ikke like ofte ute på hjemmebesøk og besøk ute i utførerenhetene som i kommune B. Dette kan sees i sammenheng med at enheten innehar mer kompetanse blant de ansatte, og på grunn av et ønske om å skille mellom rollene som bestiller/utfører. Vi ser en større avstand mellom koordinerende enhet og utførerenhetene i kommune A enn i Kommune B. L2 som sitter alene med ansvaret vil være mer avhengig av samarbeid med utførerenhetene for å innhente relevant informasjon til fattig av vedtak. Hjemmebesøk vil også være nyttig av samme grunn. Her ser vi at de to enhetene skiller seg fra hverandre. Begge kommunene har sagt at de har et sterkt fokus på lovverket, og dette viser seg igjennom empirien som har blitt samlet inn. Forskjellen mellom de finner vi i selve saksbehandlingen som skjer før et vedtak blir fattet. Det virker som om kommune A preges mer av klare retningslinjer og fastlagte arbeidsmetoder. De fleste vedtak vil bli fattet i enheten og er et samarbeid mellom de ansatte. Kommune B på den andre siden er mer ute blant bruker/pasient og utførerenheter, og har ikke en fastlagt vei å gå for å komme frem til et vedtak. Vi sitter med den oppfatningen at kommune B må være mer fleksibel for

samarbeid og kontakt med bruker/pasient enn kommune A da de baserer mye av vedtakene direkte på lov. Det er i en slik sammenheng også viktig å se på lovverket som en måte å fremstå som åpen fremfor brukerne.

Når det kommer til at alle skal ha rett på likt tilbud og lik behandling ser vi også to forskjellige fremgangsmåter hos analyseenhetene. Som nevnt baserer kommune A seg mye på loven, mens kommune B også er mye ute blant utførerene og pasient/bruker. Hvis vedtak blir fattet etter lov, blir det likt for alle. Alle får det de har krav på så lenge de oppfyller de ulike lovkravene som er spesifisert for helsetjenesten. Her får vi en forutsigbar helsetjenestene og ingen blir forskjellsbehandlet. Det som kan diskuteres er om dette blir rettferdig for alle da vi mennesker er svært ulike. To personer med samme diagnose kan måtte komme til å behøve ulik behandling for å få tilsvarende nytte ut av helsetjenesten. Her ser vi at kommune B gjennom nærhet til bruker/pasienter og utførerene kan oppnå akkurat denne biten litt enklere enn kommune A, som på sin side ser ut til å ha fokus på å skape avstand.

I kommune B kan det se ut til at det er et bredt fokus på «likhet for loven», og at alle skal vurderes likt. I denne kommunen har de tatt i bruk standarder for å forsikre seg at alle brukere blir vurdert på lik linje, noe som står sentralt i denne verdien. Kommune B tar også hjemmebesøk når et vedtak skal fattes. Kommune A på sin side synes ikke å være veldig opptatt av å gjennomføre hjemmebesøk og det å være synlig. L1 sier at det for en bruker/pasient ikke er veldig tydelig hvem som fatter vedtakene innad i kommunen, noe som står i motsetning til kommune B der de er opptatt av nærhet og det å være synlig.

I og med at lovverket er grunnleggende for å fatte vedtak kan vi komme med en antydning om at kommune A er mer forutsigbar enn kommune B, men det er ingen tvil om at begge enhetene legger vekt på denne verdien, men da i ulik grad og på ulikt vis som er tilpasset situasjonen.

5.3 Flexibilitet / Responsivitet

Vi har fastslått at begge kommunene har et stort fokus på å forholde seg til lov, men at kommune B kan fremstå som noe mer fleksibel enn kommune A. Dette kan komme av at

L2 har et godt samarbeid med utførerenhetene og en tettere kontakt med bruker/pasient. Når man er ute og snakker med de som trenger helsetjenester kan det dukke opp andre faktorer som kan påvirke vedtakene og innholdet i dem. Som L2 uttalte skal det være mulig å få samme behandling uavhengig av hvilken institusjon du er en del av, og dette kan vise at kommune B ikke alltid har fastlåste rutiner og objektive kriterier på hvordan ting skal gjøres. Fremgangsmåten for å fatte vedtak er ikke entydig, og det er mange veier man kan gå for å komme frem til et korrekt vedtak. Det kan virke som om L2 har mer fokus på mennesker og deres ulike behov, og at disse behovene kan bli oppfylt på forskjellige måter. Det er viktig å huske på at det ikke er bare fysiologiske behov som skal oppfylles for at et menneske skal få en god livskvalitet, jf. Maslows behovspyramide.¹³. Trygghetsbehov og sosiale behov er også svært viktig for oss som mennesker, og disse vil ikke være enkle å finne ut av hvis man kun skal fatte vedtak basert på lov. Vi kan knytte dette opp mot utøvelse av skjønn, noe som vi ser forekommer oftere i kommune B enn i kommune A.

L2 fremstår som fleksibel da hun har flere arbeidsoppgaver utenfor stillingen som enhetsleder, noe som gjør at hun må sjonglere mellom ulike roller og fagområder i kommunen. Ut i fra empirien synes vi å se at L2 sitter med en større mengde ansvar alene som enkeltperson, sammenlignet med de ansatte i kommune A. L2 er alene om å ha overblikket, og er derfor avhengig av å tilegne seg kompetanse og kunnskap som ligger i de ulike utførerenhetene. Dette kan vi også se i sammenheng med at kommune A og L1 har et større faglig kompetansefelt enn kommune B, og har dermed et dypere faglig grunnlag som utgangspunkt når vedtak skal fattes. L1 har ansvar for en del oppgaver som ikke naturlig faller inn under koordinerende enhet, samtidig som at de er behjelpelig når folk tar kontakt med enheten for å søke råd og hjelp. L1 mener at det å snu seg raskt og ha evnen til å tilpasse seg er viktig når det kommer til å jobbe med mennesker, noe som kan reflektere at de har fokus på det å være responsiv.

¹³ En behovsteori utviklet av psykologen Abraham Maslow. Han satte opp menneskets behov i et behovshierarki hvor behovene må dekkles nedenfra og opp i pyramiden. Fra bunn til topp finner vi; fysiologiske behov, trygghetsbehov, sosiale behov, annerkjennelse og selvrealisering.

Kommune B vil trolig være mer sårbar hvis L2 ikke er tilgjengelig av ulike årsaker, som sykdom, videreutdanning o.l. Kommune A har flere ansatte som kan fatte alle typer av vedtak, og vil slik ikke være like avhengig av en viss ansatt.

Denne verdien er den som retter seg mest mot folkets tillit til de offentlige tjenestene. Her tror vi nok «ansikt utad» vil være med på å spille en sentral rolle for hvilke forhold innbyggerne får til koordinerende enhet i kommunen. Kommune A har sagt at det ikke er tydelig for bruker/pasient hvem som fatter vedtak da disse kun ser de som utøver tjenestene. Når et vedtak fattes får de det tilsendt skriftlig og med en begrunnelse basert på tunglest lovverk. Dette vil i våre øyne ikke være med på å styrke forholdet mellom innbyggerne og koordinerende enhet da det eneste de ser en enhetens navn på et papir. Kommune B er på den andre siden opptatt av at hun skal være synlig og tilgjengelig for innbyggerne og at det skal skapes tillit mellom dem. Her vil kommune B fremstå som mer fleksibel enn kommune A.

Samarbeid for å opprettholde informasjonsflyten på tvers av enhetene er et sentralt tema for begge kommunene. Kommune A beskriver samarbeidsmøtene som viktig for å kunne opprettholde kommunikasjon og informasjon på tvers av koordinerende enhet og utførerenehetene. L1 sier at elektroniske kommunikasjons hjelpemidler er viktig med tanke på kommunikasjon med sykehusene, og at dette er sentralt for at kommunen skal kunne løse oppgaver raskt og responsiv. Det at kommunen tar i bruk flere måter å kommunisere på viser også graden av fleksibilitet, da en på ingen måter er bundet til å bruke en bestemt «kommunikasjonskanal», og at det i visse situasjoner kan være greit å møtes ansikt til ansikt for å diskutere. God informasjonsflyt og kommunikasjon gjør at koordinerende enhet har mulighet til å tilby en mer fleksibel tjeneste tilpasset den enkelte.

Kommune B på sin side beskriver også samarbeidet i kommunen som godt. Det trekkes frem at det er en åpen dialog om de ulike prosessene, men at kommunikasjonen i form av tilbakemelding og rapportering fra enkelte utførereneheter kan være utfordrende. Det er også her tatt i bruk elektroniske kommunikasjons hjelpemidler, men ut ifra det som kom frem av vår empiri, kan det se ut til at utførerenehetene ikke helt har forstått viktigheten av det å rapportere tilbake til koordinerende enhet elektronisk.

Gjennom våre funn ser vi at kommune A har en mer formalisert kommunikasjon mens det i kommune B er mer tendenser til uformell kommunikasjon. Dette kommer til syne i

kommune A gjennom deres samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike utførerene som for oftest skjer gjennom faste møter og elektronisk rapportering. Vi ser samme form for samarbeid og kommunikasjon i kommune B, men at de også i større grad benytter seg av direkte kontakt utenom møter.

5.4 Andre påvirkningsfaktorer

I tillegg til ulik organisering er det andre påvirkningsfaktorer som kan være med på å prege koordinerende enhet og hvilke verdier som vektlegges. Mangel på ressurser, arbeidsoppgaver utenfor enheten, ulike krav fra kommunene, kommunens økonomiske situasjon, kommunestørrelse, uklare mål og mangel på kompetanse er eksempler på noen av faktorer. Vi vil gå igjennom noen av dem nedenfor, men det kan selvfølgelig være flere faktorer enn de som blir nevnt til stede.

5.4.1 Kommunestørrelse

Ved valg av analyseenheter bestemte vi oss for å forske på det vi kaller små kommuner som har mellom 3 000 til 10 000 innbyggere. Selv om vårt valg var basert på ulik organisering av koordinerende enhet, vil nok størrelsen på kommunene være med på å påvirke. Hadde begge kommunen vært av samme størrelse, kunne vi kanskje sett en annerledes organisering enn hva tilfellene er her. Kommunens geografiske størrelse og folketetthet kan også spille inn.

Ikke alle kommuner benytter ressurser på opprettelse og drift av et eget kontor for koordinerende enhet, men har kun en ansatt i stillingen som koordinerende leder, som i kommune B. I mange tilfeller er det heller ikke nødvendig å ha flere ansatte da leder kan gjennomføre jobben på en tilfredsstillende måte.

Mangel på kompetanse kan også være avgjørende for driften av koordinerende enhet. Små kommuner har dessverre ikke flust av mennesker med både relevant utdanning og erfaring. Det optimale hadde vært ansatte med både helse og juss utdanning, noe også lederne uttrykker i intervjuene. L1 sier det har vært mangel på kunnskap rundt helse- og regelverket i sin enhet. Når vi spurte L2 om hvilken fagbakgrunn hun skulle ønske en

framtidig ansatt skulle ha, var svaret «juss bakgrunn». Store kommuner som Oslo, Bergen og Trondheim vil nok ikke oppleve samme problemet med dette som de små kommunene.

Ut i fra våre empiriske funn tror vi at kommunestørrelsen er avgjørende for organisering av koordinerende enhet.

5.4.2 Ledelse i koordinerende enhet

En leders jobb er å planlegge, ta beslutninger, samordne og kontrollere ut fra formelle mål og rammer som skal realiseres (Christensen, Lærgreid, og Røvik 2013). En leder vil ha stor makt innenfor den organisasjonen de leder, og vil til en viss grad være med på å prege den daglige driften og organiseringen som finner sted. Med tanke på at vi brukte lederne hos koordinerende enhet som respondenter er det viktig å huske på at de vil bli påvirket av andre ting enn bare formelle vedtak, lover, normer, regler, og ikke minst verdier. Deres hverdag vil være i stadig endring og svært kompleks, og det kreves mye av en person å ta beslutninger som direkte preger andre mennesker og deres rett på helsetjenester.

L1 og L2 har blant annet ulik utdanningsbakgrunn, jobberfaring og fartstid innenfor helse- og omsorg og det administrative. Vi har ikke en fullstendig oversikt over hva de har jobbet med tidligere, men fikk litt informasjon om dette under intervjuene. Vi vet at L1 tidligere jobbet som leder på sykehjemmet i samme kommune og er opprinnelig utdannet sykepleier. Hun uttalte seg ikke noe mer om hun har annen erfaring eller utdanning. L2 har som nevnt tidligere en mer variert bakgrunn innenfor pedagogikk, sykepleie og ledelse. Hun poengter under intervjuet at hennes pedagogiske bakgrunn har vært viktig for henne i jobben. L2 har mer praktisk erfaringen innenfor det administrative enn L1, men begge lederne tar nå videreutdanning innenfor saksbehandling og helsejuss. Selv om det ikke kom frem direkte under intervjuene, vil vi tro at bakgrunnen til lederne vil spille inn i hvordan de gjennomfører sin jobb. De vil sitte med praksiser, normer og verdier som de har tilegnet seg igjennom karrieren og livet.

En annen viktig faktor er antall ansatte i koordinerende enhet. Enheten i kommune A består av leder og to ansatte. L2 uttalte under intervjuet at de ansatte har fagbakgrunn som sykepleier, jurist og ergoterapeut, og at de har en merkantil på deling innad i kommunen. Begge lederne har andre oppgaver ved siden av. L1 sitter i en samarbeidsgruppe på tvers

av ulike kommuner innenfor fylke, mens L2 har andre arbeidsoppgaver innad i kommunen.

Alle faktorene som er nevnt ovenfor kan være med på å påvirke hvilke verdier som er viktige for lederne ved gjennomføringen av jobben sin. Hvilken som helst organisasjon vil bære preg av menneskene som er en del av den.

5.4.3 Kommunens organisering

Plasseringen av koordinerende enhet innad i kommunen vil også være med på å påvirke verdisynet. Dette er en refleksjon av de ulike valgene kommunene har tatt, men det vil være med på å prege koordinerende enhet i den daglige driften. I kommune A er koordinerende enhet hierarkisk plassert under rådmannen, mens Kommune B ligger under enhet for helse- og omsorg. I kommune A var dette gjort med et ønske om å skille mellom de ulike rollene, jf. bestiller-utfører modellen. Den fysiske plasseringen av deres lokaler vil også være en faktor. Dette vil fungere mer som symbolikk for deres ståsted, og også her reflekteres det som er nevnt ovenfor: Det er mer fokus på å hindre at en styringseffekt finner sted gjennom stor fysisk og organisatorisk avstand i Kommune A enn i Kommune B, hvor de er mer samlokalisering og har en organisatorisk nærhet til utførerenhetene.

Disse faktorene er ikke noe de ansatte i koordinerende enhet kan påvirke fra dag til dag, da det må strukturelle og fysiske endringer til.

5.4.4 Kommunenes økonomiske situasjon

At kommunens økonomiske situasjon vil være med på å prege driften av koordinerende enhet er vel ingen tvil om. Det er svært få norske kommuner som sitter med store ressurser til rådighet, og dette er også tilfellet i våre to analyseenheter. Dette vil være med på å legge et press på koordinerende enhet om å tenke på kostnadseffektivitet og sparsommelighet, selv om dette kanskje verken er deres ønskede fokus eller prioritet.

5.5 Konklusjon

I denne oppgaven var hensikten å søke svar på hvordan organisering av koordinerende enhet ville være med på å påvirke vektleggingen av de ulike konkurrerende forvaltningsverdiene. Våre funn viser at verdiene komme til uttrykk på ulike måter og i ulik grad i de to koordinerende enhetene.

Sparsommelighet/kostnadseffektivitet

Vi ser at begge kommunene tar hensyn til kostnadseffektivitet, og vi ser tendenser til at dette fokuset ble etablert allerede ved etableringen av koordinerende enhet. Selv om de ikke kan ta direkte hensyn til kommunens økonomiske situasjon når vedtak skal fattes, kan kostnadseffektivitet oppnås med andre midler. Her ser vi at kommunene har fokus på å planlegge fremover, samarbeider med andre enheter for å fatte mest mulig korrekte vedtak og at de prøver å utnytte sine ressurser på en best mulig måte. Måten de har valgt å gjennomføre dette på er noe ulikt, men målet er nok det samme.

Forutsigbarhet/ åpenhet

Vi ser at begge kommunene har fokus på denne verdien, men at kommune A har et større fokus på forutsigbarhet enn Kommune B. Dette viser seg nok i størst grad under vedtaksprosessen. Kommune B har mye fokus rettet mot det å ha kontakt med bruker / pasient, mens kommune A har uttalt at de kun har hjemmebesøk når det er behov for det i komplekse saker. Dette kan gi oss signaler om at koordinerende enhet i kommune A i større grad fatter vedtak basert på lovverket og ut ifra ansattes kompetanse. Her vil nok den bredde kompetansen i kommune A ha en avgjørende rolle. Kommune B på den andre siden vil nok være mer avhengig av hjemmebesøk og et bredt samarbeid med utførerene for å kunne fatte åpne og informerte vedtak.

Fleksibilitet / Responsivitet

Vi ser at fleksibilitet viser seg i ulike former hos analyseenhetene våre og at begge enhetene bærer preg av denne verdien. Koordinerende enhet i begge kommunene har tatt på seg ulike arbeidsoppgaver som ligger utenfor deres arbeidsområde og de er begge fleksibel når det kommer til bruk av ulike kommunikasjonsmetoder. Vi synes derimot at kommune B bærer sterkest preg av denne verdien da L2 ikke nødvendigvis har fastlåste rutiner når vedtak skal fattes. Hennes fokus på nærhet til bruker/pasient og utførerene

vil være med på å tilby en fleksibel og responsiv tjeneste, noe som betyr at hun er i stand til å omstille seg raskt ved behov.

Oppsummering

Koordinerende enhet må drive en slank og målrasjonell organisasjon, samtidig som de ikke kan fatte vedtak på grunnlag av økonomi. De må være en organisk organisasjon som er fleksibel og kan ta avgjørelser kjapt, men samtidig ta hensyn til det byråkratiske, forholde seg til lovverket og skape en åpenhet og forutsigbarhet ut mot borgerne. De skal kunne fatte vedtak som gir likt tilbud til borgerne, samtidig som de må yte skjønn i enkelte tilfeller. For mye fokus på en av verdiene kan føre til at ett eller flere av verdisettene blir ignorert eller undergravd (Vabø og Vabo, 2014).

Selv om vi ser tendenser til at noen verdier vektlegges ulikt vil vi konkludere med at alle tre konkurrerende forvaltningsverdier kommer til synet uavhengig av hvordan koordinerende enhet er organisert.

6.0 Avslutning

Vi startet oppgaven med de forutsetningene at vi ville finne forskjeller hos analyseenhetene da de var organisert ulikt og var av forskjellig størrelse både mht. enhet og kommunestørrelse. Disse forventningene viste seg å slå til, om ikke i like stor grad som vi hadde trodd.

Ved gjennomgang av vår empiri så vi at vi ikke kunne fastslå med sikkerhet hvilke verdier som kom til synet under etableringen og organisering av koordinerende enhet. Det vi derimot fant ut var at i kommune A var det et ønske om å få en profesjonalisert enhet for koordinering og tildeling, mens i kommune B var det et ønske om å få en enhet som hadde overblikket og så helheten. Dette kan tolkes mot at kommune A heller mer mot forutsigbarhet / åpenhet, og kommune B mot fleksibilitet /responsivitet. Siden etableringen av en koordinerende enhet er et lovkrav som må oppfylles av kommunene, er det ikke sikkert det ligger så mye mer bak enn det som er beskrevet ovenfor, dette vet vi dessverre ikke så mye om. Fokuset på verdien om kostnadseffektivitet / sparsommelighet vil spille en sentral rolle ved organisering av koordinerende enhet. Fokuset på effektivitetsmål kom med de NPM inspirerte reformene og vil være med på å prege det offentlige i alle ledd, også kommunene.

Når det kommer til den daglige driften finner vi større forskjeller mellom kommunene. Vår oppgave gir ingen fasit på hvilke verdier som står sterkest da vi kun har fått en grov oversikt over enhetene. Vi kan derimot vise til tendenser som kan være med på å gi et lite innblikk i hvordan de tenker og praktiserer i sin hverdag som koordinerende enhet i sine respektive kommuner. Vi ser at kommune A heller mer mot verdien forutsigbarhet med deres fokus på lovverket. Kommune B på den andre siden har et tettere samarbeid med de ulike utførelsenhetene og mer kontakt med pasientene / brukerne i kommunen, noe som kan tyde på at de utøver mer fleksibilitet. Med tanke på kostnadseffektivitet vet vi at vedtak rundt helse- og omsorgstjenester ikke kan fattes med hensyn til kommunens økonomiske situasjon. Koordinerende enhet i begge kommunene har derimot funnet andre måter å være kostnadseffektiv på. Dette viser seg igjennom god planlegging, godt samarbeid intern og ekstern med kommuner og et fokus på å unngå forause vedtak

Under intervjuet var det siste spørsmålet som ble stilt: «Hvilket begrep representer koordinerende enhet i din kommune best?» Vi fikk følgende svar:

Kostnadseffektiv er vi nok ikke. Men vi er forutsigbar. Vi er fleksibel. Mye av jobben vår handler om veiledning. Det kommer folk hit og lurer på hva de har rett på. Vi kan ikke bare skyve dem unna for så si at nei du har ikke rett på noe, bare for å spare inn. Vi er jo nødt til å yte hjelp (L1)

Jeg tenker det at forutsigbarheten er viktig for bruker og pasient, at de er trygge på at de får den hjelpen de har krav på. Jeg har ikke med kostander å gjøre, men må selvfølgelig tenke litt på dette når det gjelder det å planlegge systemet godt.

Fleksibel tror jeg nok at jeg er i alle kanter. Det må vi nok være når vi har med folk å gjøre. En god blanding tror jeg det ideelle (L2)

Når det kommer til organiseringen av koordinerende enhet vil det ikke finnes en enkel oppskrift for hvordan dette skal gjøres. Det vil finnes trolig like mange varianter av koordinerende enhet i Norge som det finnes kommuner. Enhetene vil være preget av sine omgivelser og de menneskene som jobber der. De ulike omgivelsene vil også endre seg over tid. Selv om enhetene bygger på ulike forvaltningsverdier, skal de fortsatt tilby en helhetlig helsetjeneste til sine innbyggere. Her vil vi finne ulike tilnærminger og ulike blandinger av mål og verdier. Hvordan de kommer frem til dette målet, er opp til dem. De må gjøre det som passer best for dem i de ulike situasjonene de befinner seg i.

Selv om de ulike forvaltningsverdiene kommer til uttrykk på ulike måter og i ulik grad hos analyseenhetene våre, sitter vi igjen med en oppfatning av at begge organisasjonsmåtene har resultert i en forvaltning som evner å skape plass til alle de tre ulike verdiene, samtidig som de ser menneskene de skal levere tjenestene til, hvilket er det viktigste. Dette synes vi også er reflektert ovenfor i svarene til lederne. En god blanding vil trolig være det ideelle.

6.1 Veier til videre forskning

I vår oppgave tok vi valget om å intervjuer lederne for koordinerende enhet da vi følte det var disse som kunne gi oss empiri av god kvalitet rundt vår problemstilling da de har en innsikt i enheten ingen andre har. Vi føler nå i etterkant at vi kun fikk en grov oversikt over arbeidet i koordinerende enhet og vi synes det hadde vært spennende og hatt muligheten til å gå mer i dybden, blant annet ved å se nærmere på vedtaksprosessen. Ved gjennomgangen av empiri dukket det opp stadig nye spørsmål og tema som vi kunne ønske vi hadde ressurser til å forske videre på.

Det hadde vært interessant å ha muligheten til å forske mer på de ulike utførerene som er tilknyttet koordinerende enhet. Hvordan opplever de samarbeidet med enheten? Hvilke verdier synes de kommer til syne hos enheten? Har de en annen formening om hvordan enheten best kan organiseres og driftes? Slik kan kunne vi fått mer kunnskap om hvordan den utførende delen av enheten ser på verdiene og koordinerende enhet, og dermed også fått en litt annen synsvinkel på tema enn det vi nå har. Det er også en mulighet for å se på den praktiske biten av tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunen, med andre ord gjennomføringen av de ulike vedtakene. Det å se på den praktiske delen av vedtaksprosessen vil trolig også kunne vise oss om verdiene som står i fokus hos koordinerende enhet blir gjenspeilet og reflektert over i vedtakene. Hvis man ønsker å være fleksibel kan man ikke fatte vedtak basert på kostnadseffektivitet. Her ville vi hatt muligheten til å forske videre på om teori og praksis faktisk stemmer overens.

Bruker/pasient perspektivet er også svært interessant. Opplever innbyggerne at det har blitt en mer helhetlig helsetjeneste og bedre koordinering av behandling og oppfølging? Ved å kunne tatt kontakt med de som mottar tjenestene, ville vi kanskje fått et større bilde på hvordan verdiene faktisk er satt i verk i utførereneheten også. Dette kunne samtidig vært med på å underbygge problemstillingen vi i denne oppgaven har tatt utgangspunkt i, samtidig som vi kunne sett på betydning verdiene har for koordinerende enhet, og kanskje fått et innblikk i om dette faktisk fungerer i praksis eller ikke. Ved å se på brukere/pasienters opplevelse av enheten vil vi kunne fått et mere «pålitelig» og bredt svar på vår problemstilling, samtidig som vi kunne fått belyst flere sider av samme sak. Gjennom innsamling av empiri fra et bruker/pasient perspektiv kunne vi ha fått et innblikk i om enhetene fungerer etter sin hensikt.

7.0 Litteraturliste

- Busch, Tor, Erik Johnsen, Kurt Klaudi Klausen, og Jan Ole Vanebo. 2005. *Modernisering av offentlig sektor, utfordringer, metoder og dilemmaer*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Morten Egeberg, Per Læg Reid, og Jacob Aars. 2014. *Forvaltning og politikk*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, Tom, Paul G Roness Læg Reid, og Kjell Arne Røvik. 2013. *Organisasjonsteori for offentlig forvaltning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forvaltningsloven. 2016. *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven> (Lest 26.05.2017).
- Gammelsæther, P. 2006. *Forvaltningsreformer i pleie og omsorgstjenesten - en kartlegging av kommuner og bydeler med bestiller-utførermodell*. . Stjørdal: Ressursenteret for omstilling i kommunene.
- Grønmo, Sigmund. 2016. *Samfunnsvitenskapelige metoder*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hansen, Gro Sandskjær, Marit Kristine Helgesen, og Signy Irene Vabo. 2011. *Politikk og demokrati: en innføring i stats- og kommunalkunnskap*. 3. utg. Oslo: Gyldendal.
- Hatland, A, Stein Kuhnle, og Tor Inge Romøren. 2011. *Den Norske velferdsstaten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2008-2009. *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. . Mld. St 47 (2008-2009). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2011. *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256> (Lest 26.05.2017).
- Helse- og Omsorgsdepartementet. 2013. *Morgendagens omsorg*. Mld. St. 29 (2012-2013). Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Helse og Omsorgstjenesteloven. 2011. *Lov om kommunale helse- og Omsorgstjenester m.m.* . Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. 2017. "Samhandlingsreformen." lest (24.03.2017). <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>.
- Hood, Christopher. 1991. "A Public Management for all seasons." 69:19.

- Jacobsen, Dag ingvar. 2015. *Hvordan gjennomføre undersøkelser, innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3 utg. Kristiansand S. : Høyskoleforlaget.
- Kvaale, Steinar, og Svend Brinkmann. 2009. *InterView, en introduktion til et håndtverk*. 2. utg. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nerli, Elisabeth, og Nerli Camilla Aarøe. 2015. "Koordinerende enhet og Hjemmetjenesten." Bachelor Baheloroppgave i Jus og administrasjon, Høgskolen i Molde.
- Norsk Sykepleierforbund. 2013. "Dette bør du vite om faglig forsvarlighet." lest 29.03.2017. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/283673/Hva-er-faglig-forsvarlighet>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. 2016. *Lov om pasient og brukerrettigheter*. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_2#§2-1a (Lest 26.05.2017).
- Personopplysningsloven. 2015. *Lov om behandling av personopplysninger*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysninger> (Lest 26.05.2017).
- Tornes, Kristin. 2012. *Evaluering i teori og praksis*. Trondheim: Akademika Forlag.
- Torsteinsen, Harald. 2012. *Resultatkommunen, reformer og resultater*. Oslo Universitetsforlaget.
- Vabø, Mia, og Signy Irene Vabo. 2014. *Velferdens organisering*. Oslo: universitetsforlaget.
- Visma. 2017. "Visma omsorg Profil Pasientjournal." lest 10.04.2017. <https://www.visma.no/unique/pasientjournal/>.