

Organisering av kommunal helse- og omsorgstjeneste

ÅSE NAMSVATN BJØRKHOLT

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutning på en erfaringsbasert master i helseledelse ved Universitet i Agder, fakultet for samfunnsvitenskap. Det har vært lærerike år hvor jeg har lært mye som jeg kan ta med meg videre i arbeidslivet.

Jeg vil takke familien min som tålmodig har støttet meg gjennom alle disse årene med studier kombinert med familieliv og jobb.

Vil også rette en stor takk til min veileder Dag Olaf Torjesen som har bidratt med god veiledning under hele prosessen med masteroppgaven.

Til slutt vil jeg også takke informantene som gav meg et blikk inn i deres arbeidshverdag og dermed gjorde det mulig å skrive denne oppgaven.

Vegårshei, desember 2022

Åse Namsvatn Bjørkholt

Sammendrag

Denne oppgaven handler om organisering av kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kommunene står ovenfor utfordringer framover blant annet når det gjelder den forventet eldrebølgen. Denne økningen av antall eldre vil også føre til et større behov for tjenester. Samtidig som at det pekes på at det vil bli færre yngre som kan utføre disse tjenestene. Det er allerede i dag utfordrende å rekruttere riktig kompetanse. På bakgrunn av dette ønsket jeg å forske på organisering av kommunal helse- og omsorgstjeneste. Jeg tok da utgangspunkt i den kommunen jeg selv jobber.

Problemstillingen for studien min er:

Hvordan har erfaringene vært med den eksisterende organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i Åmli kommune?

Hvordan kan en på bakgrunn av erfaringer fra ansatte eventuelt anbefale å endre dagens organisasjonsstruktur?

Jeg har gjennomført en kvalitativ undersøkelse hvor jeg intervjuet medarbeiderne i enheten om deres erfaring rundt organiseringen. For å få fram ulike synsvinkler har jeg intervjuet både ansatte og ledere, sykepleiere og fagarbeidere. Har også plukket ut medarbeidere fra ulike tjenester i helse og omsorg. Jeg har tatt utgangspunkt i PAIE- modellen (Produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap), som forteller oss hvilke funksjoner en organisasjon må ivareta for å virke bra og overleve (Strand 2018). Funnene som er gjort her har jeg sett opp mot teori om organisering, med hovedfokus på Resultatenhetsmodellen (Torsteinsen 2012).

Funnene i studien viser at det er mange av disse områdene som er ivaretatt i organisasjonen i dag. Men varierende svar fra medarbeiderne viser at organisasjonen ikke har klart å ivareta alt. Organiseringen i Åmli kommune gjør at enhetsleder har et stort kontrollspenn med mange tjenesteområder å ivareta og blir fort dratt ned i driften. Et hovedfunn er at det savnes mere delegering nedover i enheten. Organisasjonen slik den er i dag klarer ikke å nå ut til alle sine medarbeidere med all informasjon. En styrking av mellomledelse vil ivareta de ansatte på en

bedre måte samtidig som at enhetsleder vil få mere tid til strategisk og langsiktig planlegging. I tillegg så savnes det en bedre stillingsbeskrivelse slik at ansatte vet hvem som gjør hva.

Basert på erfaringer fra ansatte kan en foreslå en eventuell endring av dagens organisasjonsstruktur. En kan anbefale tydeligere mellomledere i form av avdelingsledere på de ulike tjenestestedene. Disse bør ikke jobbe operativt men ha administrative stillinger for å ivareta den daglige driften. Alternativt kan være å dele opp i flere resultatenheter, jmf. resultatenhetsmodellen. Da vil en få flere enhetsledere som har ansvaret for et mindre tjenesteområde og dermed et mindre antatt ansatte.

Innhold

| | |
|--|----|
| Forord | 2 |
| Sammendrag | 3 |
| Figuroversikt | 6 |
| Tabelloversikt | 6 |
| 1.0 Innledning..... | 7 |
| 1.1 Tema og relevans | 7 |
| 1.2 Problemstilling | 8 |
| 2.0 Bakgrunn | 9 |
| 2.1 Åmli kommune..... | 9 |
| 2.2 Rapport kommunal organisering | 12 |
| 3.0 Teori | 15 |
| 3.1 Organisasjonsstruktur | 16 |
| 3.2 PAIE- modellen..... | 21 |
| 3.3 Modeller for organisering..... | 22 |
| 3.3.1 Sektormodellen..... | 23 |
| 3.3.2 Flat struktur | 23 |
| 3.3.4 Interkommunalt samarbeid..... | 26 |
| 4.0 Metode..... | 28 |
| 4.1 Design..... | 28 |
| 4.2 Kvalitativ metode | 28 |
| 4.3. Kvalitative individuelle intervjuer | 29 |
| 4.3.1 Utvalgskriterier for informanter | 29 |
| 4.3.2 Intervjuprosessen..... | 30 |
| 4.4 Analyse av datamaterialet | 31 |
| 4.5 Forske på egen arbeidsplass | 31 |
| 4.6 Validitet og reliabilitet | 32 |
| 4.6.1 Validitet | 32 |
| 4.6.2 Reliabilitet | 33 |
| 4.7 Personvern..... | 33 |
| 5.0 Presentasjon av funn og drøfting av data | 34 |
| 5.1 Erfaringer fortolket i lys av PAIE | 34 |
| 5.1.1 Produksjon (P)..... | 34 |
| 5.1.2 Administrasjon (A)..... | 38 |
| 5.1.3 Integrasjon (I)..... | 42 |
| 5.1.4 Entreprenørskap (E) | 45 |
| 5.2 Interkommunalt samarbeid..... | 47 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| 5.3 Oppsummering | 49 |
| 5.4 Drøfting av metode..... | 50 |
| 5.3.1 Pålitelighet til dataene | 50 |
| 5.3.2 Intern validitet | 51 |
| 5.3.3 Ekstern validitet..... | 51 |
| 6.0 Konklusjon | 52 |
| 7.0 Litteraturliste | 54 |
| Vedlegg | 56 |
| Vedlegg 1: Informasjonsskriv | 56 |
| Vedlegg 2: Intervjuguide..... | 59 |

Figuroversikt

| | |
|---|----|
| Figur 2.1: Organisasjonskart Åmli kommune | 10 |
| Figur 2.2: Organisasjonskart helse og omsorg | 11 |
| Figur 2.3: Framskrivning antall eldre | 12 |
| Figur 3.1: New Public Management | 15 |
| Figur 3.2: The Five Basic Parts of the Organization | 17 |
| Figur 3.3: Fagbyråkratiet | 20 |
| Figur 3.4: Grunnskjema PAIE | 22 |
| Figur 3.5: Strands funksjoner som strukturer og ledelsesbetingelser | 22 |

Tabelloversikt

| | |
|--|----|
| Tabell 1: Årsverk i Åmli kommune | 10 |
| Tabell 2: Antall ledernivå under kommunedirektøren | 13 |
| Tabell 3: Inngår i kommunedirektørens ledergruppe | 14 |
| Tabell 4: Oversikt over informantene | 30 |

1.0 Innledning

1.1 Tema og relevans

Da New Public Management- reformen kom til Norge, ble det lagt mere vekt på profesjonell styring og ledelse i offentlig sektor. Effektivitet, økonomi og mål- og resultatstyring er sentrale begreper i denne reformen. Med dette fulgte også en endring i forhold til kravet til kompetanse hos ledere. Generell ledelseskompentanse ble viktig og erstattet eller likestilt med fagkompetansen på mange områder. Georg Kenning kom med følgende påstand: «En leder kan som leder lede hva som helst», (Nyseter, 2015 s. 205). En viktig NOU (1997:2) satte standarden for ledelse i norske sykehus. Tidligere var det ledelse ut fra faglige profesjoner som sykepleiere og leger. Men anbefalingene etter denne utredningen var fagnøytral ledelse. Det vil si at det ikke var den som var faglig mest skikket til å lede, men den som var best til å styre og lede organisasjoner og mennesker som ble valgt ut til ledere. Det ble pekt på at det var viktig at lederen var en likeverdlig part for alle vedkommende ledet, uavhengig av profesjon. En skulle nå lede en hel organisatorisk enhet, ikke en enkelt yrkesgruppe (NOU 1997:2, s. 11-12). Denne vridningen mot fagnøytral ledelse har også satt sine spor i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Kommunal helse og omsorg er en enhet som stadig er i vekst. Alle prognoser tilsier at denne veksten bare vil øke i årene framover. Det er særlig antall eldre som vil øke betraktelig. Ifølge Helsedirektoratet vil antall eldre mellom 80-89 år på landsbasis øke med 107 % fra 2020 til 2040. For aldersgruppen 90 + er økningen på 139 % (Kilde: Helsedirektoratet, rapporter, demografiske endringer). Dette skjer samtidig som det blir vanskeligere å rekruttere riktig kompetanse. Det er særlig i stillinger hvor det er behov for sykepleiere og fastleger som er vanskelige å besette med den riktige kompetansen.

I sammenheng med dette er behovet for riktig organisering i denne enheten viktig. En ser at de organiserer seg ulikt i kommunene rundt seg. Dette kan vi blant annet se på ved selve organiseringen av de ulike enhetene, som ledere, stillingsstørrelser (noen kombinerer ledelse og jobb i pleien) og kompetansen hos disse lederne. Noen kommuner har enhetsledere/ kommunalsjefer med kun fagledere under seg, mens andre har avdelingsledere mellom enhetslederen/ kommunalsjefen og fagledere. Det er også ulikt hvor mange ansatte hver leder

har under seg. Det vil si hvor stor enhet hver leder har ansvar for. Det varierer også hvor stort ansvarsområde lederne under har fått delegert. Når det gjelder ansettelse av ledere så velger noen å ansette kun ledere med helsefaglig bakgrunn, mens det er andre kommuner igjen som ser på helt annen kompetanse som en viktig faktor ved ansettelse. Dette kan for eksempel være formell ledelsesutdanning og/ eller erfaring fra praksis.

Helsedirektoratet har gitt ut en veileder som heter «Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Denne veilederen setter tydelig krav til planlegging og gjennomføring av faglige forsvarlige helsetjenester. Veilederen sier også noe om hvordan dette skal styres: «*I denne forskriften betyr styringssystem for helse- og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.*» (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017, § 4)

Jeg har jobbet i 20 år i kommunal helsetjeneste. I løpet av disse årene så har det stadig vært omorganiseringer. Dette har blant annet gått på hvor mange ledernivåer det er i kommunen, hvor mange mellomledere det skal være og hvor mange ansatte en leder bør ha under seg. Under hver omorganisering har dette endret seg. På bakgrunn av dette ønsker jeg å undersøke nærmere den mest hensiktsmessige organiseringen av helse og omsorg i den kommunen jeg selv jobber.

1.2 Problemstilling

På denne bakgrunn vil jeg undersøke nærmere følgende problemstilling:

Hvordan har erfaringene vært med den eksisterende organiseringen av helse- og omsorgstjenesten i Åmli kommune?

Hvordan kan en på bakgrunn av erfaringer fra ansatte eventuelt anbefale å endre dagens organisasjonsstruktur?

2.0 Bakgrunn

2.1 Åmli kommune

Åmli kommune er en liten innlandskommune øst i Agder med 1804 innbyggere per 2. kvartal 2022 (kilde SSB). Det er en liten kommune med tanke på antall innbyggere, men i utstrekning er den ganske stor med et areal på 1130,6 km² (kilde SSB). Sentrum er plassert omtrent i midten av kommunen og alle tjenestene er samlet i sentrum, bortsett fra en distriktskole og to barnehager. Det er et forholdsvis lite sentrum, så det er gåavstand mellom alle tjenestene i helse og omsorg. Sykehjem og hjemmesykepleie er lokalisert i samme bygg. Det samme er enhetsleder. Mens de forebyggende tjenester som lege, fysioterapeut og ergoterapeut ligger i et bygg rett over gaten. På grunn av sin store utstrekning må hjemmetjenesten kjøre mye for å nå sine brukere. Åmli hører til Østre- Agderregionen hvor det er interkommunalt samarbeid på mange områder, blant annet IKT, brann, kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) og legevakt. I tillegg er det samarbeid med kommunene øst i Østre- Agder om barneverntjenestene og jordmortjeneste.

Åmli kommune oppgir at de er organisert i en flat struktur. Det er fem enheter med kommunedirektøren på topp og en enhetsleder per enhet. Organiseringen til kommunen har mange likhetstrekk med Resultatenhetsmodellen, det vil si en organisering med flat struktur og få ledernivå, der ledere på de enkelte tjenestesteder rapporterer direkte til kommunedirektøren (Torsteinsen 2006). Torsteinsen har formulert det på følgende vis: «*En resultatenhet er en avgrensa og relativt selvstendig kommunal virksomhet med stor operativ frihet og tilnærma totalansvar for egen drift og egne resultater innen hovedsakelig ekstern fastsatte økonomiske rammer*», Torsteinsen, 2006, s. 11. Jeg vil utdype resultatenhetsmodellen nærmere i teoridelen på side 23. I figur 2.1 under her fremgår dagens organisering i Åmli kommune:



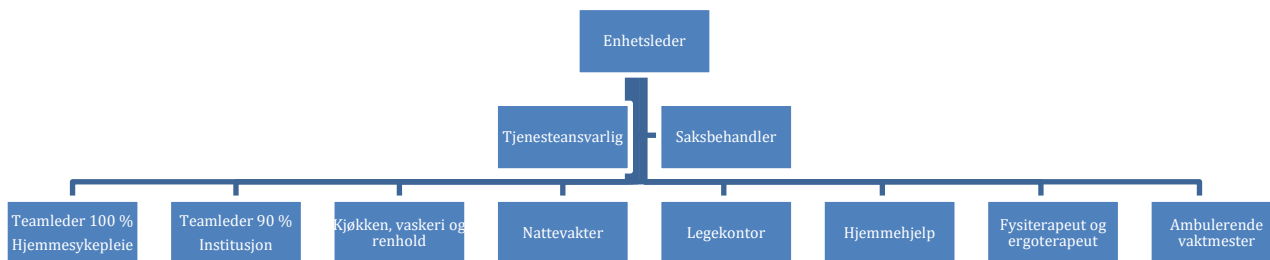
Figur 2.1 Organisasjonskart Åmli kommune

ÅRSVERK PR. 31.12.2021

| Eining | Kvinner | Menn | Sum årsverk |
|------------------------------|---------|------|-------------|
| Administrativ stab og støtte | 5,3 | 2,7 | 8 |
| Oppvekst | 51,7 | 11,8 | 63,5 |
| Helse og omsorg | 52,9 | 3,6 | 56,5 |
| Habilitering og ressurs | 19,4 | 3,0 | 22,4 |
| Samfunn | 7,3 | 9,8 | 17,1 |
| Næring og utvikling | 1 | 2 | 3 |
| Sum årsverk | 126,1 | 30,6 | 170,5 |

Tabell 1. Årsverk Åmli kommune, Årsrapport 2021, s. 7

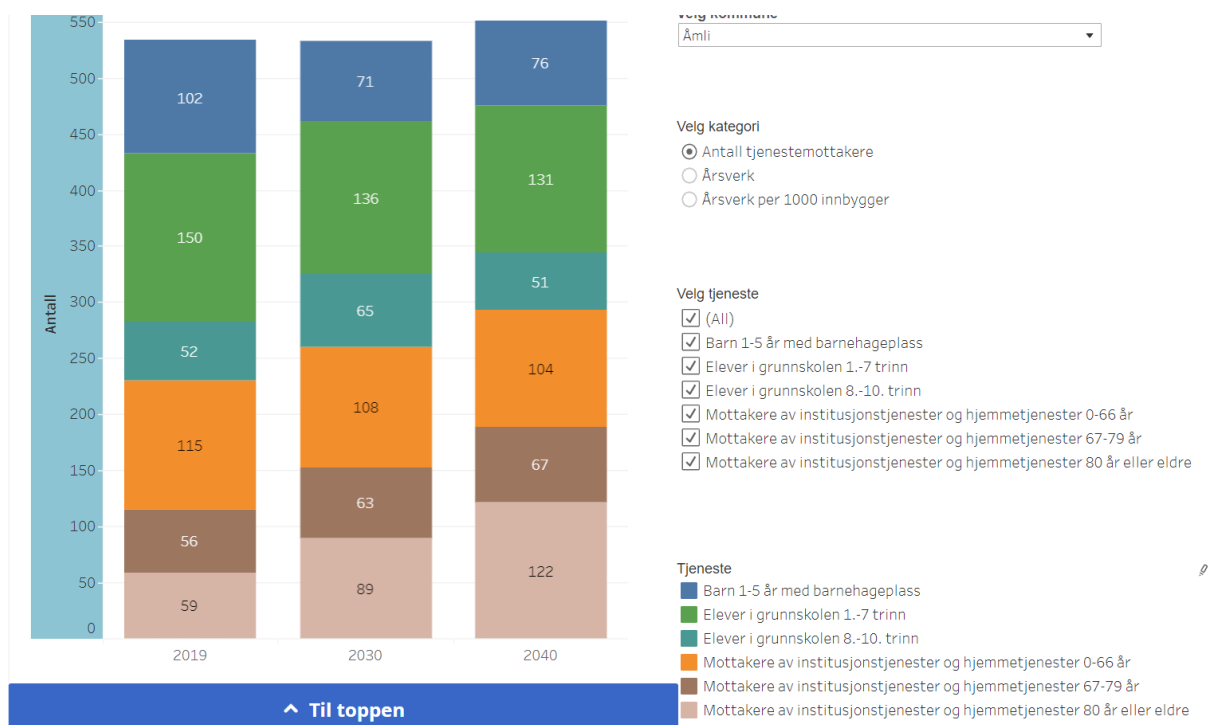
Per 31.12.2021 er det 170,5 årsverk i hele kommunen. Helse og omsorg har 56,5 av disse årsverkene fordelt på 84 ansatte. Organisasjonskartet til helse og omsorg ser ut som følger:



Figur 2.2 Organisasjonskart helse og omsorg

Enhetsleder har personal-, fag- og økonomiansvar for hele enheten og rapporterer direkte til kommunedirektøren. De to teamlederne har fagansvar og noe personalansvar i form av medarbeidersamtaler, og rapporterer til enhetslederen. På kjøkken, vaskeri og renhold er det en kjøkkensjef som har fagansvaret og noe personalansvar på lik linje med teamlederne. Hjemmehjelpene har også en leder med det samme personalansvaret. De andre tjenestene har enhetsleder som nærmeste leder. Enhetsleder har et stort fagfelt og mange ansatte å lede. Kontrollspennet til enhetslederen er dermed veldig stort. Tjenesteansvarlig er stedfortreder for enhetsleder og har blant annet ansvar for utarbeidelse av turnuser samt er ansvarlig for velferdsteknologi og kompetanseheving i enheten.

Antall eldre som vil ha behov for helsehjelp framover vil øke veldig. Framskrivningen som regjeringen har laget på bakgrunn av KOSTRA- rapporteringen fra kommunene viser at antall eldre over 80 år som mottar institusjons- eller hjemmetjenester dobler seg i Åmli kommune fra 2019 til 2040. Den går fra 59 mottakere i 2019 til 122 mottakere i 2040. Det er ikke snakk om store tall, men for en liten kommune er dette en veldig stor prosentvis økning.



Figur 2.3 Framskrivning antall eldre, Regjeringen 2021

På bakgrunn av dette har helse og omsorg de siste årene jobbet mot en dreining av tjenestene fra institusjon til hjemmeboende. Det vil si at målet er at pasientene kan klare å bo lengre hjemme ved å få flere helsetjenester i hjemmet.

2.2 Rapport kommunal organisering

I 2021 kom det ut en sluttrapport fra Kommunal og moderniseringsdepartementets (KMD) organisasjonsdatabase. Den tar blant annet for seg administrativ organisering i kommunene, og hvordan dette har utviklet seg fra 2004 til 2020 (Jones et al, 2021).

Dette er en stor rapport og jeg velger å ta med et par tabeller som viser utviklingen i antall ledernivåer og hvordan kommunedirektørens ledergruppe har endret seg mellom 2004 og 2020.

Tabellen under tar for seg hvor mange ledernivåer det er mellom kommunedirektørnivået og ledere for de ulike tjenestene.

| | 2004 | 2008 | 2012 | 2016 | 2020 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ingen | 40,7% | 41,7% | 35,7% | 26,7% | 17,3% |
| Ett | 38,6% | 30,8% | 35,7% | 37,1% | 37,6% |
| To | 13,1% | 8,3% | 11,9% | 12,3% | 14,5% |
| Flere | 4,9% | 1,0% | 0,9% | 3,1% | 3,2% |
| Varierer | 2,7% | 18,3% | 15,8% | 20,8% | 27,3% |
| N = 100% | 329 | 312 | 336 | 318 | 282 |

Tabell 2. Antall ledernivå under kommunedirektør, KMDs organisasjonsdatabase, 2021, s. 53

Som tabellen viser så har de fleste kommuner stabilt hatt ett ledernivå. Mens andelen som sier at dette varierer har endret seg fra 2004. I 2004 var det en stor prosent (40,7 %) som ikke hadde noen ledernivåer mellom kommunedirektøren og ledere for de ulike tjenestene. Dette har gått fra 40,7 % i 2004 til 17,3 % i 2020.

Åmli kommune tilhører på denne bakgrunn gruppen av kommuner (17,3) som har beholdt en flat organisasjonsstruktur, der enhetsledere rapporterer direkte til kommunedirektøren, men her det også noen nyanser. Åmli kommune oppgir at de har flat struktur i dag. Men det kan diskuteres om det er flat struktur i Åmli. Det er som sagt fem enheter med kommunedirektøren på topp. Under noen av disse enhetene er det mellomledere. For eksempel under oppvekst har vi både rektor, avdelingsledere på skolen og barnehagestyrere. I helse og oppvekst har vi teamledere. Disse rapporterer til enhetsleder som igjen rapporterer til kommunedirektøren. Ut fra dette så ser en at Åmli kommune er på linje med flertallet av kommunene i Norge, med ett ledernivå mellom kommunedirektøren og leder for de ulike enhetene.

Tabellen under tar for seg hvem som inngår i kommunedirektørens ledergruppe. Her ser vi at i 2020 består den største ledergruppen til kommunaldirektøren av kommunedirektør, kommunalsjefer, ass. kommunedirektører. Dette har gått fra 45,5 % i 2004 til 66,4 % i 2020. I 2004 var det den største andelen ledere som rapporterer direkte til kommunedirektøren. Dette viser at organiseringen i kommunene stadig endrer seg.

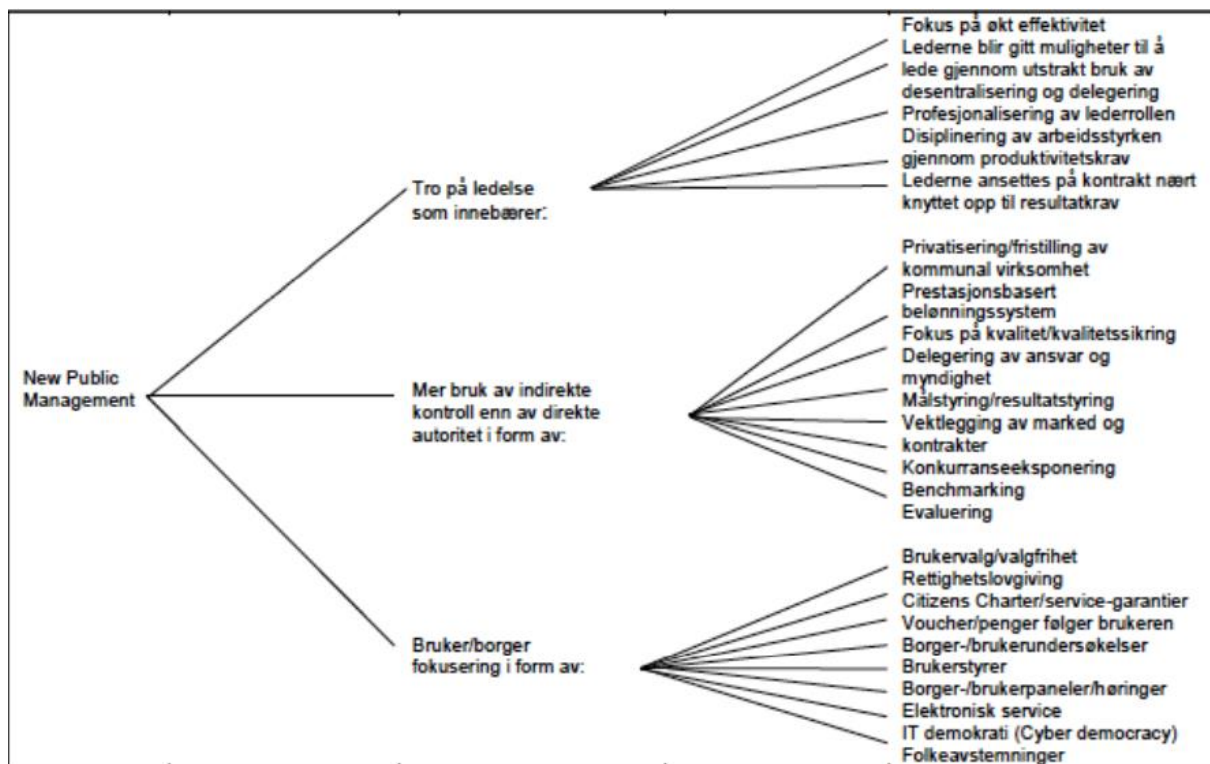
| | 2004 | 2008 | 2012 | 2016 | 2020 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Kommunaldirektører/kommunalsjefer/ass. kommunedirektører | 45,5% | 47,3% | 53,0% | 60,0% | 66,4% |
| Lederne for (alle eller noen) stabs- og støttefunksjoner (f.eks. personal, økonomi, IKT, planlegging) | 38,9% | 40,4% | 46,7% | 39,8% | 46,6% |
| Lederne for de administrative enhetene som rapporterer direkte til kommunedirektøren | 46,4% | 43,3% | 43,2% | 40,1% | 38,8% |
| Uaktuelt, kommunedirektøren har ikke etablert ledergruppe | 2,4% | 2,2% | 1,8% | 0,9% | 0,0% |
| N = 100% | 332 | 312 | 336 | 332 | 283 |

Tabell 3. Inngår i kommunedirektørens ledergruppe, KMDs organisasjonsdatabase, 2021, s. 55

I Åmli kommune består ledergruppa til kommunedirektøren av enhetslederne i tillegg til kommunedirektøren. Det er viktig å påpeke her er at en enhetsleder i Åmli er på samme nivå som kommunalsjefer. Det vil si at Åmli følger trenden til resten av landet når det gjelder hvem som er med i kommunedirektørens ledergruppe.

3.0 Teori

Profesjonsstyre var en vanlig måte å organisere helsevesenet på i begynnelsen av det 20. århundre. Det går ut på at en profesjon, for eksempel en lege, har monopol på sitt fagområde og dermed med stor grad av autonomi treffer beslutninger innenfor sitt felt (Bøgh Andersen et al. 2020). Dette endret seg da New Public Management kom til Norge i løpet av 1980- årene og fokuset ble profesjonell ledelse og vridning mot markedsorientering. Øgård (2014) har laget en oversikt som viser de viktigste elementene i New Public Management som forvaltningskonsept. Det er tre hovedbolker som er tro på ledelse, indirekte styring og brukerfokus.



Figur 3.1 New Public Management, Baldersheim og Rose, 2014, s. 96

Som en ser av figuren over så er fokuset blant annet på effektivitet, mål- og resultatstyring, profesjonell ledelse, konkurranse, rettigheter for brukerne for å nevne noen. Dette har ført til at organiseringen og strukturen i kommunene har endret seg. Organisasjoner blir flatere og enhetslederne rapporterer direkte til rådmannen. Det er økt tro på ledelse og ledere blir gjort ansvarlig for sine resultater. I en flat struktur skyves dette ansvaret ned til den enkelte enhetsleder. Hver enkelt enhetsleder blir ansvarlig for mål og resultat og disse lederne må stå

ansvarlig for budsjettkontroll. Det er også et større brukerfokus. Dette fokuset på resultater kan relateres til resultatenhetsmodellen (Torsteinsen, 2006). Jeg vil utdype resultatenhetsmodellen litt senere i dette kapitlet.

I denne teori- delen vil jeg forsøke å vise hva teorien sier om organisering. Herunder vil jeg redegjøre for organisasjonsstruktur og hva Mintzberg (1980) har utviklet av en idealtypisk modell med fem hoveddeler som alle organisasjonsstrukturer består av. I teoridelen vil jeg også redegjøre for PAIE- modellen til Strand (2007) som viser til at alle organisasjoner må ivareta noen grunnleggende funksjoner, dvs. produksjon-, administrasjon-, integrasjon-, og entreprenørfunksjoner. På denne bakgrunn vil jeg til slutt vise noen ulike alternativer for hvordan en kommune kan organisere seg.

3.1 Organisasjonsstruktur

Bolman og Deal (2018) skriver at struktur innen organisering fokuserer på at ansatte i bestemte roller er med på å virkeliggjøre felles mål. I tillegg vil individuelle hensyn bli tatt. Dette summeres i seks grunnantakelser som Bolman og Deal (2018) nevner:

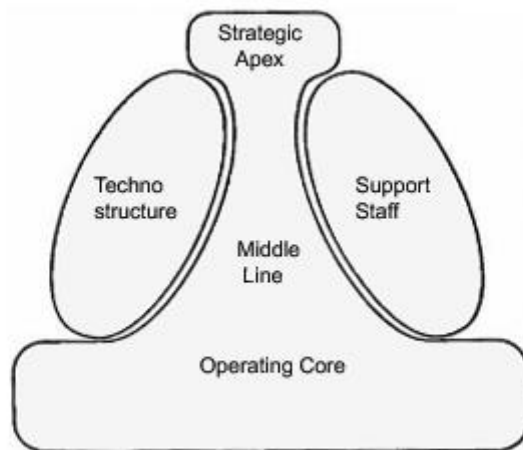
1. *Organisasjoner eksisterer for å nå fastsatte mål og utforme strategier med sikte på å nå disse målene.*
2. *Organisasjoner øker sin effektivitet og sin yteevne gjennom spesialisering og en hensiktsmessig arbeidsdeling.*
3. *Hensiktsmessige former for samordning og kontroll sikrer at enkeltpersoner og ulike enheter fungerer godt sammen.*
4. *Organisasjoner fungerer best når personlige preferanser og press utenfra holdes under kontroll ved rasjonell styring.*
5. *Strukturer er effektive når de passer til de forhold organisasjonen til enhver tid fungerer under (deriblant strategi, teknologi, arbeidsstyrke og miljø).*
6. *Når yteevnen svekkes av strukturelle svakheter, er botemiddelet problemløsning og omstrukturering.*

Bolman og Deal, 2018, s. 76

Mintzberg (1980) har utviklet en konfigurasjon som viser til hvordan organisasjoner kan struktureres ved bruk av fem hoveddeler som alle organisasjonene mer eller mindre består av (Mintzberg, 1980, s. 322.) Jeg vil følgende redegjøre for disse.

Elementene i strukturen

Alle organisasjonsstrukturer består av fem hoveddeler. De grunnleggende delene i en organisasjon er illustrert i figuren under her.



3.2 The Five Basic Parts of the Organization (Mintzberg, 1980, s. 324)

- Den operative kjernen er de ansatte som produserer det som skal leveres til kundene.
- Mellomleddet er mellomledere som leder den operative kjerne, samtidig som de blir ledet av toppledelsen.
- Det strategiske toppunkt er toppledere som leder organisasjonen og deres personalgruppe.
- Teknostrukturen består av de utenfor den formelle strukturen men som likevel er med på å påvirke den. Blant annet ved å sette opp rutiner eller planer. Dette kan for eksempel være revisorer.
- Støttestaben er de som ikke er direkte med i produksjonen men som likevel er nødvendig for en organisasjon. Dette kan være kantine, lønn, juridisk rådgiver.

Grunnen til at organisasjonen ikke ser like ut er at de velger å kombinere disse elementene ulikt (Mintzberg, 1980, s. 324).

Koordineringsmekanismene

Mintzberg (1980) peker på at koordineringen av alle de særskilte oppgavene som ligger i en organisasjon kan gjøres på fem grunnleggende måter:

- Direkte tilsyn. F.eks. en leder koordinerer andre ved å gi oppgaver til de.
- Standardisering av arbeidsprosesser. Arbeidsprosessene standardiseres ved bruk av f.eks. regler, veiledninger slik at ansatte kan utføre jobbe selv.
- Standardisering av utganger. Arbeidet koordineres ved standardisering av spesifikasjonene til resultatene av arbeidet.
- Standardisering av ferdighetene. Ansatte blir ansatt på grunn av sin kompetanse og ferdigheter.
- Gjensidig tilpasning. Her kommuniserer de ansatte med hverandre om sitt arbeid.

(Mintzberg, 1980, s. 324)

Når det gjelder direkte tilsyn som koordineringsmekanisme så peker Jacobsen og Thorsvik (2007) på kontrollspenn som en klar begrensning. Kontrollspenn vil si hvor mange ansatte en leder kan ha tilsyn med. Denne begrensningen gjør at en gjerne oppretter flere administrative områder for å klare å administrere alle ansatte. Franskmannen Henry Fayol analyserte hvor mange ansatte en leder klarte å følge opp. Hans konklusjon var at en leder ikke kunne ha oversikt over mere en seks til åtte personer. Men maksimum 12 personer (Jacobsen og Thorsvik, 2007, s. 74-75).

Basert på koordineringsmekanismene har Mintzberg utviklet fem organisasjonstyper.

- Enkel struktur
- Maskinbyråkrati
- Divisjonert form
- Adhokrati
- Fagbyråkrati

Jeg vil følgende kort forklare de fire første organisasjonstypene før jeg utdyper fagbyråkratiet mere.

Enkel struktur

Her er det direkte styring som koordineringsmekanismen. Det er lederen som gir instruksjoner og overvåker arbeidet. Det er lite eller ingen teknostruktur eller støttestab. Mellomledernivået er så godt som fraværende. Dette er ofte unge bedrifter med få ansatte (Mintzberg, 1980, s. 331).

Maskinbyråkratiet

Her er spesialiseringen høy, arbeidsoppgavene er formalisert i form av rutiner. Arbeidsprosessene er standardiserte. Teknostrukturen spiller en stor rolle i slike organisasjoner, da det er der standardiseringen settes. Noe som er hovednøkkelen for strukturen (Mintzberg, 1980, s. 332).

Divisjonsorganisasjon

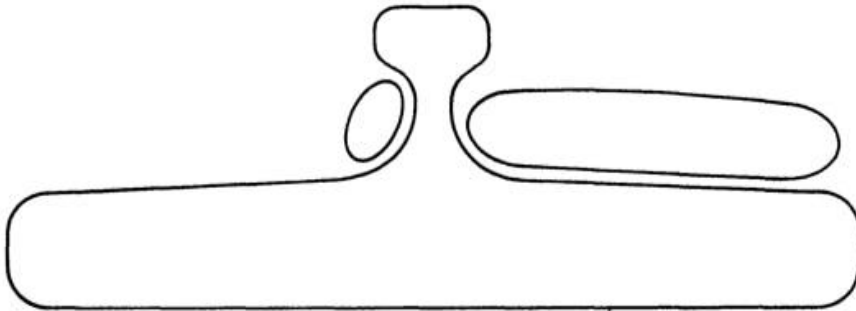
Denne organisasjonen kan ses på som en markedsbasert organisasjon hvor det er et sett med divisjoner som har som hensikt å serve sine egne markeder. Hver divisjon gis en god del autonomi. Disse kontrolleres av et sentralt hovedkvarter som fører tilsyn med de ulike divisjonene. Standardisering av utganger er koordineringsmekanismen her og de ulike divisjonene blir målt på dette (Mintzberg, 1980, s. 335).

Adhokrati

Detter er en litt annerledes strukturell organisasjon som nesten ikke har noen klart definert struktur. Det er lite formalisering og opplæring er gjerne den måten en blir spesialister på. Adhokratiet holdes sammen med horisontale virkemidler. Det er lite regelstyring. Ledelsen er ikke så sentral i denne strukturen da det er stor tiltro til de ansatte.

Adhokrati kan deles inn i to hovedtyper. Den ene er operativt adhokrati der innovasjonen skjer direkte mot kundene. Det andre er administrativt adhokrati hvor prosjektarbeidet tjener organisasjonen (Mintzberg, 1980, s. 336).

Fagbyråkratiet.



Figur 3.3 Fagbyråkratiet

Fagbyråkratier er svært desentralisert hvor det er størst innflytelse fra den operative kjerne. Det er lite rom for ledelse da fagfolk kontrollerer sitt arbeid selv. Ledelsen må selv være profesjonelle og gi støtte til de profesjonelle arbeiderne. Standardisering av ferdigheter er den dominerende koordineringsmekanismen her. Arbeidere blir ansatt på bakgrunn av sine ferdigheter og kompetanse. Dette gir ansatte stor autonomi i sitt arbeid. Teknostrukturen er liten da det ikke er så lett å formalisere arbeidet. Mens støttestab er viktig som vist i figuren over. I hovedsak for utføre rutinearbeid. Som figuren over viser så er det en forholdsvis flat struktur i fagbyråkratiet. Det er lite mellomledelse mens den operative kjernen er stor. Dette på grunn av at de ansatte har fått stor autonomi i arbeidsdagen sin (Mintzberg, 1980, s. 333).

Kommunalt helsevesen sorterer under fagbyråkratiet. Der jobber fagprofesjonelle som sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, leger, hjemmehjelpere m.m. I hovedsak blir disse ansatt på bakgrunn av sin kompetanse, og de ansatte har stor autonomi i forhold til arbeidsoppgavene de skal utføre. Dette samsvarer med det Strand skriver om i forhold til en ekspertorganisasjon (Strand, 2018, s. 28). I en ekspertorganisasjon blir en ansatt på bakgrunn av sin kompetanse, erfaring og yrkesmessige status. Her er det også kompetansen som styrer arbeidshverdagen, og lederen har liten plass til ledelse utover den faglige autoriteten. Støttestaben er viktig i et ekspertbyråkrati. Dette kan i kommunal helse- og omsorgstjeneste være kjøkken, renhold, vaskeri, vaktmestertjenester m.m. Dette er støttfunksjoner som gjør at tjenestene fungerer mest mulig optimalt uten at de fagprofesjonelle skal bruke tid på disse oppgavene.

I offentlige virksomheter kan ekspertorganisasjoner være innkapslet i byråkratiske organisasjoner, eller at de må rette seg etter styringssignaler fra de. Dette kan skape

utfordringer i ledelse av en ekspertorganisasjon. En byråkratileder har gjerne formelt høyere rang, men ikke nødvendigvis den faglige legitimiteten hos ekspertene (Strand, 2018, s. 270).

Jeg vil videre i oppgaven bruke Strands benevnelse på denne organisasjonstypen som har mest relevans i samband med organisering innen kommunal helse og omsorg. Det vil si ekspertorganisasjon i stedet for fagbyråkrati.

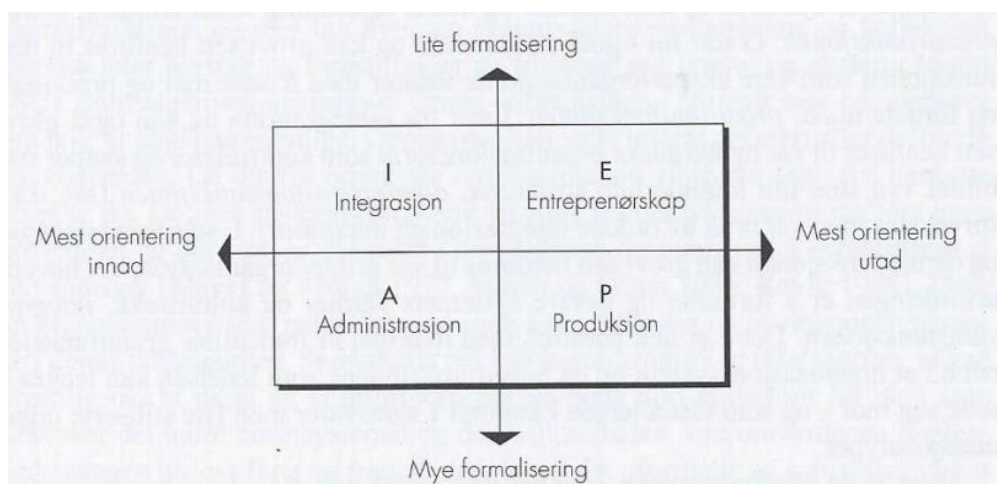
3.2 PAIE- modellen

PAIE- modellen er hentet fra Adizes og Quin, og Strand skriver om dette i boken sin «Ledelse, organisasjon og kultur» (Strand, 2018). Modellen tar for seg fire funksjonsområder som ledelse kan måles på ivaretagelse av organisasjonens behov på, ut i fra hvordan ledelsen ivaretar de ulike funksjonsområdene. De fire funksjonsområdene er produksjon, administrasjon, integrasjon og entreprenørskap. Disse funksjonsområdene antar en er nødvendig å få utført i en organisasjon for at den skal virke bra og overleve (Strand, 2018, s. 433).

Produksjon handler om at det settes mål og viser retningen organisasjonen skal ha. I tillegg skal det drives fram resultater.

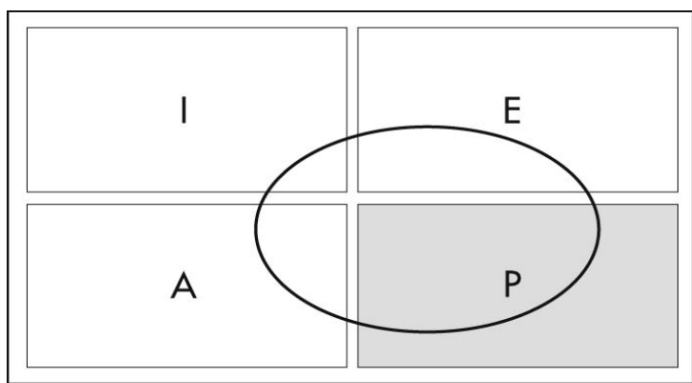
Administrasjon omhandler å skape orden og struktur. Det vil si å skape en sammenheng og skape inntrykk av fellesskap i organisasjonen. Til dette brukes for eksempel prosedyrer og referanser til tidligere praksis. Fokuset her er kontroll og det skal være tydelig overfor den ansatte om hva som forventes av vedkommende.

Integrasjon handler om å skape identitet og tilhørighet. Leder er en rådgiver og hjelper som skal støtte og motivere ansatte. Leder skal også veilede den ansatte til å utvikle kompetanse. Entreprenørskap handler om å skape fornyelse. Herunder å utvikle nye produkter og tjenester, og ta vare på muligheter og avverge trusler. Her er det viktig å se til omverden slik at en kan tilpasse seg med det nevnt ovenfor for å overleve som organisasjon.



Figur 3.4, Grunnskjema PAIE, Strand, 2018, s. 250

I en ekspertorganisasjon (helse og omsorg) så er det produksjonsfunksjonen som er den mest fremtredende funksjonen i organisasjonen og som dermed hva ledere bør fokusere på. I disse organisasjonene så handler det om å sette mål og å produsere og fordele makt (Strand, 2018, s. 249).



Figur 3.5 Strands funksjoner som strukturer og ledelsesbetingelser, Strand 2018, s. 267

3.3 Modeller for organisering

Videre skal jeg nå redegjøre for ulike måter en kan organisere en kommune på. Det er sektormodellen, flat struktur herunder resultatenhetsmodellen, og interkommunalt samarbeid.

3.3.1 Sektormodellen

Dette har vært den tradisjonelle måten å organisere en kommune på. KS (2010) skriver at før 1992 var den vanlige måten å organisere en kommune på å ha fire etatsledere under rådmann. Dette var teknisk sjef, skolesjef, helse- og sosialsjef og kultursjef. Det var etatssjefene som satt på fullmakten og som videre måtte delegerer fullmakter nedover til sine ansatte, for eksempel rektor (KS, 2010, s. 10). I en slik modell er den administrative delen parallell med den politiske delen. Virkeområdene for disse er de samme. Hver enkel etat har fagekspertise både på fag, personal og økonomi, noe som gir de ansatte i hver etat god oversikt og kompetanse i sitt område (Hanssen et al., 2015/2016, s. 1).

3.3.2 Flat struktur

Det har vært tendenser til at flere kommuner har gått fra sektormodellen til flat struktur. Flat struktur omtales gjerne som to-nivå modellen, resultatenhetsmodellen eller bestiller- utfører modellen. Romøren (2006) skriver at per 2006 så har halvparten av kommunene omorganisert til flat struktur. Det vil si at det ikke er noe ledernivå mellom kommunedirektøren og de ulike tjenesteenhetene. En flat struktur vil si at en får færre ledernivå og færre nivåer per ansatt. Størrelse og beliggenhet på kommunen har ikke noe å si for om det omorganiseres til flat struktur (Romøren, 2006, s. 8). Som nevnt tidligere så har New Public Management vært med på å endre offentlige helsetjenester i Norge. Blant annet så har fokus på effektivitet, mål- og resultatstyring, profesjonell ledelse, konkurranse, rettigheter for brukerne fått et stort fokus. Ansvar har blitt delegert nedover i organisasjonen og målstyring har blitt et styringsverktøy for de ulike enhetene.

Resultatenhetsmodellen

«Ordet resultatenhetsmodell vil vi bruke om en kommunal organisasjon som er delt inn i separate, semiautonome, operative enheter med tilnærmet totalansvar for egen drift og egne resultater, definert av og innen rammer fastsatt av en overordnet, strategisk myndighet, det vil primært si kommunestyre og /eller rådmannen, samt av nasjonale myndigheter». Torsteinsen, 2012, s. 13.

Fra 2000- tallet økte antall kommuner som tok i bruk resultatenhetsmodellen som organisasjonsmodell i Norge. En resultatenhetsmodell kan kjennetegnes av tre elementer. Det første er struktur. De ulike tjenesteområdene blir delt opp i mindre enheter som blir fristilt den overordna ledelsen. Kommunedirektører regulerer enhetsleder gjennom en lederkontrakt (jfr. Balderseheim og Rose, 2014), noe som gjør at beslutningsbemyndigelsen blir desentralisert samtidig som det legges større krav til resultatstyring og oppfølging (Torsteinsen, 2006, s. 15). Denne strukturen trenger ikke å være flat, men Torsteinsen (2006) peker på at det er tendenser til å kommunene satser på utflating.

Når det gjelder strukturen er en resultatenhetsmodell er bygd opp av tre hovedelement. Det første er rådmann-/ kommunedirektørfunksjonen. Dette er toppledelsen i kommunen og består av rådmann/ kommunedirektør, et mindre antall kommunalsjefer og ass. rådmenn/ kommunedirektører. Som nevnt regulerer rådmenn/ kommunedirektører enhetslederne gjennom lederavtaler. Rådmannen/ kommunedirektøren er personlig ansvarlig ovenfor politikerne, og regulerer dette via en lederavtale. Det andre hovedelementet er resultatenheter som driver med ekstern tjenesteleveranse. Det varierer fra kommune til kommune hvor mange resultatenheter de har. Hvordan kommunene deler opp disse resultatenheterne kan variere fra geografiske forhold til tjenestetype som leveres. Enhetslederne er personlig ansvarlige ovenfor rådmann/ kommunedirektør og har totalansvar for daglig drift og oppnåelse av resultater. Det tredje hovedelementet er de internt orienterte resultatenheterne. Det er stab- eller støtteenheter. Disse kan være både sentralt plassert eller på enhetsnivå, og skal gi støtte, kompetanse og service til enhetene (Torsteinsen, 2012, s. 38-40).

Det andre elementet som kjennetegner en resultatenheter er prosessen. Desentraliseringen skal være med på å skape mange positive prosesser. Dette er blant annet økt motivasjon, innovasjon, kvalitet, kostnadsbevissthet osv. Her er tanken at økt ansvar gjør at man tar økt ansvar også (Torsteinsen, 2006, s. 15).

Torsteinsen (2012) viser til at resultatenehetsmodellen vil stimulere til følgende prosesser:

1. Økt motivasjon og ansvarsfølelse. Desentralisering av myndighet og resultatansvar viser at rådmann/ kommunedirektøren har tro på enhetslederen evne til å lede mot de fastsatte mål. Denne tilliten skal føre til økt motivasjon og større ansvarsfølelse.

2. Økt kostnadsbevissthet og stimulere til sparsomhet. De gitte økonomiske rammene vil stimulere til gode billige løsninger. Kobling mellom tjensteproduksjon og økonomirammer blir dermed tettere.
3. Økt oppfinnsomhet. Friheten en har til å finne løsninger både faglig og i forhold til drift stimulerer til oppfinnsomhet.
4. Sterkere resultatorientering. Fokus på å oppnå resultater fører til mindre fokus på regler. Igjen skal dette stimulere til oppmerksomhet og aktivitet mot å nå målene.
5. Sterkere brukerorientering. Desentraliseringen av myndighet til de som er nærmest brukerne gjør det lettere å lytte til brukernes ønsker og behov.
6. Kvalitetsheving. Ved å lytte til brukernes ønsker og behov hever en kvaliteten på tjenestene.
7. Økt beslutningseffektivitet. Beslutningene blir mere effektive når de som fatter beslutninger sitter nærmere brukerne. De har også lettere tilgang på bedre informasjon av folk med relevant faglig kompetanse.
8. Skape mentalitets- og identitetsforandringer, og bidra til utvikling av ny kultur. Enhetsledere utvikler en klar identitet som leder samtidig som at de aktivt lytter til medarbeidere, brukere og er lydhøre for deres innspill. Medarbeidere som er myndiggjorte og kompetente vil ha blick mot brukere og resultat framfor regler og formaliteter.

(Torsteinsen, 2012, s. 45-46)

Til slutt er det resultatene. Den foregående prosessen forventes å gi resultater som er positive (Torsteinsen, 2006, s. 15).

Det er forventninger om at det skal spares penger, være bedre kostnadseffektivitet og at budsjettet skal være i balanse. Noen grunner til dette er blant annet fjerning av mellomledelse, som igjen fører til at ressurser kan overføres fra administrasjon til tjenesteutøvelse. Et annet moment er endringer i prosesser og kultur. Det forventes også at de oppgavene som haster mest blir løst først, en resultat- eller prioriteringseffekt. At ressursene flyttes dit hvor det er mest behov. I tillegg forventes det at tjenestekvaliteten vil øke og dermed gi bedre brukertilfredshet (Torsteinsen, 2012, s. 47).

For at en slik modell skal fungere så må to viktige forutsetninger være på plass. Den ene er at det skilles mellom strategiske og operative oppgaver. Det strategiske ligger på sentralt nivå i

organisasjonen mens det operative ligger på enhetsnivå. Det må også være mulig å gjennomføre resultatvurderinger (Torsteinsen, 2006, s. 16).

3.3.4 Interkommunalt samarbeid

«Kommuner og fylkeskommuner kan utføre felles oppgaver gjennom et interkommunalt samarbeid. Et interkommunalt samarbeid skal foregå gjennom et interkommunalt politisk råd, kommunalt oppgavefellesskap, vertskommunesamarbeid, interkommunalt selskap, aksjeselskap eller samvirkeforetak, en forening eller på en annen måte som det er rettslig anledning til. Om samarbeidet omfattes av reglene om offentlige anskaffelser vurderes ut fra reglene om offentlige anskaffelser.» Kommuneloven, 2018, § 17-1.

Kommunene har stadig fått flere krav på å levere tjenester. Da samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet 2009) kom i 2012 fikk kommunene ansvar for utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. I tillegg så kom det også krav til kommunene om å ha kommunale øyeblikkelig hjelp- plasser. I Østre- Agder førte dette til større bruk av interkommunalt samarbeid. Denne måten å samarbeide på kan være med på å gi stordriftsfordeler som en liten kommune ikke har mulighet til selv. Regjeringen skriver på sin hjemmeside at interkommunalt samarbeid kan være med på i tillegg til å gi stordriftsfordeler, å gi tilgang på god og rett kompetanse. Dette kan være med på å gi god kvalitet på tjenestene (Regjeringen, 2020).

Loven regulerer hvilken form samarbeidet skal ha. Det er flere ulike former som kan brukes. Politisk råd kan opprettes når det er politiske saker som skal behandles på tvers av kommunegrensene. En slik modell kan ikke fatte enkeltvedtak eller brukes til tjenesteproduksjon. Kommunalt oppgavefellesskap kan to eller flere kommuner eller fylkeskommuner opprette for å samarbeide om oppgaver som kan løses sammen. Det kan ikke fattes enkeltvedtak ved denne samarbeidsformen. Men det kan fattes vedtak om interne forhold i samarbeidet, og i forhold til forvaltning av tilskuddsordninger.

Vertskommunesamarbeid handler om at en kommune kan inngå avtale med en vertskommune om å overta lovpålagte oppgaver. Kommunen kan også delegere myndigheten til å fatte enkeltvedtak til vertskommunen (Lovdata 2022).

Arntsen, Torjesen og Karlsen (2018) har forsket på hva som er drivere og barrierer for interkommunalt samarbeid om helsetjenester i Norge. De fant at hele 93 % av kommunene de spurte var med i interkommunale samarbeid om helsetjenester. Kommuner med få innbyggere og dårlig økonomi er viktige drivere for interkommunalt samarbeid. Disse kommunene kan dra nytte av stordriftsfordelene. De får også ved hjelp av interkommunalt samarbeid blant annet hjelp til å dele på kostnader til dyrt utstyr og dyre bygg. En annen viktig driver er tilgang til kompetanse. En liten kommune har ikke alltid mulighet til å tilby tjenester som legevakt, eller kommunal øyeblikkelig hjelp i egen kommune. Dette er tjenester som krever kompetanse hele døgnet. Økt tjenestekvalitet og et større og mer robuste fagmiljø en av de viktigste argumentene for å bli med i interkommunale samarbeid. Geografisk avstand til nabokommunen spiller også inn når det gjelder interkommunalt samarbeid. Funnene som ble gjort her er at det var et større samarbeid mellom kommuner med kortere geografisk avstand. I tillegg til at stor avstand mellom kommunene kan begrense kommunikasjon og den samhandlingen som trengs for å bygge relasjoner, så spiller reiseavstand for pasienten også inn. Størrelser på kommunene rundt kan også spille en rolle for om en har interkommunalt samarbeid. Funnene her var at kommuner som var omgitt av større kommuner deltar mindre i interkommunale samarbeid. For kommuner som var omgitt av mindre kommuner hadde ikke dette noe å si (Arntsen et al., 2018, s. 380-387).

4.0 Metode

«En metode er som sagt en måte å gå fram på for å samle inn empiri, eller det vi kalte data om virkeligheten», Jacobsen, 2015, s. 21

I dette kapittelet beskrives de valgene som er gjort med tanke på metode. Hvordan data ble samlet inn og analysert, før det redegjøres for ulike dilemma som en kan møte på. Blant annet å forske på egen organisasjon som jeg gjør, og validitet og reliabilitet, før jeg sier noe om personvern.

4.1 Design

For å finne svar på problemstillingen må en finne et undersøkelsesopplegg som egner seg. Jeg har tenkt å utføre et enkeltcase- studie for å finne svar på min problemstilling.

«Casestudier er godt egent til å gi «tykke beskrivelser», det vil si detaljerte beskrivelser av virkeligheten», Jacobsen, 2015, s. 99. Siden problemstillingen henstiller til en enhet, tenker jeg at et slikt enkeltcase- studie vil passe. Denne studien gir meg god innsikt i enheten og dermed mulighet til å finne svar på problemstillingen.

4.2 Kvalitativ metode

Det er en forholdsvis liten kommune jeg jobber i. Men enheten for helse og omsorg er en av de største enhetene i kommunen med flest underavdelinger og flest ansatte. Jeg vil bruke kvalitativ metode for å finne svar på problemstillingen. Den er ifølge Jacobsen (2015) godt egnet til å avklare et tema som ikke er avklart og til å få fram nyanseringer i forhold til temaet. Valg av intense undersøkelsesopplegg som for eksempel ved enkeltcase vil vanligvis bety at en tar i bruk kvalitative metoder. Når en har behov for å i undersøke dybde og få frem nyanser samt avdekke forhold mellom individ og kontekst, så er intensive undersøkelsesopplegg og kvalitativ metode velegnet. Kvalitative og intense metoder har samtidig sine ulemper, ved at det kan være ressurskrevende mht. å samle inn data og analysere disse (Jacobsen, 2015, s. 133-134).

I min egen studie har jeg valgt å benytte individuelle intervjuer med ansatte og ledere som har erfaringer med dagens organisering. Her har jeg forsøkt å finne informanter som har hatt erfaringer fra ulike «utkikksposter», ledelse og personale som har direkte kontakt med pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten. Her har jeg også forsøkt å fram stemmer til ulike yrkesgrupper, dvs. sykepleiere, helsefagarbeidere og ledere. Disse representerer også ulike tjenesteområder.

4.3. Kvalitative individuelle intervjuer

For å finne ut hva ledere og ansattes erfaringer med dagens organisering er valgte jeg å benytte meg av kvalitative individuelle intervjuer. Et individuelt intervju egner seg når det er relativt få enheter som skal undersøkes, vi er interessert i hva det enkelte individ mener og er interessert i å få informasjon om hva den enkelte legger i ulike forhold. Individuelle intervju kjennetegnes ved at det gjennomføres en samtale mellom intervjuer og informant (Jacobsen, 2015, s. 147). Et forskningsintervju er ikke et intervju mellom to likeverdige parter. Det er forskeren som styrer hvor samtalen skal gå. Forskeren stiller spørsmålene og følger kritisk opp svarene fra informanten (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 22).

Jeg hadde på forhånd utarbeidet en intervjuguide jeg fulgte for at alle informantene skulle inntre de samme temaene. Denne intervjuguiden ble utarbeidet med en ganske sterk strukturingsgrad. Det vil si at spørsmålene er formulert på forhånd. Jacobsen (2015) peker på at denne typen strukturingsgrad nærmer seg kvantitativ metode. Men så lenge informanten kan svare med sine egne ord, så er intervjuet kvalitativt (Jacobsen, 2015, s. 152). Til tross for at intervjuguiden bar preg av sterkt strukturingsgrad så var det likevel rom for å endre på rekkefølge og spørsmålsformulering underveis. Etter at intervjuguiden var utarbeidet testet jeg den på en medarbeider for å se om spørsmålene var forståelige og relevante.

4.3.1 Utvalgsriterier for informanter

Utvelgelse til kvalitative undersøkelser er formålsstyrt. Det vil si at det er problemstillingen som utgjør kriteriene for utvelgelsen (Jacobsen, 2015, s. 180). På bakgrunn av dette ønsket jeg å intervju ansatte som jobber i forskjellige tjenester i enheten. Det var også viktig å velge ut ansatte med ulik kompetanse for å prøve å få et bredt utvalg. Dermed ble følgende plukket ut til intervju: Enhetsleder, teamleder, sykepleier på legekantor, 2 sykepleiere og 3 fagarbeider

som jobber i hjemmesykepleien og på institusjon, i alt 8 informanter. Se tabell 4. Disse ble valgt ut på bakgrunn av hvilken tjeneste de jobber i og hvor lenge de har jobbet her. Her valgte jeg ut noen som hadde jobbet her i veldig mange år, samt noen som kum hadde jobbet her 1 år. Dette for å finne ut om erfaringene er ulike alt etter hvor lenge en har jobbet i enheten. Tabellen under viser en oversikt over hvem som ble intervjuet og tjenestestedet de jobber på.

| Informanter | Tjenestested |
|--------------------|---------------------|
| Enhetsleder | Helse og omsorg |
| Teamleder | Institusjonen |
| Sykepleier | Legekantor |
| Sykepleier | Hjemmesykepleien |
| Sykepleier | Institusjonen |
| Helsefagarbeider | Hjemmesykepleien |
| Helsefagarbeider | Hjemmesykepleien |
| Helsefagarbeider | Institusjonen |

Tabell 4. Oversikt over informantene

4.3.2 Intervjuprosessen

Selve intervjuprosessen startet med at jeg tok kontakt med aktuelle informantene enten via e-post eller de ble spurt muntlig. I tillegg fikk de utdelt et informasjonsskriv som inneholdt informasjon om formålet med intervjuet samt informasjon om personvern og samtykkeerklæring. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen samtidig med at informantene var på jobb. Dette kunne vært et stressselement for de som ble intervjuet, men jeg opplevde at de tok seg tid til intervjuet og ikke hastet videre til andre arbeidsoppgaver. Intervjuene varte fra 15-50 minutter. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, noe som informantene samtykket til.

Etter at intervjuene var gjennomført ble alt transkribert ord for ord. Når intervjuene transkriberes fra tale til tekst er det lettere å få strukturert intervjuene for i etterkant å analysere dataene (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 188). Ved transkriberingen ble ingen navn eller arbeidssted skrevet ned, kun yrkestittel.

4.4 Analyse av datamaterialet

For å analysere datamaterialet har jeg valgt å ta utgangspunkt i Jacobsen`s bok «Hvordan gjennomføre undersøkelser?». Jacobsen (2015) viser til fire forhold som er sentrale i å gjennomføringen av analysen.

1. Dokumentere. Her beskrives det materialet en har samlet inn.
2. Utforske. Her forskes det på innholdet i dataene.
3. Systematisere og kategorisere. Dele inn i kategorier og fylle de ulike kategoriene med teksten.
4. Sammenbinde. Trekke opp forbindelser og sammenhenger mellom de ulike kategoriene.

(Jacobsen, 2015, s. 199)

Jeg har valgt å foreta en innholdsanalyse. Innholdsanalyse går ut på at dataene som er samlet inn kan samles i kategorier. Når en skal kategorisere data så brekkes temaet opp i mindre enheter. Etterpå så samles ulike deler av dataene i disse enhetene. Det skilles på to ulike former for å kategorisere. Den første tar utgangspunkt i data. Det kalles «åpen koding» eller «første- syklus koding» og innebærer at dataene som omhandler det samme samles i en kategori. Når vi da skal analysere senere, så kan vi forholde oss til et fåtall av kategorier. Den andre former kalles «aksial koding» eller «andre- syklus koding». Her etableres kategorier etter at det først er gjort en analyse. Det kan være en ny kategori eller så kan mange underkategorier plasseres i en gruppe av større kategorier (Jacobsen, 2015, s. 207).

Da jeg på forhånd hadde utviklet en intervjuguide som fokuserte på PAIE- modellen, så var det naturlig å kategorisere ved hjelp av PAIE- modellen.

4.5 Forske på egen arbeidsplass

Jeg har valgt å forske på min egen arbeidsplass. Når en gjør det er det viktig å være klar over at det både er fordeler og ulemper ved dette. Fordeler er den lokale kjennskapen en har på arbeidsplassen når en jobber der selv. Det gjør at en lettere kan få tilgang til informasjon ved at en vet hvor en skal henvende seg for å få tak i den. En kjenner til kulturen og den uformelle strukturen i tillegg til at en kjenner til historikken til arbeidsplassen. I tillegg vi gjerne en som

allerede jobber på arbeidsplassen bli møtt med større tillit og åpenhet enn en som kommer utenfra (Jacobsen, 2015, s. 56).

Ulemper er at det kan bli vanskelig å holde den kritiske avstanden som er nødvendig. En kan fort bli forutinntatt og kanskje partisk. Dette kan føre til at en ikke ser alle nyanser, fordi en ser det en ønsker å se (Jacobsen, 2015, s 57). Jeg har prøvd å være meg bevisst på at jeg er en del av ledergruppen i helse og omsorg og at det dermed kan være med på å påvirke svarene fra informantene. Samtidig som at jeg har sett fordelene med at jeg kjenner de jeg har intervjuet.

Oppsummert kan en si at et frarådes ikke å forske på egen arbeidsplass. Men det er viktig å være klar over de fordelene og ulempene dette kan medføre, og ta hensyn til disse i forskningen.

4.6 Validitet og reliabilitet

Når en samler inn empiri så stilles det krav til at det er samler inn skal være gyldig og relevant (validitet) og pålitelig og troverdig (reliabilitet) (Jacobsen, 2015, s. 16).

4.6.1 Validitet

Validitet sier noe om at empirien vi samler inn skal være gyldig og relevant. Det vil si at vi gjennom innsamling av data får svar på spørsmålene vi har stilt. Det skilles mellom intern validitet og ekstern validitet.

Intern validitet handler om at resultatene oppfattes som riktige. Det vil si at den virkeligheten som presenteres fra forskeren samsvarer med virkeligheten. Her er det tre sentrale spørsmål som bør stilles:

- Har informanten gitt en sann beskrivelse av virkeligheten? Her bør en stille seg spørsmål om en har fått tak i de riktige kildene og om disse gir riktig informasjon. Når i undersøkelsen ble dataene samlet inn og hvordan informasjonen kommer fram.
- Har forskeren fortolket og gjengitt dataene riktig? For å finne svar på dette kan en vise resultatene til en eller flere informanter for å se om de kjenner seg igjen i funnene. En kan også ha en kritisk drøfting av kategorier, hendelser og sammenhenger.

- Gjenspeiler funn og konklusjoner virkeligheten? Dette kan en finne svar på ved å finne ut om resultatene en har kommet fram til stemmer overens med annen forskning. (Jacobsen 2015, s. 228-236)

Ekstern validitet handler om i hvor stor grad funnene som er gjort kan generaliseres. Her er det spørsmål om hvorvidt en kan generalisere til andre enheter i den sammen casen eller om en kan generalisere til andre case. I hvor stor grad en kan generalisere avhenger av hvor stort utvalg av enheter en har. Jo større utvalg, jo større mulighet for å generalisere (Jacobsen, 2015, s. 237-239).

4.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om at undersøkelsen må være til å stole på, og den må være gjennomført på en troverdig måte. Funnene en har må være pålitelige og troverdige og vi må kunne stole på de. Faktorer som kan påvirke dette er undersøkelsesopplegget, hvordan dataene ble samlet inn og analyseringen av disse (Jacobsen, 2015, s. 17, 241).

4.7 Personvern

Prosjektet ble meldt til Personvernombudet for forskning ved NSD, Norsk senter for forskningsdata. Dette ble godkjent av NSD før data ble samlet inn. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv til respondentene som beskrev problemstilling og formål med studien. Rett før intervjuene ble gjennomført, skrev informanten under på et informert samtykke, hvor det også står opplyst at de kan trekke samtykket når som helst.

5.0 Presentasjon av funn og drøfting av data

Helse og omsorg i Åmli kommune er en stor enhet med mange tjenester. Enhetsleder har mange ansatte og mange fagområder å følge opp. I problemstillingen ønsker jeg å finne ut hvordan erfaringene har vært blant ansatte i helse og omsorg mht. organiseringen slik den er i dag, og hvordan en på bakgrunn av disse erfaringene eventuelt kan forbedre og endre organiseringen. Som nevnt i metodekapittelet så har jeg benyttet kvalitative intervju. I dette kapittelet skal jeg presentere de empiriske funnene etter å ha analysert intervjuene, og drøfte funnene fortløpende.

På bakgrunn av modellen for innholdsanalyse har jeg kommet fram til noen hovedkategorier jeg vil presentere min med funn i henhold til. Funn vil bli presentert i form av sitater. Som nevnt i teorien så er PAIE- modellen en måte å vurdere om ledere og organisasjonen ivaretar sentrale funksjoner. Det vil si produksjon, administrasjon, integrasjon samt entreprenørskap. I lys av denne modellen, er hensikten å fortolke kvalitative intervjudata om hvilke erfaringer ansatte i helse- og omsorgstjenesten i Åmli kommune har med dagens organisering. Med andre ord om dagens organisasjon fungerer hensiktsmessig, eventuelt hvor det er behov for justering og endring i henhold til produksjon av tjenester (P), administrasjon (A), identitet og tilhørighet i organisasjonen (I) og fornyelse, innovasjon og endring (E). Jeg har altså valgt å bruke PAIE- modellens hovedkategorier i tillegg til litteratur om organisering, herunder resultatenhetsmodellen og til slutt kommer en kategori om interkommunalt samarbeid.

5.1 Erfaringer fortolket i lys av PAIE

5.1.1 Produksjon (P)

Produksjon handler om hvor vidt en organisasjon får ivaretatt sine behov for å sette mål og drive fram resultater. I en ekspertorganisasjon er det dette området som er mest fremtredende og dermed viktigst for organisasjonen å fokusere på. Under dette temaet i intervjuene handlet det om medarbeidernes erfaringer med å sette fokus på tjenesteproduksjonen i egen enhet.

Kommunen har en kommuneplan med mål for hver enkelt enhet. Dette er med på å hjelpe enheten til å lage egne mål for hver avdeling. Som en medarbeider uttrykte det:

«Men jeg føler jo at vi har blitt litt bedre på det på grunn av at vi har en kommuneplan som har tatt inn over seg en del mål for hver enhet. Vi bruker målene hvert år for å lage mål for inneværende år for hver avdeling».

Her kommer det tydelig fram at det er satt mål for enheten, men at organisasjonen ikke har klart å formidle disse målene til den enkelte medarbeider i tjenesteproduksjonene. Flere av medarbeiderne forteller blant annet at de ikke har hørt at det er noen mål. En medarbeider kom med følgende illustrerende utsagn:

«Vet ikke at vi har noe målrettet fokus på noe hvis du skjønner. Vi har jo kanskje det litt lenger opp i systemet, men ikke sånn etter hvordan vi jobber hver dag på jobb, det har vi ikke».

En annen medarbeider hadde samme erfaring:

«Veldig lite konkrete målsettinger, konkrete målsettinger synes jeg».

Det skal likevel påpekes at dette ikke gjaldt alle. Det var noen av medarbeiderne som var kjent med at det faktisk var utarbeidet mål for enheten:

«Føler jo at vi har klare mål for avdelingen og for drifta».

Det kom også fram under intervjuene at det å måle resultatene kunne være utfordrende:

«Så jeg tenker at det å lage mål for enhetene er greit, samtidig som at det er vanskelig å få laget mål som er målbare».

Målene som lages skal være med på å vise hvilken retning tjenesten tar. Det at mange ikke har hørt om målsettingene gjør det tydeligvis utfordrende å samle organisasjonen om den ønsket retningen. Det oppleves med andre ord vanskelig å få alle til å dra i samme retning. Her pekes det på at størrelsen på enheten gjør det utfordrende å få med seg alle til å dra i samme retning:

«Få med teamsykepleierne til å dra i samme retning er en utfordring. Utfordring at vi er så store. Lett å lage retning, vanskelig å få med de under».

Til tross for dette så var det noen medarbeidere som uttrykte at de visste hvilken retning som var satt for tjenesteproduksjonen. Et par medarbeidere kommenterte følgende:

«Men jeg føler ikke at det er så vanskelig at vi lager en retning for tjenestene».

«Ja her er det jo det. Vi har jo styrket hjemmesykepleien veldig».

Bolman og Deal nevner i en av de seks grunnantakelsene i forhold til struktur innen organisering, så eksisterer organisasjoner for å nå mål som er fastsatt og skal utforme strategier for å nå disse målene (Bolman og Deal 2018, s. 76). Som analysen viser så er det litt ulikt hvor vidt det oppleves at organisasjonens behov for å sette mål og drive fram resultater er ivaretatt. Ut fra besvarelsene i intervjuene så kan det virke som at det blir laget mål for tjenestene, men at disse kanskje ikke blir informert nok til alle ansatte.

Resultatenhetsmodellen forutsetter at det styres etter mål og resultat (Torsteinsen, 2012, s. 46). Enhetslederen er den som skal rapportere på mål og resultater, men for at tjenestene skal være med å dra i samme retning er det viktig at mål og resultater blir kommunisert godt ut. Da kan ikke dette bare være en avtale mellom enhetsleder og kommunedirektøren. Enhetens mål må også informeres ut i avdelingene.

Kommunal helsetjeneste kan fortolkes i lys av ekspertorganisasjon. En ekspertorganisasjon vil jo være at de ansatte blir ansatt på grunn av sin kompetanse og har stor autonomi i jobben de skal utføre. De utfører jobben sin på bakgrunn av den kompetansen de har fra utdanningen sin. De ansatte styrer arbeidshverdagen sin basert på kompetansen, og det er lite rom for ledelse utover den faglige autoriteten (Strand, 2018, s. 28). Det er kanskje det som gjør at helse og omsorg fungerer i dag til tross for at ikke alle medarbeiderne har fått kunnskap om hvilke mål og hvilken retning tjenesten bør ta, slik den blir definert ut fra administrative og økonomiske mål. I en ekspertorganisasjon som leverer helsetjenester er det nettopp faglig kvalitet og skjønn som definerer arbeidsdagen i motsetning til en ekspertorganisasjon som produserer enkle varer i en produksjonsbedrift (Strand, 2018, s. 457). Dette kan komme i konflikt med resultatenhetsmodellen, hvor en av forutsetningene er at det styres etter mål og resultater. Ekspertorganisasjonens bruk av faglig skjønn opp mot resultatenhetens styring etter mål og resultater kan være en av grunnene til at det oppleves vanskelig å lage mål som er målbare.

En annen utfordring for en ekspertorganisasjon er at de gjerne er innkapslet i byråkratisk pregede organisasjoner som de må ta styringssignaler fra. En leder i et byråkrati kan formelt ha høyere rang, men hos ekspertene så savnes likevel den faglige legitimiteten til disse lederne (Strand, 2018, s. 270). Det vil si at i en kommune som Åmli så ligger ekspertorganisasjonen helse og omsorg innkapslet i hele kommunestrukturen som er en byråkratisk organisasjon. Det er gjerne politikere og administrasjonen i kommunen som legger føringer for enhetene. Resultatenhetsmodellens fokus på mål og resultater kan kanskje føre til at de fagprofesjonelle i en ekspertorganisasjon vil kunne savne fokus på faglige mål og resultater. I tillegg er det mange lovpålagte tjenester i helse og omsorg. Dette gjør at enheten er underlagt sterk mål- og resultatstyring opp mot disse lovpålagte tjenestene. Torsteinsen viser til at innføringen av samhandlingsreformen i 2012 kan være med på å styrke det fagprofesjonelle fokuset i mål- og resultatstyring som tidligere har vært basert på profesjonsnøytrale kriterier. En av grunnene til det er kravene til kommunene om å behandle sykere pasienter da sykehus skriver ut pasientene tidligere. Dette fører til at kommunene må ha en større kompetanse på disse områdene (Torsteinsen, 2012, s. 248). Hvorvidt dette er erfaringene i Åmli kom ikke fram under intervjuene.

Mintzberg viser hvordan en organisasjon kan struktureres ved bruk av fem hoveddeler. Den operative kjernen, mellomledet, det strategiske toppunktet, teknostrukturen og støttestab (Mintzberg, 1980, s. 324). Det strategiske toppunktet er topplederne og deres personalgruppe i organisasjonen. Resultatenhetsmodellen bygger på en forutsetning om at det strategiske og operative skilles (Torsteinsen, 2006, s. 16). Det vil si at strategiske blir behandlet på sentralt nivå i kommunen, mens det operative blir behandlet på enhetsnivå. Funnene fra intervjuene viser at kommunen utarbeider strategiske planer som enhetene tar med seg videre arbeidet med planer for hver enkelt enhet. Det vil si at på dette området så blir produksjonsrollen ivaretatt på det strategiske toppunktet. Åmli kommune oppgir å være flat struktur. Enhetslederne blir regulert gjennom lederkontrakter. Det kom fram under intervjuene at kommunedirektøren forventer at enhetslederne er restriktive innenfor økonomi og at enhetslederne gis frihet til å gjøre endringer i tjenestene hvis det viser seg å være aktuelt. I følge teorien om resultatenhetsmodellen så gis enhetsleder et stort ansvar for resultatstyring og oppfølging (Torsteinsen, 2006, s. 15). Organiseringen i Åmli kommune gir enhetslederne mye makt gjennom lederkontraktene. Og funn fra intervjuene viser at enhetsleder er gitt stor

frihet til å lede enhetene innenfor de eksternt fastsatte rammene. Men det kommer fram under intervjuene at det er utfordrende å lede innenfor de økonomiske rammene som er satt.

«Helse- og omsorgsavdelingen er en avdeling det i alle fall er vanskelig å budsjettere for, det er så mye uforutsett».

Det er likevel enhetsleder som er ansvarlig for budsjettet i sin enhet og må melde fra til politikerne ved avvik. Dette fordi norske kommuner er politisk styrte, og det er politikerne som vedtar budsjetter. Intervjumateriale avdekker imidlertid ikke at det var satt krav til å levere positive resultater, jfr. Resultatenhetsmodellens krav til resultater. Men en medarbeider uttrykte at det var vanskelig å få målt på resultatene for å finne ut om tjenesten går den retningen en ønsker:

«For det at vi jobber med mennesker. Det synes jeg er vanskelig. Og det å vite at du har parametere som du kan ta ut en rapport på for å se endringer over tid».

Strand viser til at ledelsen skal påvirke resultater og stå til ansvar (Strand, 2018, s. 441). Det store kontrollspennet som enhetslederen har, kan imidlertid gjøre det vanskelig å nå ut med informasjon til underordnede ansatte. Her viser intervjudata at tilbakemeldinger varierte med henhold til om det var fastsatt definerte mål for virksomheten. Her burde kanskje mellomledet styrkes for at organisasjonen bedre skal kunne kommunisere sine mål tydeligere ned til medarbeiderne i den operative kjernen. Erfaringer som kom frem gjennom intervjuer reflekterer således at enhetsleder muligens har behov for styrket ledelse i de ulike avdelingen for å klare å få formidlet de mål og den retningen ledelsen ønsker at tjenestene skal ha. Sett opp mot ekspertorganisasjoners behov for ledelse, kan dette framstå som et paradoks. I en ekspertorganisasjon er det lite behov for mellomledelse og de profesjonelle medarbeiderne i prinsippet styrer seg selv.

5.1.2 Administrasjon (A)

En ekspertorganisasjon er gjerne underlagt administrative styringssystemer slik som en kommune som er politisk styrt (Strand, 2018, s. 271). Ekspertorganisasjonen må forholde seg til de administrative styringssystemene, men utover det er ikke administratorfunksjonen så veldig framtrædende i en ekspertorganisasjon. Administrasjonsfunksjonen handler om i

hvilken grad organisasjonen klarer å ivareta administrative og styringsmessige funksjoner. Her var medarbeiderne delte i oppfatningen. Noen opplevde at dette var godt ivaretatt, mens andre ikke helt klarte å se at dette var ivaretatt. Av de som ikke så at dette var ivaretatt så ble det pekt på at det var uklare stillings- og ansvarsbeskrivelser og at veldig mye ligger på enhetsleder. Samtidig som at de uklare stillings- og ansvarsbeskrivelsene gjorde det utfordrende å vite hvem en skal spørre om hva. Organiseringen gjorde at det var litt rotete for medarbeiderne å vite hvem de skal forholde seg til. Dette var det flere av informantene som påpekte og som følgende uttalelse kan være et illustrerende eksempel på:

«Nei det er jo det at det er litt uklart. Stillingsinstruksene er kanskje litt uklare, sånn at det kan gå på kryss og tvers. At ting, at mange har samme funksjon føler jeg. At du kan ha mange å spørre om en ting».

Det savnes en større delegering i enheten. Slik organiseringen er i dag så ligger omtrent alle administrative funksjoner hos enhetsleder, slik en medarbeider her uttrykker det:

«Det at det der, ja den øverste har likesom hele ansvaret og de under har litt ansvar men ikke ordentlig ansvar hvis du skjønner».

Dette ble også nevnt av en annen medarbeider som påpekte at teamlederne kanskje burde hatt mere ansvar for administrative funksjoner, dvs. i større grad være i stand gjennom sitt faglige skjønn til å styre seg selv:

«Jeg tenker kanskje noen ganger at de som er sonesykepleiere/teamsykepleiere, de burde ha mere/ litt større ansvar. Være litt større forventninger til hva jobben deres er».

Når det gjelder om organisasjonen har utarbeidet ulike prosedyrer for å ivareta orden og kontroll i organisasjonen så er funnene her at det var litt varierende. Det pekes på at det er prosedyrer på mye, men det mangler en del også:

«Begge deler. På noen ting lages det, men på noen ting må man finne ut av det litt selv. Det er litt flytende».

I forhold til hvilke forventninger det er til medarbeiderne så opplevdes dette litt uklart. Mens noen pekte på at stillingsbeskrivelsen klart viste til hva som forventes av de, så opplevde andre igjen at det ikke stiltes noen krav. De eneste kravene som stiltes var at de skulle følge opp sine arbeidsoppgaver ut fra sine faglige kvalifikasjoner. Dette samsvarer med en ekspertorganisasjon hvor det forventes at den operative kjernen styrer seg selv på bakgrunn av kompetansen sin.

Administrasjon handler om kontroll og orden i enheten (Strand, 2018 s. 462). Analysen viser som nevnt at det var noen medarbeidere som opplever at stillingsinstrukser er uklare og at det er mange å spørre om samme ting. Til tross for at administrasjon ikke står så sterkt i en ekspertorganisasjon vil en avklaring rundt disse momentene vil føre til at enheten får større kontroll over sine medarbeidere, og medarbeiderne vil igjen føle seg tryggere på både sin egen og kollegaers roller. Strand (2018) peker på at i en ekspertorganisasjon så kan gjerne veiledning og resultatvurdering komme fra kollegaer. Ledere har ikke nødvendigvis den kunnskapen som den profesjonelle sitter på (Strand, 2018, s. 271). Likevel så etterspørres det en tydeligere rollefordeling i helse og omsorg i Åmli kommune.

Hvordan organisasjonsstrukturen er lagt opp, vil kunne påvirke hvordan administrasjonsfunksjonen blir ivaretatt i virksomheten. Minzberg peker blant annet på at ekspertorganisasjoner er svært desentraliserte (Mintzberg, 1980, s. 333). Det vil si at det er den operative kjernen som har størst innflytelse og på mange vis styrer seg selv. Positivt med desentralisering er at kompetente medarbeidere kan være med på å ta beslutninger. Det vil si at de som kjenner til problemene og har kunnskap om dem har opparbeidet kompetanse til å takle dem (Strand, 2018, s. 466-467). Under intervjuene kom det fram at det var en utfordring at ikke alle opplever at det stoles på at de gjør oppgavene sine. En medarbeider uttrykte det på følgende vis:

«Det er ganske bra skulle jeg til å si. Men av til og kunne jeg ønske at det ble stolt mere på at hver og en gjorde tingene sine».

Strand påpeker følgende: *«Profesjonelle er selvgående med hensyn til mål og midler, de trenger generelt lite instruksjoner mål og oppgaver fra andre, deriblant ledelsen.»* (Strand, 2018, s. 271). Ut fra analysen av intervjudataene kan det virke som at denne ekspertorganisasjonen ikke fungerer helt etter forutsetningene. Slik en ekspertorganisasjon fungerer så har de

fagprofesjonelle stor autonomi i utøvelsen av jobben sin, og det forutsettes at de avgjørelsene de tar er riktige. For at de fagprofesjonelle fortsatt skal stole på sine faglige avgjørelser så er det viktig at de opplever at ledelsen stoler på de.

I helse og omsorg i Åmli kommune er det kommunedirektøren som har delegert ansvar og myndighet ned til enhetsleder. Strand viser til at toppledere er med på å ha herredømme over hvordan organisasjoner skal se ut gjennom denne delegeringen av oppgaver, myndighet og ressurser. Topplederne er også de som må ta ansvar for at system for belønning, kvalitet, måling og lignende er på plass. Mellomnivået skal skape sammenheng og samordning mellom enhetene. De må se på om arbeidsoppgaven kan fordeles til andre, om enhetene kan deles inn på andre måter, om informasjonsflyten fungerer som den skal. Arbeidslederne er de som må passe på at kontrollsysteemene virker og eventuelt skrive avvik (Strand, 2018, s. 466, 480). Åmli kommune oppgir at de har flat struktur i organiseringen sin. Flat struktur vil ifølge Romøren si at det ikke er noe ledernivå mellom kommunedirektøren og de ulike tjenesteenhetene. Det blir færre ledernivå og færre nivåer per ansatt (Romøren, 2006, s. 8). I helse og omsorg ser det ut som at det kan stemme. Enhetsleder har ingen under seg som rapporterer til kommunedirektøren. Vedkommende har heller ingen under seg som har totalt personal- og økonomiansvar. Dette ligger hos enhetsleder som da får en veldig stor organisasjon å holde kontroll over. Ledernivået under enhetsleder er teamlederne. Det er de som ifølge Strand må passe på at kontrollsysteemene fungerer. Medarbeiderne etterlyser sterkere styring og mere delegering ned til teamlederne. En av de seks grunnantakelsene til Bolman og Deal er følgende: «*Organisasjoner øker sin effektivitet og sin yteevne gjennom spesialisering og en hensiktsmessig arbeidsdeling*». (Bolman og Deal, 2018, s. 76). Basert på tilbakemeldingene til medarbeiderne så kan det virke som at arbeidsdelingen i organisasjonen ikke fungerer hensiktsmessig. Dette underbygges fra en medarbeider som sa følgende:

«Dagens organisering bidrar jo til å holde orden og system. Men det som må på plass er delegering for at det skal bli bedre orden og system. For sånn som det er nå så er det jeg som gjør det meste, eller nesten alt».

I forhold til resultatenhetsmodellen peker Torsteinsen (2012) på mange roller som en enhetsleder i en slik organisasjon må ivareta. Blant annet som kommunens embetsmann som må ha forståelse og medansvar for hele kommunen, lojal byråkrat som må lede i forhold til budsjettrammene og vedtatte lover og regler, assisterende konsernsjef og kommunal leder

som vil ha et medansvar for kommunens resultat, og driftsleder for sin egen enhet og forholde seg til interne og eksterne krav. Disse kravene kan være interne rutiner, systemer og kultur i tillegg til eksterne krav fra brukere, media og nasjonale myndigheter (Torsteinsen, 2012, s. 82-83). Dette viser den kompleksiteten en enhetslederen har og bygger opp under sitatet fra en informant gjengitt ovenfor. Resultatenhetsmodellen legger til grunn at det skal spares penger på å fjerne mellomledelse, og at disse pengene heller skal bukes til tjenesteutøvelse (Torsteinsen, 2012, s. 47). Funnene fra Åmli viser at dette kanskje har gått litt for langt. Her etterlyses faktisk mere mellomledelse fra informantene. Hvorvidt det i Åmli kommune er en besparelse på penger som er motivet for organiseringen kom ikke fram under intervjuene. Erfaringer Torsteinsen (2012) har funnet viser at 54 prosent av enhetslederne har vurdert å slutte i en resultatenhet på grunn av at det oppleves at det ikke er samsvar mellom oppgaver og ressurser. Dessuten liker ikke alle lederne at de får mere administrasjon og ikke så mye fag som før (Torsteinsen, 2012, s. 256).

Administrasjonsrollen er som nevnt tidligere ikke så fremtredende i en ekspertorganisasjon, men er mere framtredende i et byråkrati. Helse og omsorg ligger under Åmli kommune som er en byråkratisk organisasjon, og må derfor forholde seg til de administrative- og styringsinstruksene som kommer fra administrasjon og politikere. Dette igjen viser litt av den kompleksiteten som enhetslederen må forholde seg til i sin arbeidshverdag. Det å være en ekspertorganisasjon med ansatte med stor autonomi og samtidig forholde seg til administrasjon og politikere som arbeidsgivere. Dette viser hvor viktig det er med riktig organisering er for at alle skal klare å yte sitt beste.

5.1.3 Integrasjon (I)

Integrasjon er det minst framtredende i en ekspertorganisasjon, jfr. figuren av Strands funksjoner som strukturer og ledelsesbetingelser (Strand 2018, s. 267). Når det gjelder spørsmålet om hvorvidt organisasjonen ivaretar behov for å skape identitet og tilhørighet, så svarte nesten alle at de opplever støtte av nærmeste leder, og at de ble sett. De var kort vei til leder og ikke noen problemer med å ta opp ulike problemstillinger med ledelsen. Dette uttrykte en medarbeider på følgende vis:

«Ja det synes jeg, men det synes jeg de er gode på her skulle jeg til å si».

En annen medarbeider forteller omtrent det samme:

«Ja det føler jeg, føler at det er positivt miljø. Og med det så gjør det jo til at jeg føler støtte ved ting, og jeg føler jo at det er åpenhet når en kommer med ting så en hørt og sett».

Det skal likevel påpekes at det ikke var alle medarbeidere som kjente så mye på at det var god støtte fra ledelsen. De følte seg litt glemt, og opplevde at det ikke var så mye motivasjon å få, slik en medarbeider uttrykte det:

«Støtte og motivasjon synes jeg ikke det så veldig spesielt mye av da».

Leder skal veilede den ansatte til å utvikle kompetanse. Dette var det ikke alle som følte var ivaretatt. Mens noen uttrykte at det stadig var forespørsler om kursing og lignende, var det andre igjen som ikke opplevde det slik. Det som gikk igjen var at det var generelle tilbud om utvikling, men ikke så mye på enkeltnivå. Dette kom til uttrykt på følgende måte:

«Du får jo forespørsel på generelt nivå på en måte, som alle får. Men jeg synes ikke det er så mye på enkeltnivå».

Når det gjelder spørsmålet om organisasjonen ivaretar behovet for å skape identitet og tilhørighet så viste analysen at det var det mange av medarbeiderne som opplevde dette. De opplevde seg sett av nærmeste leder, og at det ikke var problem å ta opp ulike problemstillinger. Men det var også noen som oppgav at de ikke opplevde støtte og motivasjon. De følte seg litt glemt. På spørsmål om muligheter for å utvikle seg så var det litt blandete tilbakemeldinger. Noen mente at de stadig fikk forespørsler om dette, mens andre tenkte at det ikke var så mye fokus på det.

Bolman og Deal skriver at: *«Struktur er effektive når de passer til de forhold organisasjonen til enhver tid fungerer under (deriblant strategi, teknologi, arbeidsstyrke og miljø»* (Bolman og Deal, 2018, s. 76). Basert på analysen fra intervjudataene så kan en stille spørsmål ved om strukturen slik den er i dag er effektiv på alle tjenesteområdene.

For at en organisasjon skal være effektiv i det lange løp, peker Strand (2018) på at det ikke bare er de tekniske samordningsmekanismene som må være til stede. Integrasjon er også

viktig. Dette skjer gjennom utvikling av sosiale normer, opplevelse av fellesskap, emosjonell tilfredsstillelse og kompetanseutvikling (Strand, 2018, s. 482). Basert på tilbakemeldingene fra informantene så kan det virke som at ikke alle erfarer at denne funksjonen blir ivaretatt godt nok. Mens noen føler seg både sett og hørt og opplever at miljøet er positivt, var tilbakemeldingen fra andre at de føler seg glemt. Det er ikke nevnt i denne oppgaven over hvor i enheten den enkelte medarbeider jobber, men det kan tenkes at dette spiller en rolle også. Det kan for eksempel være den fysiske avstanden til enhetsleder da ikke alle tjenestene er lokalisert i samme bygg. Det er heller ikke alle i enheten som har en mellomleder mellom seg og enhetsleder. Ifølge Torsteinsen (2012) så skal resultatenhetsmodellen stimulere til å skape mentalitets- og identitetsforandringer og bidra til å utvikle ny kultur (Torsteinsen, 2012, s. 46). Her er tanken at enhetsleder lytter til og er lydhøre for medarbeidernes innspill. Litt varierende tilbakemeldinger på dette kan tyde på at organiseringen ikke klarer å ivareta dette hos alle medarbeiderne. I en ekspertorganisasjon vil ikke en profesjonell medarbeider så lett la seg styre av sosiale teknikker. Med de er likevel avhengig av den for å få effektiv kommunikasjon og for å planlegge arbeidet fornuftig. En profesjonell medarbeider vil ikke alltid være like lydhøre for noe som kan oppfattes som innblanding i deres faglige vurderinger (Strand, 2018, s. 497-498). Likevel så viser analysen at det var noen som savnet litt mere støtte i hverdagen. Lederen i en ekspertorganisasjon vil ha en viktig rolle med å motivere ansatte til å yte sitt faglige beste ved å legge til rette de sosiale og organisatoriske forutsetninger som gjør at dette skjer (Strand, 2018, s. 273).

Som nevnt i kapittel 2 under organisering av helse og omsorg i Åmli så ble det nevnt at teamlederne hadde personalansvar i form av medarbeidersamtaler. Strand (2018) peker på at medarbeidersamtale skal fremme åpenhet og kommunikasjon. Slik får leder og medarbeider kunnskap om hverandre og det er med på å opprettholde en gjensidig tillit (Strand, 2018, s. 494). Men det er ikke alltid medarbeidersamtalene fungerer. Studier viser at bare 40 % av ledere gjennomfører medarbeidersamtaler. Av disse melder halvparten av de opplever medarbeidersamtalene som bortkastede (ukeavisen Ledelse 27.06.2006 i Strand, 2018, s. 495). Medarbeidersamtaler var ikke tema under intervjuene, men en kan tenke seg at gode årlige medarbeidersamtaler mellom ledere og medarbeidere kan være med på å fremme integrasjon i enheten. De ansatte får en mulighet til å bli sett og hørt av leder. Dette var noe som noen medarbeidere nevnte at de savnet og det kan ivaretas blant annet ved hjelp av årlige medarbeidersamtaler.

Behovet for kompetanse øker i takt med kravene til kommunene. Innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 satte større krav til kommunen. Flere behandlings- og omsorgsoppgaver har blitt overført til kommunene (Stortingsmelding 47 (2008-2009)). Pasienter skrives ut tidligere fra sykehus nå enn de gjorde tidligere. Levealderen har økt og pasienter er ofte multimorbide. På bakgrunn av dette blir det viktig for en kommune å ivareta behovet for kompetanseøkning for å gi pasientene god og riktig behandling. Analysen av dataene fra intervjuene viser at det savnes tilbud om kompetanseheving på enkeltnivå. Det kan diskuteres om det er organiseringen som er til hinder for utvikling eller om det er andre forhold, som personlige ønsker som går på tvers av enhetens kompetanseplan. Erfaringer med resultatenhetsmodellen har vist seg å være at det er observert en økt kortsiktighet. Dette har gitt seg utslag i manglende interesse for å tenke langsiktig kompetansebygging. Noe som igjen går ut over framtidig utviklingskraft (Torsteinsen, 2012, s. 244). Hvorvidt det er dette som er årsaken til at informantene kjente på manglende tilbud om kompetanseheving kom ikke fram. Men en kan tenke seg at fokuset på resultater og den daglige driften fort overskygger langsiktig planlegging. Det ble påpekt at enhetsleder fort ble dratt ned i driften og dermed ikke fikk så god tid til strategisk planlegging:

«Uansett hva du prøver så blir du fort dratt ned i den daglige driften i tjenestene.»

Sett i lys av organisasjonsstrukturen til Mintzberg så kan det tenkes at mellomledelsen bør styrkes for å bedre ivareta organisasjonens behov for integrasjon. Det bør kanskje være flere mellomledere slik at alle tjenestene får en leder tettere på seg. Et tema som går igjen blant medarbeiderne er det store ansvarsområdet til enhetsleder med lite delegasjon nedover. På den andre siden så er forutsetningene til en ekspertorganisasjon at fagprofesjonelle ikke har behov for så mye ledelse. Mest mulig bør delegeres ned til den operative kjernen. Samtidig som at det er viktig at organisasjonen ivaretar behovet for integrasjon og ivaretagelse av ansatte.

5.1.4 Entreprenørskap (E)

Entreprenørskap handler blant annet om organisasjonens ivaretagelse i å tenke nytt, fornye seg, innovasjon. Denne funksjonen er ikke så veldig fremtredende i en ekspertorganisasjon. De fleste informantene var ganske enige i at dette var et område det ikke er så stort fokus på. Samtidig som at flere peker på at det hadde vært fint å klare å tenke litt nytt. Et illustrerende eksempel på dette er følgende utsagn:

«Ja det tenker jeg at det hadde nok vært fint å tenke litt nytt her».

En annen medarbeider uttrykte det samme behovet:

«Derfor tenker jeg at litt nytenkning hadde vært bra. Få inn litt folk utenfra som kan komme litt innspill og sånn».

Litt fornyelse har det likevel vært. Noen medarbeidere pekte på at det har vært fornyelse i tjenesteleveringen den siste tiden. I tillegg til at det har vært fokus på å tenke strategisk i utnyttelsen av alle ansatte. Et par medarbeidere kommenterte følgende:

«Og i forhold til å tenke nytt i forhold til tjenestelevering der har vi jo vært gode da».

«For jeg vil jo si at det å være, bruke ansatte på tvers når vi er en så stor enhet som vi er, har vi jo vært flinke til. Flytte ansatte mellom og bruke ressursene, selv om du blir litt sårbar med å flytte en kompetanse som sykepleier fra hjemmesykepleien til helsestasjonen, så blir du sårbar på et vis. Likevel så har det jo fungert».

En utfordring det igjen ble pekt på er det å få med seg ansatte på endringer og fornyelse. Det er en stor gruppe ansatte som skal ha informasjon og få forståelse for endringer.

Ifølge teorien om resultatenhetsmodellen så skal desentraliseringen være med på å skape positive prosesser som blant annet økt motivasjon, innovasjon, kvalitet (Torsteinsen, 2006, s. 15). Tanken er at den måten å organisere seg på skal gi rom for nødvendige omstillinger. En undersøkelse gjort av Lars Rønhovde viser at kommunale ledere etter innføring av resultatenhetsmodellen, fortsatt føler at arbeidsdagen er fragmentert og preget av mange rutineoppgaver. Lederen blir dermed distansert fra den operative virksomheten, noe som fører til at medarbeiderne opplever at leder mangler tilstrekkelig identitet og innsikt i den daglige driften. Det stilles videre spørsmål om en resultatenhet er godt egnet til utvikling av innovative prosesser (Torsteinsen, 2012, s. 230-231). I Åmli kommune så var en av utfordringene at enhetsleder fort ble dratt ned i den operative virksomheten, noe som går ut over tiden vedkommende har til å planlegge strategisk:

«Du skal være så overordna og så skjer det så mye nedover som du på et vi må ha litt kontroll på, så jeg tror at hvis du hadde hatt tydelige avdelingsledere så hadde ting vært.... lettere å være leder og tenkt mere strategisk og langsiktig og få bedre tid til det enn å gå ned i driften til enhver tid».

Utfordringen i Åmli ligger dermed ikke i at lederen blir for distansert fra den operative virksomheten. Men at vedkommende ikke får tid til å planlegge strategisk og langsiktig på grunn av driften. Den amerikanske økonomen Michael Porter peker på at organisasjoner som ikke har en aktiv strategi etter hvert vil bli middelmådige og nokså tilfreds med organisasjonen. Han mener at organisasjoner må foreta valg før de kommer dit for å ha et konkurransefortrinn (Strand, 2018, s. 513).

Entreprenørskap handler om å utnytte muligheter og avverge trusler. Samt å skape fornyelse og forholde seg aktivt til omverden. Svarene fra medarbeiderne viser at dette kanskje ikke er så godt ivaretatt. De ulike informantene hadde ikke så mange refleksjoner rundt dette. Mange nevnte at det ikke var så mye fokus på dette, men at det hadde vært fint å tenke litt nytt. Noen peker likevel på at det har vært fornyelse med tanke på å ta i bruk velferdsteknologi og at en har endret måten en leverer tjenester på. Det kan være viktig å få med at de siste årene har vært preget av en pandemi, noe som har gjort at veldig mye av fokuset og tiden til helse og omsorg har gått til håndtering av pandemien. Dette kan være en medvirkende årsak til at medarbeiderne ikke kjenner på at det har vært så mye fornyelse i det siste. Funnene her samsvarer med Strands illustrasjon av funksjoner som strukturer og ledelsesbetingelser vist i kapittel 3, hvor han peker på at entreprenørskap ikke er så framtrødende rolle i et ekspertbyråkrati (Strand 2018, s. 269).

5.2 Interkommunalt samarbeid

Åmli kommune benytter seg som nevnt tidligere av interkommunalt samarbeid. Innenfor helse og omsorg så er det legevakt, KØH og IKT som det samarbeides om. Under intervjuene så kom det fram at det er varierende hvorvidt ansatte har mye kjennskap til dette eller benytter seg av det. Det kan virke som at det er tjenester som bare er der og brukes når det er behov for det. Mange av tjenestene som for eksempel legevakt og KØH er det stort sett sykepleiere som forholder seg til. En medarbeider illustrerte det følgende:

«Og jeg synes det er veldig greit å ha de i bakhånd og kunne ringe. Siden man ofte står alene når man er sykepleier her, så synes jeg det er greit»

En annen medarbeider nevnte at det var lite kjennskap til dette:

«Jeg har jo ikke så mye erfaring med det».

Hovedfunnene fra analysen viser at det er legevakta de aller fleste har kjennskap til. Det er det samarbeidet som har vart lengst. Det må jo også nevnes at legevakt er en tjeneste som privatpersoner også benytter seg av.

Fra lederperspektiv så er dette samarbeidet nødvendig. Det pekes på at det er tjenester som krever kompetanse som er vanskelig å få dekket i en liten kommune. Det vises også til fagnettverkene som ligger under disse samarbeidene som gjør at de får mye kompetanse tilbake. I tillegg lærer kommunene som er i samarbeidet av hverandre. En medarbeider uttrykte dette på følgende måte:

«Det er klart i en liten kommune, med de ressursene vi har, så er vi helt avhengige av interkommunalt samarbeid. For å lykkes med utvikling og være med på det siste nye. Det ser jeg, vi hadde aldri hatt ressurser til lå klare det.»

Dette samsvarer med funnene som Arntsen, Torjesen og Karlsen gjorde i sin undersøkelse om interkommunalt samarbeid i Norge. De fant resultater som viste at tilgang til kompetanse var en av faktorene for interkommunalt samarbeid (Arntsen et al., 2018, s. 380-387).

Som regjeringen skriver på sin hjemmeside, så kan interkommunalt samarbeid være med på å gi stordriftsfordeler og å gi tilgang på god og rett kompetanse (Regjeringen, 2020). Tjenestene det samarbeides om er tjenester som krever riktig kompetanse. Blant annet legevakt og KØH som skal ha god tilgang til leger døgnet rundt. Fordelen med slike tjenester er at kommunene kan dele både på kostnader og kompetanse. Dette underbygges i en undersøkelse gjort at Telemarksforskning hvor 72 % av de kommunen som var med i spørreundersøkelse oppga at de var helt enig i følgende påstand: «min kommune er avhengig av interkommunalt samarbeid på flere områder for å få løst oppgavene på en tilfredsstillende måte» (Brandtzæg et. al., 2019, s. 88).

Da samhandlingsreformen i ble innført i 2012, så ble krav om at kommunen skulle gi kommunal øyeblikkelig hjelp. Det skulle opprettes KØH- plasser i kommunene som skulle ta seg av pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Dette er en tjeneste som krever mye kompetanse med både sykepleiere og leger. Åmli kommune er med i et interkommunalt samarbeid om denne tjenesten, hvor tjenesten ligger i Arendal kommune. Legevaktjenesten er også et interkommunalt samarbeid og ligger også i Arendal kommune. Alle disse tjenestene er et vertskommunesamarbeid. Disse samarbeidene viser at små kommuner kan være avhengige av slike interkommunale samarbeid for å gi sine innbyggere gode nok tjenester.

En utfordring som det blir påpekt på, er at små kommuner kan føle seg litt overkjørt av større kommuner. Kravet om å være like og benytte de samme systemene kan virke litt overveldende for en liten kommune. For en liten kommune som Åmli så oppleves det at en fort kan drukne litt i mengden. Det oppleves at disse interkommunale samarbeidene kan bli litt for store. En medarbeider kom med følgende utsagn:

«Vi skal bli så like, det er en utfordring for en liten kommune».

«Ikke sikkert vi har bruk for alle de flotte systemene som de store kommunene egentlig ønsker seg. Vi klarer ikke helt å nyttiggjøre oss alt».

Tidligere forskning viser at små kommuner omgitt av større kommuner deltar mindre i interkommunale samarbeid. For kommuner som var omgitt av mindre kommuner hadde ikke dette noe å si. Noe av grunnen til dette kan være at små kommuner frykter å bli overkjørt av større (Arntsen et al., 2018, s. 385). Åmli kommune er den minste kommunen i forhold til antall innbyggere i disse interkommunale samarbeidene. Kommunen er avhengig av å være med i disse samarbeidene, men kjenner på utfordringer med å være minst.

5.3 Oppsummering

«Når yteevnen svekkes av strukturelle svakheter, er botemiddelet problemløsning og omstrukturering.» Bolman og Deal, 2018, s. 76

Basert på funnene ovenfor kan en anbefale en eventuell endring av dagens organisasjonsstruktur. En endring kan være å dele enheten opp i flere resultatenheter. Da vil de respektive lederne for hver nye resultatenhet få en mindre personalgruppe og et mindre tjenesteområde å holde kontroll på. Dette vil gjøre mål- og resultatstyring lettere. Her kan for eksempel dagens enhet deles i to hvor hjemmebaserte tjenester og forebyggende tjeneste er en resultatenhet og institusjon er en annen resultatenhet. En kan også dele i en tredje hvor forebyggende tjenester ligger for seg selv. Forebyggende tjenester i Åmli kommune er lege, fysioterapeut, ergoterapeut, jordmor, helsesykepleier og skolehelsetjenesten. Ulempen med å dele så mye opp er at hver resultatenhet blir små, og det blir mange enhetsledere. Den økonomiske gevinsten som en resultatenhet skal gi kan også forsvinne ved at en større del av budsjettet går til ledelse. Dette kan gå på bekostning av selve tjenestene. Denne organiseringen kan også være med på å skape større avstand mellom hvert tjenesteområde ved at hver og en blir opptatt av sin egen mål- og resultatoppnåelse.

En annen endring av organisasjonsstrukturen kan være å beholde dagens organisering med en enhetsleder. Men i tillegg styrke tjenestene med avdelingsledere som får et større lederansvar. Det vil si endre dagens struktur med teamledere som i tillegg jobber operativt. Avdelingslederne bør kun jobbe administrativt for å kunne avlaste enhetsleder med mange oppgaver som handler om den daglige driften. Da vil enhetsleder få større rom for å jobbe overordna og drive strategisk planlegging. Samtidig som at medarbeiderne vil få en avdelingsleder som er mere tilgjengelig og har større mulighet til å se hver enkelt medarbeider.

5.4 Drøfting av metode

I dette kapittelet vil jeg drøfte styrker og svakheter i metodene jeg har brukt for å samle inn data.

5.3.1 Pålitelighet til dataene

Pålitelighet til dataene handler om hvorvidt vi kan stole på dataene som er samlet inn. Under selve intervjuene brukte jeg en intervjuguide for å prøve å unngå å stille ledende spørsmål. En hovedutfordring var å få medarbeiderne til å skjønne hva jeg stilte spørsmål om slik at det ikke var noen tvil om det. For å unngå det teste jeg intervjuguiden på en kollega og redigerte den i etterkant basert på tilbakemeldingene jeg fikk fra vedkommende.

Intervjuene ble alle tatt opp ved hjelp av diktafon og transkribert i etterkant. Det var en stor mengde data å transkribere og jeg har spolt mange ganger tilbake for å få skrevet ned sitatene riktig. Det er en utfordring er å få transkribert intervjuene riktig. Det var derfor viktig for meg å spole tilbake for å få sitatene riktig, slik at det ikke ble jeg som tolket utsagnene. Basert på dette vurderer jeg det derfor dit hen at dataene som er samlet inn er pålitelige.

5.3.2 Intern validitet

Intern validitet handler om at resultatene vi får kan oppfattes som riktige. Om virkeligheten som presenteres fra forskeren stemmer med virkeligheten. Når jeg valgte ut respondenter så prøvde jeg å finne et bredt representativt utvalg. Det vil si at jeg fant medarbeidere fra flere tjenesteområder, flere yrkesgrupper og både ledere og operative ansatte. Jeg valgte også ut noen som har vært ansatt lenge og noen som er forholdsvis nye i enheten. Jeg har intervjuet 8 av 84 medarbeidere, og jeg muligens kunne fått andre svar hvis jeg hadde intervjuet flere. Men basert på svarene som kom fram under intervjuene ser jeg at det var mange som svarte forholdsvis likt. Jeg kan da konkludere med at de som var valgt ut kan være representative for resten av organisasjonen også.

Jeg forsket i min egen organisasjon. Så et forhold som kan ha påvirket resultatene er min egen rolle som tjenesteansvarlig i enheten, og dermed jobber tett sammen med enhetsleder. For å unngå denne påvirkningen prøvde jeg å være nøytral under intervjuene slik at jeg ikke påvirket svarene. For å unngå dette var det viktig å få fram at det er organiseringen av helse og omsorg i Åmli kommune jeg er ute etter å finne informasjon om. Ikke personene i de ulike rollene. Medarbeiderne som ble intervjuet virket ærlige i svarene sine.

5.3.3 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om i hvor stor grad funnen som er gjort kan generaliseres. Jo større utvalg en har jo større er muligheten for å generalisere. I dette enkeltcase- studiet er ikke utvalget så stort. Resultatene jeg ha kommet fram til har nok mest interesse i egen organisasjon. Men de kan nok generaliseres til andre kommuner med en noenlunde lik størrelse og organisering.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har jeg prøvd å belyse hvordan organiseringen av kommunal helse- og omsorgstjeneste klarer å ivareta PAIE- funksjonen i en flat organisasjon med likhetstrekk til resultatenhetsmodellen. Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke erfaringer det er med eksisterende organisering av helse og omsorgstjenesten i Åmli kommune, og hvordan en eventuelt kan forbedre og endre organiseringen. Jeg har intervjuet medarbeidere for å få et innblikk i hva de tenker rundt organiseringen.

Resultatenhetsmodellen gir enhetsleder stor frihet innenfor de fastsatte rammene, og kommunedirektøren regulerer enhetsleder gjennom lederkontrakt. Dette gjenspeiler seg i Åmli kommune også. Helse og omsorg er en stor enhet med mange tjenesteområder. Dette gir enhetsleder et stort kontrollspenn. Til tross for at tidligere forskning har vist at en ulempe med resultatenhetsmodellen er at enhetsleder blir dratt bort fra daglig drift og dermed ikke har kjennskap til det som skjer i det daglige, så viser funn fra Åmli at det ikke er sånn der. Organiseringen her gjør at enhetsleder kjenner på at vedkommende veldig fort blir dratt ned i drift og dermed ikke klarer å ivareta det overordnede arbeidet. Det gjør det vanskelig for en leder og ivareta alle funksjonene i PAIE. Et av hovedfunnene som gikk igjen er at det savnes mere delegering ned til teamlederne. Ved at teamlederne overtar noen av arbeidsoppgavene til enhetsleder så kan enhetsleder bedre ivareta de overordnede oppgavene. En hovedutfordring var å få hele organisasjonen til å dra i samme retning. Et ledernivå under enhetsleder vil kunne være med på å nå ut til mange flere ansatte. I tillegg så viser funn at det savnes tydeligere stillingsinstrukser slik at medarbeiderne vet hvem som gjør hva i organisasjonen. Det kan også stilles spørsmål ved om det burde vært flere teamledere. Slik organiseringen er i dag så har ikke alle tjenesteområdene teamleder/ avdelingsleder.

I forhold til interkommunalt samarbeid så viser funnene at dette er viktig for Åmli kommune. Noen av tjenestene som skal leveres til innbyggerne krever god tilgang på kompetanse. Dette er ikke nødvendigvis så lett å få til i en liten kommune. For å gi innbyggerne gode tjenester er dermed Åmli kommune avhengig av interkommunalt samarbeid om for eksempel legevakt, KØH og IKT- tjenester.

På bakgrunn av dette har jeg kommet med noen anbefalinger om eventuell endring av organisasjonsstrukturen i helse og omsorg i Åmli kommune. En endring kan være å dele enheten opp i flere mindre resultatenheter. Da vil enhetslederne innenfor de ulike resultatenheterne ha mindre tjenesteområder og mindre ansatte å konsentrere seg om. En annen endring er å beholde dagens enhet men forsterke ledelsen med flere avdelingsledere som kun skal jobbe administrativt.

Kommunal helse- og omsorgstjeneste er stadig i endring. Hvordan kommunene velger å organisere seg varierer fra kommune til kommune og fra år til år. I forhold til videre forskning så kan det være interessant å ta utgangspunkt i en større kommune for å se om det er forskjell fra små til store kommuner. Det kan være interessant å se hvordan større kommuner ivaretar PAIE- modellen gjennom sin organisering. I tillegg er det som beskrevet tidligere i oppgaven stadig større krav til kommunal helse- og omsorgstjenester i form av en forventet eldrebølge i tillegg til tidligere utskrivninger fra sykehus. Samtidig som at det er vanskelig å rekruttere riktig kompetanse. Dette gjør at kommunen må se på hvordan tjenestene organiseres.

7.0 Litteraturliste

- Arntsen, B, Torjesen, D.O, Karlsen, T-I. (2018). *Drivers and barriers o finter- municipal cooperation in health- services- The Norwegian case*. Local Government Studies, 44:3, 371-390, DOI: 10.1080/03003930.2018.1427071
- Baldersheim, H & Rose, L.E. (2014). *Det kommunale laboratorium*. (3. utg.) Fagbokforlaget
- Bolman, L.G, & Deal, T.E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. (6. utg.) Gyldendal
- Brandtzæg, B.A, Lunder, T.E, Aastvedt, A, Thorstensen, A, Groven, S, Møller, G. (2019). *Utredning små kommuner*. TF- rapport nr. 473. Telemarksforskning
- Hanssen, G.S, Helgesen, M.K, Vabo, S.I, (2015/2016). *Politikk og demokrati*. Oslomet-storbyuniversitet
- Helsedirektoratet, rapport. Hentet 4. oktober 2022 fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020--arsrapport-2020/statistikk/demografiske-endringer>
- Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk
- Jacobsen, D.I, Thorsvik, J. *Hvordan organisasjoner fungerer*. (3. utg.). Fagbokforlaget
- Jones, H, Ryssevik, J, Kristoffersen, E.M, Misje, I. (2021). *KMDs organisasjonsdatabase. Sluttrapport 2021* (Rapport 13:2021). Ideas2evidence.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/dc7b75e7ad3b40e097d88b13fd330dcf/organisasjon-sdatabasen-2020-sluttrapport.pdf>
- Kommuneloven (2018). *Lov om kommuner og fylkeskommuner* (LOV-2018-06-22-83). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-22-83>
- KS. (2010). *Erfaringer med flat struktur*. (R6628). Agenda Kaupang
- Kvale, S, Brinkmann, S, (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.) Gyldendal
- Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2018). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- NOU 1997: 2. (1998). *Pasienten først. Ledelse og organisering i sykehus*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1997-2/id140689/>
- Nyseter, T. (2015). *Velferd på avveie* (1. utg.). Res Publica.

Mintzberg, H (1980). *Structure in 5's- A Synthesis of the Research on Organization Design*, 322-341

Regjeringen. 2021, *Tjenestebehov*. Hentet 19. mars 2022 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunedata/tjenestebehov2/id2507961/>

Regjeringen (2020, 13. januar) Interkommunalt samarbeid. Hentet 26. mars 2022 fra:

<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/interkommunalt-samarbeid/id2009798/>

Romøren, T.I. (2006). *Ledere i pleie- og omsorgstjenesten: Kompetanse, yrkeskarrierer og lokal tilhørighet*. Aldring og livsløp, 8-15

Statistisk sentralbyrå, 2022, *Kommuneareal*, Hentet 30. august 2022 fra:

<https://www.ssb.no/kommuneareal/amli>

Statistisk sentralbyrå, 2022, *Kommunefakta*, Hentet 26. oktober 2022 fra:

<https://www.ssb.no/kommunefakta/amli>

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*.

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Torsteinsen, H. (2006). *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon. Instrument, symbol eller maktmiddel?* Avhandling for graden Doctor Rerum Politicarum, Institutt for statsvitenskap. Universitetet i Tromsø

Torsteinsen, H. (Red.). (2012). *Resultatkommunen. Reformen og resultater*.

Universitetsforlaget

Åmli kommune. (2021). *Årsrapport 2021. Årsmelding og reknskap*.

https://www.amli.kommune.no/_f/ia00fa95d-e747-4777-90b6-ffe3811638d2/21_1980-14-vedtatt-arsrapport-2021-amli-kommune.PDFht (amli.kommune.no)

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Organisering av kommunal helsetjeneste»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke erfaringer du har med organisering av helse og omsorg i din kommune. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Masteroppgaven er avslutningen av mastergradstudiet mitt i helseledelse ved Universitet i Agder. Formålet med prosjektet er å finne ut hvilke erfaringer det er med dagens organisering i Åmli kommune og hvordan en framtidig organisering eventuelt kan se ut.

Problemstillingene jeg søker svar på er: *Hva er erfaringer med eksisterende organisering av helse og omsorg i Åmli kommune? Hvordan bør framtidig organisering eventuelt være?*

For å finne svar på problemstillingen ønsker jeg å intervju ansatte i Åmli kommune.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Grunnen til at du er spurt om å delta i forskningsprosjektet er at du jobber innenfor kommunal helse og omsorg. Det er ønskelig med respondenter fra flere nivåer i kommunal helse og omsorg. Det vil si at jeg ønsker å intervju både ledere og ansatte.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et intervju som tar mellom 20- 50 minutter. Det vil bli tatt opptak av intervjuet. Opplysninger som samles inn om deg er stillingstittel, arbeidssted og kommune du jobber i.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. De som vil ha tilgang til opplysningene er student og veileder. Av identifiserbar informasjon ønsker jeg å bruke stillingstittel, arbeidssted og kommunenavn. Det er viktig at du som informant er klar over at det indirekte kan være mulig å finne ut hvem informanten er. Hvis du sier ja til å delta i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. desember 2022. Etter at prosjektet er avsluttet vil alle lydopptak vil bli slettet. Notater vil bli anonymisert men oppbevart for etterprøvbarehet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved veileder førsteamanuensis Dag Olaf Torjesen, dag.o.torjesen@uia.no tlf. 90129948
- UIA sitt personvernombud: Trond Hauso, Personvernombud@uia.no
- Student Åse Namsvatn Bjørkholt, aase.bjoerkholt@gmail.com tlf. 41213067

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Veileder

Dag Olaf
Torjesen

Førsteamanuensis, UIA

Student

Åse Namsvatn Bjørkholt

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Organisering av kommunal helsetjeneste*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju med lydopptak
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjennes (stillingstittel, arbeidssted eller kommune)

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Intervjuguide

Intervjuguide

- Presentere meg
 - Informere om informantens rettigheter
 - Informasjon om informanten:
 - Yrkestittel
-
1. Hvordan erfarer du at dagens organisering bidrar til:
 - P: sette mål og drive fram resultater? Viser retningen tjenesten skal ta?
 - A: ivareta orden og system i enheten? Vite hva som forventes av deg? Lage prosedyrer og retningslinjer.
 - I: Støtte og motivere deg (veileder)? Være en pådriver for at du skal kunne utvikle deg? Gir deg tilhørighet og identitet? Ser leder deg?
 - E: Fornyelse, innovasjon (ivareta muligheter, avverge trusler, strategisk ledelse, kreative løsninger)?

 2. Hva bør gjøres med dagens organisering for å bedre ivareta de ulike hensynene over?
 3. Hvordan erfarer du ulemper og utfordringer med dagens organisering i forhold til det arbeidet du skal utføre?
 4. Hvordan kan dagens organisering eventuelt forbedres og endres?
 5. Hva er de viktigste elementene i dagens organisering som bør videreføres?
 6. Hva er din erfaring med interkommunalt samarbeid?
 - Legevakt
 - KØH
 - IKT