

# Samhandlingsreformen og forvaltningspraksis i Vest-Agder

En studie av i hvilken grad bestiller-utfører-modellen har påvirket forvaltningspraksis innen helse- og omsorgssektoren i Vest-Agder. En kvantitativ studie av klagesaker avgjort av fylkesmannen før og etter innføringen av samhandlingsreformen.

**Lotti Karjala Løvhaug**

**Veileder**  
Morten Øgård

*Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.*

## **Forord**

Denne masteroppgaven er siste del av studiet master i ledelse. Perioden som masterstudent i helseledelse ved Universitet i Agder har vært motiverende og lærerikt. Perioden har også vært krevende balansegang mellom jobb og familie. Å skrive masteroppgave, samtidig med to siste emner i masterprogrammet har vært både krevende og inspirerende.

Jeg retter en takk til informantene i kommunene i Vest-Agder og til Fylkesmannen i Vest-Agder. Stor takk også til min veileder Morten Øgård som har bidratt med faglige, konstruktive og gode tilbakemeldinger underveis. Jeg må rette også stor takke til min familie, som har holdt ut når jeg har vært i perioder både fysisk og mentalt fraværene.

Lotti Karjala Løvhaug

Farsund 11.6.2017

## Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om endringer i offentlig sektor som ofte har hatt stort fokus på målinger av kvalitet og effektivitet i helse og omsorg. Hovedproblemstillingene har vært å undersøke helse- og omsorgstjenestenes forvaltning i Vest-Agder i lys av samhandlingsreformen og bestiller-utfører-modellen. Samhandlingsreformen har krevd store omstillinger både fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Selv om ideene bak samhandlingsreformen var gamle, er denne reformen i hovedsak basert på økonomi og effektivitet. Fra slutten av 1990-tallet og fram til nå har mange offentlig etater blitt organisert etter styringsmetoder fra næringslivet, New Public Management (NPM). Det er innført bestiller-utfører-modell i flere kommuner. Hovedmålet med bestiller-utfører-modellen er et klarere skille mellom forvaltning og produksjon av tjenesten for å øke både effektivitet og ressursbesparelse.

Jeg har foretatt en kvantitativ undersøkelse i kommunene i Vest-Agder. Studien kartla hvordan kommunene har organisert sin forvaltningspraksis innenfor helse- og omsorgssektoren. Videre har jeg sett på sekundærdata i form av antall rettighetsklager til Fylkesmannen i Vest-Agder før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Til slutt har jeg sett i hvilke grad kommunene som har innført bestiller-utfører-modell har et positivt syn på effekter av modellen.

Studien av klagesaker avgjort av fylkesmannen viser ingen betydelig endring før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Klagesaker sett i lys av forvaltningens organisering gir ingen holdepunkter for å konkludere med at bestiller-utfører-modellen gir riktigere vedtak om tjenester enn annen organisering. Tvert om ser man at de små kommunene med annen organisering har mindre antall klagesaker i forhold til folketall enn de øvrige og at vedtakene stort sett blir stadfestet.

Mine funn påpeker at vi må ha en kritisk gjennomgang av bestiller-utfører-modellen og andre forvaltningsmodeller. Det er ingen ting i studien som gir grunnlag for å konkludere med at bestiller-utfører-modellen gir bedre tjenesteyting og bedret rettsikkerhet for brukerne. Det er heller ikke grunn til å konkludere at modellen er mer kostnadseffektiv og ressursbesparende for kommunene.

Forord .....	2
Sammendrag .....	3
1. Tema og problemstilling.....	5
1.1. Oppgavens struktur.....	7
2. Helsevesen som politikkområde og arena for reformer .....	9
2.1. Helsevesen og endringer i de siste reformene.....	9
2.1.1. Effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren .....	11
2.1.2. Kommunehelsetjeneste og fastlegeordningen .....	12
2.1.3. Sykehus/helseforetaksreformen .....	12
2.1.4. Samhandlingsreformen .....	13
2.2. Fylkesmannen som klageinstans .....	18
2.3. Presentasjon av kommunene i Vest-Agder .....	19
2.3.1 KOSTRA-tall, pleie og omsorg i Vest-Agder .....	21
3. Metode .....	24
3.1. Undersøkelsens ulike faser.....	24
4. Valg av struktur som forklaring på klageatferd .....	30
4.1. Fra PA-NPM-NG .....	31
4.2. Bestiller-utfører-modell vs. tradisjonell forvaltning.....	39
5. Hvordan har kommunen organisert sin forvaltningspraksis i tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vest-Agder? .....	46
6. Har antall klagesaker til fylkesmannen endret seg etter samhandlingsreformen .....	52
6.1. I hvilken grad har utfall av klagesaker endret seg før og etter samhandlingsreformen? .....	54
7. I hvilken grad har variasjon i klagesaker sammenheng med valg av organisasjons form knyttet til tildeling av helse- og omsorgstjenester?.....	56
8. I hvilke grad har de kommunene som har en bestiller-utfører-modell et positivt syn på effekten av modellen?.....	63
9. Oppsummering og refleksjon rundt implikasjon av funnene mine.....	69
Referanser: .....	73
Vedlegg 1 .....	76

# 1. Tema og problemstilling

Helse- og omsorgstjenestene i Norge og de andre nordiske land står overfor store utfordringene. I perioden 1998-2020 øker antallet over 80 år betydelig i Norge, med gjennomsnittlig 13 000 pr. år. Andelen eldre som er over 90 år vil øke med 50 prosent i samme perioden. Dette innebærer også store utfordringer for pleie- og omsorgstjenestene i offentlig sektor, noe som er gjenspeilet i den offentlige helse- og omsorgspolitikken i Norge i de siste årene.

Det norske helsevesenet har i de siste førti årene gjennomgått flere helsereformer, den siste store reformen, samhandlingsreformen i 2012 har blitt omtalt som den viktigste helsereformen i nyere tid. En av målsettingene med samhandlingsreformen og regjeringens innovasjonsstrategi i 2013 er at det fremdeles skal tilbys faglige gode og helhetlige tjenester til tross for kraftig økning av antall eldre. Samhandlingsreformen har krevet store omstillinger både fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Reformen stiller større krav til kompetanseheving på alle planer innen kommunal pleie og omsorg. Mange hevder at reformen betyr større forventninger og omstillinger i forvaltningen. Den stiller også krav til at vedtak fattes raskere enn tidligere også i komplekse saker. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a sier at: *«Pasient/bruker har rett til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen»*. Veilederen for saksbehandling (2016) sier at: *«Det er pasientens/brukerens hjelpebehov etter helse- og sosialfaglig vurdering som styrer hvilke tjenester han eller hun har rett til, og hvilket omfang»*.

Fra slutten av 1990-tallet og fram til nå har mange offentlige etater blitt organisert etter styringsmetoder fra næringslivet, New Public Management (NPM). Det er innført bestiller-utfører-modell i flere kommuner. Det vil si at kommunene har etablert egne bestillerenheter for helse- og omsorgstjenester. Hovedmålet med bestiller-utfører-modellen er et klarere skille mellom forvaltning og produksjon av tjenesten for å øke både effektivitet og ressursbesparelse. Samtidig skal kommunene tilby rettferdighet og likhet ved helse- og omsorgstjenestene for sine innbyggere. I Mandal kommune, som er mitt arbeidssted, vedtok bystyret i 2010 å bruke bestiller-utfører-modellen innen helse- og omsorgssektoren, avdeling for behovsvurdert tjenestedeling (ABT) ble egen avdeling i 2013.

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling er blant annet utviklingen av nye velferdsreformer og organisering av offentlig sektor etter New Public Management (NPM). NPM bygger på teorier for styringsmodeller fra privat sektor og bruk av markedsstyring, som konkurranseutsetting og bestiller-utfører-modellen. Pasientene har blitt brukere og «handelsvarer», helse- og omsorgstjenestene har blitt service. Motstandere av bestiller-utfører-modellen mener at modellen har økt byråkratiet og at forvaltningen har blitt enda mer rigid og lite tilpasset for å se behovene til den enkelte pleietrengende. Omsorgspersonell har lenge klaget på og mener at vektlegging av effektivitet og samtidige ressursmangler i de kommunale omsorgstjenestene kan føre til at kvaliteten på tjenestene blir dårligere. Omsorgspersonell gir uttrykk at det ikke gis rom for å tenke selv eller ta faglige vurderinger om behovet for helsehjelp, og at tjenestene er styrt med stoppeklokke- og minuttregimet.

I denne studien ønsker jeg å kartlegge hvordan bestiller-utfører-modellen har påvirket forvaltningspraksis innenfor pleie- og omsorgssektoren i Vest-Agder før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Jeg skal sammenligne kommunene som har innført bestiller-utfører modellen med kommunene som fortsatt har saksbehandlere på tjenestenivå ute i enhetene. I denne studien ønsker jeg også å se om profesjonalisering av saksbehandling i offentlig sektor har medført at den enkelte bruker får de riktige tjenestene, om rettsikkerheten for brukeren er styrket, og om kvaliteten for saksbehandling og tjenestene har blitt bedre.

Brukere som ikke er fornøyd med et vedtak/avgjørelse som kommunen har fattet, eller som mener at rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven ikke er oppfylt, kan klage. Klagen sendes til kommunen, som vurderer om det er grunn til å gjøre endringer i vedtaket. Hvis kommunen ikke finner grunn til å endre sitt vedtak som følge av klagen, skal kommunen oversende klagen til Fylkesmannen for endelig avgjørelse.

I den forbindelse hadde det vært interessant å se om dette har endret seg. For å se nærmere dette vil jeg studere på klagesaker avgjort av fylkesmannen før og etter innføringen av samhandlingsreformen.

**Følgende forskningsspørsmål skal besvares:**

- 1. Hvordan har kommunen organisert sin forvaltningspraksis i tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vest-Agder?**
- 2. Har antall klagesaker til fylkesmannen endret seg etter samhandlingsreformen?**
- 3. I hvilken grad har variasjon i klagesaker sammenheng med valg av organisasjonsform knyttet til tildeling av helse- og omsorgstjenester?**
- 4. I hvilken grad har kommunene som har innført bestiller-utfører-modell et positivt syn på effekten av modellen?**

## **1.1. Oppgavens struktur**

Denne masteroppgaven består av ni kapitler, og i tillegg kommer litteraturliste og vedlegg. I det første kapittelet har jeg gjort rede for valg av tema og beskrivelse av problemstillinger. Studien skal gi svar på mine forskningsspørsmål om i hvilken grad bestiller-utfører-modellen har påvirket kommunenes forvaltningspraksis innen pleie og omsorgssektoren i Vest-Agder før og etter samhandlingsreformen.

I kapittel to defineres helsevesen som politikkområde og arena for reformer. Jeg beskriver noen av de største reformene som har påvirket i helsevesenet i de siste førti årene, effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren, kommunehelsetjeneste fastlegereformen, sykehusreformen og til slutt samhandlingsreformen. Videre beskriver jeg Fylkesmannen som klageinstans.

I kapittel tre beskriver og begrunner jeg det metodiske opplegget for studien. Kapittelet inneholder en detaljert gjennomgang av den praktiske gjennomføringen, og vurdering av validitet og reliabilitet. Studien baserer seg på kvantitativ metode.

I kapittel fire redegjør jeg for den aktuelle teorien som er brukt i studien. Jeg har hentet teori ut fra organisasjonsfaget, som Public Administration, New Public Management og New

Governance. Videre skal jeg se likhetene og ulikhetene mellom tradisjonell saksbehandling på tjenestestedene og bestiller-utfører-modellen i pleie og omsorg.

I kapittel fem beskriver jeg hvordan kommunene i Vest-Agder har organisert i sin forvaltningspraksis ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Videre presenteres resultatene fra spørreundersøkelsene som ble sendt til helse og omsorg i alle kommunene i Vest-Agder. Til slutt presenteres det hvilke yrkesgrupper er representert i forvaltningen i kommunene og eventuelt i hvilken grad har bestiller-utfører-modellen påvirket saksbehandling.

I kapittel seks blir resultatene om klageatferd i kommunene i Vest-Agder før og etter samhandlingsreformen lagt fram. Jeg sammenligner antall klager som har blitt sendt til Fylkesmannen før og etter samhandlingsreformen.

I kapittel syv drøfter jeg i hvilken grad har variasjon i klagesaker har sammenheng med valg av organisasjons form knyttet til tildeling av helse- og omsorgstjenester og om organisering av forvaltning kan eventuelt forklare dette.

I kapittel åtte drøfter jeg i hvilke grad har de kommunene som har en bestiller-utfører-modell et positivt syn på effekten av modellen.

I kapittel ni oppsummerer jeg effekter av samhandlingsreformen og bestiller-utfører modellen og om det har gitt brukere faglige gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester og hvordan ser ut i helse Norge i dag og framtiden.



## **2. Helsevesen som politikkområde og arena for reformer**

Helsetjenesten har vært den delen av velferdstjenestene som har hatt fleste og mest omfattende reformer fra 1970-tallet og framover. Først gjaldt det primærhelsetjenesten og etterpå var det spesialisthelsetjenesten sin tur etter årtusenskiftet. (Nyseter 2015)

### **2.1. Helsevesen og endringer i de siste reformene**

Den nordiske velferdsmodellen fikk sin oppstart etter 2. verdenskrig og kan karakteriseres ved sju kjennetegn. (Kautto m.fl. 1999)

1. Omfattende offentlig ansvar for grunnleggende velferdsoppgaver, dette omfatter både sosialforsikring, sosiale tjenester, helse, utdanning, arbeid, bolig m.m. som mål å dekke grunnleggende behov.
2. Sterk statlig rolle på alle politikkområder, som f.eks. innen arbeidsmarkedspolitikken hvor er sterk vektlegging på full sysselsetting begrunnet både økonomiske og sosiale hensyn.
3. System som er basert på høy grad av universalisme som innebærer at alle borgere har rett til grunnleggende velferdsgoder, uavhengig av deres stilling på arbeidsmarkedet.
4. Inntektssikring som er basert på en grunnsikring for alle i tillegg til inntektsrelatert del for personer som har deltatt arbeidslivet.
5. Helse- og sosialtjenester er skattefinansiert med begrenset grad av brukerbetaling og tildeles etter behov.
6. Relativt jevn inntektsfordeling, relativt lave fattighomsrater og små forskjeller i levestandard.
7. Likestilling mellom menn og kvinner er et ledende prinsipp for de nordiske velferdsstatene. Det er høy yrkesdeltakelse også blant kvinner og fleste familier har to inntekter.

Velferdssamfunnet i Norge har bestått av rekke reformer, endringer og forsøk, men ikke alle reformer har vært lette å gjennomføre. Reformen oppfattes ofte som framskritt, men det vi ser er at reformer kan ha ulikt verdigrunnlag og dermed bringe velferdssamfunnet i ulike retninger. Noen reformer kan være motivert ut fra befolkningens behov, mens andre reformer har et økonomi- og effektivitetsmotiv. Noen reformer er preget av de rådende politiske ideologier og maktforholdene, som ulike yrkesgruppers særinteresser, kan også spille inn som

motiv for reformer. Reformen handler alltid om endring, helst til noe bedre, men mange reformer i Norge har hatt bieffekter som har skapt nye problemer. Etablerte organisasjonskulturer, byråkratier og profesjoner er ikke alltid så lett å endre på, fordi endring kan oppleves som trussel mot etablerte og innarbeidete maktforhold og kulturer. Også motivene bak endringene kan ha stor betydning, det er ikke alltid slik at hensynet til dem som det gjelder er utgangspunkt og målet for nye reformer. Politiske ideologier og retning på hvilken vei samfunnet skal bevege seg har også stor betydning. Teori og ideologi er ikke alltid sammenfallende og stemmer heller ikke alltid med hverdagens realiteter. Av og til har ikke alt gått som planlagt med nye reformer, og det kan ha vært sammenheng med at reformene har vært mangelfullt planlagt, det har vært for lite kunnskap om kostnadene ved store endringer eller det har vært urealistiske målsetninger. Velferd kan betraktes som samfunnssystem og den omfatter mange aktører. Hvordan vi organiserer samfunnet er ikke likegyldig, heller ikke hvilke verdier og holdninger vi legger til grunn. Mange reformer har hatt som mål å utvikle bedre velferdstjenester, andre har hatt som mål å endre forvaltning og måten å organisere velferdstjenestene på, omstilling og modernisering i offentlig sektor har pågått i gjennom flere tiår. (Nyseter 2015)

Ved inngangen til 1970-årene hadde Norge blitt en velferdsstat, venstresidens politikk var dominerende, folketrygdloven ble vedtatt 1966 og iverksatt i 1967. Men venstrepolitikken ble etter hvert for kostbar, medlemstallet med syketrygden økte stabilt og ble universell slutten av 1960-tallet. Tilbøyelighet til å søke legehjelp økte, folket hadde større forventninger og lavere terskel for å søke hjelp. Tilbudet hadde vokst dramatisk, tilgang til bedre medisiner økte, nå også mot psykiatriske lidelser. Sykehusbehandling tok kortere tid eller kunne erstattes av ambulant behandling. Antall leger og sykepleiere i helsevesenet økte sammen med tilbudet. Venstrepolitikken kulminerte i 1970-årene, omkostningene i helsevesenet hadde økt dramatisk og bekymringene for de økende omkostningene ble dominerende. Det var tid for høyres effektiviseringspolitikk og reformvirksomheten startet i norsk helsevesen. (Berg 2005)

De mest omfattende reformene innen helsesektoren har vært:

- Sykehusloven i 1970
- Kommunchelsetjenesten i 1984
- Sykehjem overført til kommunene i 1988
- HVPU-reformen i 1981

- Pasientrettighetsloven i 1999
- Fritt sykehus valg i 1999
- Fastlegeordningen i 2001
- Innsatsstyrt finansiering av sykehus og sykehusreformen 2002
- Samhandlingsreformen i 2012

(Nyseter 2015)

### **2.1.1. Effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren**

Problemstillingene og argumentasjonene med NOU 1974: 59 og samhandlingsreformen har flere likheter tross alt at de ble skrevet nesten 40 års mellomrom. I 1972/73 ble det samlet et utvalg av sosialdepartementet, norske kommuners sentralforbund og Oslo kommune. Utvalget sitt oppgave var blant annet å vurdere og legge fram forslag til et opplegg for effektiviseringsarbeid innen sykehussektoren.

Hovedmålet for NOU 1974: 59 var å redusere økende ressursbruk i sykehusene, forbedre driftsforhold og arbeidsmiljø for de ansatte. Problemene med driftsutgiftene, som økte stadig for helseinstitusjonene, sammen med raskt økende behov for flere helsepersonell ga en allmenn oppfatning av at samfunnsøkonomien ville ikke makte en så stor økning i ressursforbruket. Det var helt nødvendig med omfattende effektiviseringstiltak for å bedre utnyttelse av ressurser og dempe utgiftsøkning i sykehusene i likhet med samhandlingsreformen. Hovedmålet med NOU 1974: 59 var å bruke: Riktige ressurser på Riktig sted, og førti år senere er hovedmålet for samhandlingsreformen: Riktig behandling – Riktig tid – Riktig sted.

Utvalget kunne konstatere i 1973 at det hadde vært lite innsats på noen viktige områder og det var betydelige gevinster å hente ved en systematisk og planmessig innsats.

Effektiviseringsarbeidet skulle drives på lands-, fylkes-, institusjons- og avdelingsnivå.

Tiltakene skulle være avhengig av problemenes art, omfang og kompleksitet, og de skulle omfatte alle virksomhetene i sykehussektoren. Metodene som vanligvis ble brukt ved effektiviseringsarbeidet i den industrielle virksomheten kunne også brukes i sykehussektoren, i hvert fall når det ikke gjaldt pasient nært arbeid, men kunne tilpasses også til pasient arbeidet.

Reformkreftene var sterke i slutten av 1970-tallet og hovedkomiteen for reformer i lokalforvaltningen kom med sin innstilling om helse- og sosialtjenester i lokalsamfunnet i 1979. Regjeringen fulgte reformforslagene om at primærhelsetjenesten skulle legges til kommunene og at legetjenesten skulle kommunaliseres. Lov om helsetjenestene i kommunene ble vedtatt i 1982 og den trådte kraft april i 1984. (Berg 2005)

### **2.1.2. Kommunehelsetjeneste og fastlegeordningen**

Begrunnelsen for loven var først og fremst for å skape mer helhetlig helse- og sosialtjeneste, kommunene ble ansvarlige for både planlegging og koordinering av tjenestene. Det finansielle ansvaret ble delt mellom kommune og stat gjennom rammefinansieringssystemet. Loven avsluttet den statlige distriktslegeordningen, allmennlegene måtte inngå driftsavtaler med den kommunale helseadministrasjon. Det samme gjaldt fysioterapeutene og jordmødrene dersom utgiftene til helsehjelp skulle kunne godtgjøres av kommunene.

I forarbeid til kommunehelseloven av 1984 ble også ulike organisasjonsmodeller for allmennlege ordningen drøftet, kommunene ble anbefalt å organisere helsetjenestene etter «områdemodellen» der helse- og sosialarbeidere hadde ansvar innenfor avgrenset geografisk område. Kommunehelseloven fastsatte en ordning basert på fastlønnsleger og privatpraktiserende leger med kommunalt driftstilskudd. «Røynslemeldinga» St. meld nr. 36 (1989-90) var begynnelsen av fastlegeforsøket som startet i mai 1993. Fastlegeforsøket startet som treårig forsøksprosjekt i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes. Forsøket ble avsluttet som planlagt i mai 1996, men forsøkskommunene fikk anledning å fortsette fastlege ordningen etter sitt eget ønske. Etter at forsøket ble evaluert startet en lang prosess som endte med at en nasjonal fastlegeordning ble innført i 1. juni 2001. Ordningen skulle bidra til å skape et fastere bånd mellom primærlege og pasient, skape mer oversiktlig og styrbart system og redusere forskjellene i tjenestetilbud. (Norges forskningsråd 2006)

### **2.1.3. Sykehus/helseforetaksreformen**

Loven for en av de mest omfattende reformene som har blitt gjennomført i det norske helsevesenet var sykehusreformen som ble vedtatt den 15. juni 2001 og reformen ble

gjennomført fra 1. januar i 2002. Målet med sykehusreformen var å legge grunnlaget for en helhetlig og tydelig statlig styring av spesialisthelsetjenesten, målet med organisering i foretak skulle gi et tydelig skille mellom den politiske ledelsen og selve virksomheten. Reformen skulle legge til rette for en klarere rolle- og ansvarsfordeling, som kunne gi bedre utnyttelse av ressursene i sykehussektoren og sikre bedre helsetjenester for befolkningen. Sykehusene skulle styres med moderne prinsipper som målstyring og delegering.

Av to hovedelementer i sykehusreformen besto den ene av statens overtakelse av eierskapet av spesialisthelsetjenestene. De eies nå av staten, ved Helse- og omsorgsdepartementet. Det andre elementet besto at sykehusene ble organisert som regionale og lokale foretak, departementet har en egen eieravdeling som forvalter eierskapet til de regionale helseforetakene. Det er fire helseforetak, Helse Nord RHF, Helse Midt RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF. Under disse fire er sykehus og annen spesialisthelsetjeneste organisert som egne helseforetak (HF). De regionale helseforetakene skal ivareta eierskap til sine underliggende helseforetaksgrupper og ha ansvar for spesialisthelsetjenestene til regionenes befolkning.

I hovedsak omfattet reformen organisatoriske endringer, helsetjenesten ble offentlig styrt, og de helsepolitiske målsetningene hadde likhet både med NOU 1974: 59 og med samhandlingsreformen som kom 2012. Helsetjenestene skulle være faglig forsvarlig og tilpasset til brukernes behov. Hele befolkningen skulle sikres med et likeverdig tilbud av helsetjenester. Tilbudet skulle være uavhengig av kjønn, alder, sosial og etnisk bakgrunn, økonomi eller geografiske forhold. Helsetjenestene skulle gis med respekt for den enkeltes integritet og menneskeverd, og det skulle være effektiv utnyttelse med ressurser.

(Forskningsrådet 2007)

#### **2.1.4. Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar i 2012. Samhandlingsreformen hovedmål var å gi bedre kvalitet på helsetjenestene for pasientene. Kommunene skal utnytte sine ressurser bedre og ta mer ansvar for en større del av helsetjenestene. Samhandlingsreformen bygger på to nye lover, *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* og *lov om kommunale helse- og*

*omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Det ble også vedtatt endringer i bl.a. pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonell loven og spesialisthelsetjenesteloven. Kommunens ansvar for innbyggernes helse tydeliggjøres i den nye folkehelseloven, den skal gi bedre forankring av forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid hos kommunens politiske og administrative ledelse. Kommunale helse- og omsorgstjenester er samlet i den nye helse- og omsorgstjenesteloven og bidrar til å sikre bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester og innen i kommunen.*

*I st.meld. nr. 47, 2008-2009 er samhandling definert på følgende måte: Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. (St.meld.nr. 47, 2008-2009).*

#### *Samhandlingsreformen:*

- *Målet med samhandlingsreformen er bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte.*
- *Strategiene er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bor.*
- *Man skal få rett behandling til rett tid på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste som er tilpasset den enkelte bruker.*
- *Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner. Gode samarbeidsavtaler og samlokalisering i lokalmedisinske sentra kan bidra til det.*
- *Folk må få hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom og plager. Dette kan være frisklivstilbud som kan hjelpe med å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken.*

Hovedmålene for reformen er at den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten skal fungere som en sammenhengende behandlingsskjede med et helhetlig tilbud. Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester gir brukere god og helhetlige pasientforløp og opplevelsen av kontinuitet i alle helse- og omsorgstjenestene.

Samhandlingsreformen skal også sikre bærekraftige helsetjenester med god kvalitet. Tjenestene ved sykehusene reduseres og større deler av helsetjenestene skal ytes av kommunehelsetjenesten. Kvaliteten i tjenestene skal økes ved å styrke ansattes kompetanse og øke samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og videre utvikles, spesialisthelsetjenesten skal omstilles. Deler av helse- og omsorgstjenestene skal desentraliseres og noen av tjenestene skal sentraliseres der det er nødvendig. En større del av helse- og omsorgstjenestene utføres i kommunene hvor pasienten bor. Kommunene fikk ansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag en, døgnopphold ved pasientene som trenger øyeblikkelig hjelp og tilsyn i tilfeller hvor kommunene har selv muligheten for å utrede og behandle. Fastlegene har overtatt polikliniske kontroller fra spesialisthelsetjenesten, som skal videre utvikles både ved å samle og/eller desentralisere funksjoner.

Forebygging og helse fremmende tiltak skal også styrkes, spesielt i kommunehelsetjenesten. Behovene skal indentifiseres og tjenestene skal settes i gang så tidlig som mulig. Tiltakene som reduserer og motvirker risikoen for funksjonstap, utvikling eller forverring av kronisk sykdom eller reduksjon av egenmestring skal benyttes og videreutvikles. Samhandlingsreformen skal gi bedre folkehelse og bedre helse- og omsorgstjenester på en bærekraftig måte, og store pasientgrupper skal få den helsehjelpen de har behov og krav for. (Riksrevisjon 2015-2016, Forskningsrådet 2016))

Målet med samhandlingsreformen er at kommunene skal ta mer ansvar fra spesialisthelsetjenestene og har større ansvar generelt for helse- og omsorgstjenester. Gjennom iverksettelse av reformen har det også blitt etablert samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetak. Et sentralt element i reformen er økonomiske insentiver og styringsvirkemidler som understøtter riktig oppgaveløsning mellom kommuner og helseforetak. Blant annet er det blitt en kommunal med-finansiering av spesialisthelsetjenesten, der kommunene vil kunne spare penger med å etablere egne tilbud i kommunene som eks. alternativ til sykehusinnleggelse (ØHD/KAD) med statlig tilskudd for deres utvidede ansvar. Kommunene må også betale for utskrivningsklare pasienter som ligger på sykehus i påvente av kommunalt tilbud. (Norge Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

Det har allerede kommet flere rapporter og undersøkelser som viser at liggetiden på sykehusene har gått kraftig ned, men samtidig har antall innleggelser økt påtagelig. Pasientene

som blir meldt utskrivningsklare fra sykehusene er ofte sykere og har mer alvorlige og komplekse sykdomstilstand en før samhandlingsreformen. Nå meldes pasientene utskrivningsklare når det merkes bedring og at behandling virker, tidligere ble den medisinske behandlingen ofte avsluttet på sykehus. Tempoene i utskrivingsprosessene har økt og flere skrives enda tidligere ut fra sykehus. (Rapport IRIS-2014/382, Riksrevisjon dokument 3:5(2015-2016)).

Heløe (2011) hevder at samhandlingsreformen benytter økonomiske insentiver for å bedre samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, men mye kan tyde på at en slik insentivmodell kan komme i konflikt med rettighetstrenden. Jfr. Heløe (2011) hevder professor i trygde- og helserett, Asbjørn Kjønstad, at samhandlingsreformen er på kollisjonskurs med pasientrettighetsloven. Brukerorganisasjonene har advart mot nedtoningen av brukeres prosessuelle rettigheter, særlig gjelder dette de sosiale tjenestene som kan få en svekket rettslig stilling ved endret klagekompetanse. Fylkesmannen er innsatt som klageinstans (Heløe 2011).

I riksrevisjonens undersøkelse og hovedfunn av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (2015-2016) viser at:

- *Kommunene har tatt over pasienter som tidligere lå ferdigbehandlet i sykehus.*
- *Det finnes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene.*
- *Kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) benyttes ikke på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen.*
- *Samarbeid med pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er ikke god nok.*
- *Innenfor rus- og psykiatriområder er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.*
- *Kommunene har i liten grad økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføringen av samhandlingsreformen.*

Sluttrapporten om evaluering av samhandlingsreformen ble gjennomført i perioden 2012-2015, evalueringen ble administrert av Norges forskningsråd på oppdrag fra Helse- og



omsorgsdepartementet (HOD). Styringsgruppen hadde ansvar for å evaluere samhandlingsreformen via seks ulike evalueringsprosjekter:

- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
- Økonomiske styringsvirkemidler
- Helhetlige pasientforløp
- Folkehelse og forebygging
- Interkommunalt samarbeid og andre organisatoriske mekanismer
- IKT som virkemidler for samhandling
- Kommunale akutte døgnplasser

Hovedkonklusjon fra rapporten viser at samarbeid mellom kommunene og helseforetak er godt og konstruktivt, men avtalene har ikke endret opplevelsen av samarbeidet. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i forhandlinger og samarbeid, noe som kan forklare at det er fortsatt spesialisthelsetjenesten som har definisjonsmakten i vurdering om pasient er utskrivningsklar. Dette skaper størst uenighet mellom kommunene og foretak. Samhandlingsreformen inneholder også elementer som kan motvirke mot helhetlig pasientforløp, oppholdene på intermediære avdelinger eller forsterket intensivfokus i kommuner og foretak. Når det gjelder forebygging og helsefremmende arbeid har dette økt både oversikt arbeid og kompetansehevingen i kommunene. Interkommunale samarbeid mellom kommunene har økt og det ser ut å fungere problemfritt. Bruk av IKT for å oppnå bedre kommunikasjon med pasientene, sikkerhet på tvers av faggrupper, avdelinger og forvaltningsnivåer har medført behov for å forbedre kvalitet, struktur, og innhold informasjonen som formidles. I dette område er det fortsatt et betydelig potensiale for bedre samhandling, trepartskonsultasjoner benyttes i liten grad. Resultater vedrørende kommunale akutte døgnplasser og økonomiske virkemidler konkluderer mye med det samme som andre rapporter og forskning har visst tidligere.

Helsedirektoratet sin rapport om samhandlingsreformen (2015) viser til mye det samme som andre rapportene og forskning om samhandlingsreformen har gjort tidligere, men her konkluderer rapporten videre at generelle forventninger om økt samarbeid og effektivisering har også ført til tiltak som ikke var planlagt som en del av samhandlingsreformen, som eks. pakkeforløpene for utredning og behandling av kreftlidelser. Det ble også konkludert at som følge av endret oppgavedeling har antall hjemmeboende pasienter med stor pleietyngde økt i

kommunene og dette krever annerledes organisering av omsorgs-, lege-, og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon. Rapporten skriver videre at disse nye erkjennelsene og tiltakene vil gradvis gi positive effekter for samhandlingen, og at reformen kan ha sin største styrke som et initiativ til innovasjonsprosesser i helse- og omsorgstjenester.

## **2.2. Fylkesmannen som klageinstans**

Difi-rapport 2014:07 skriver at befolkningen har stadig stigende forventninger til forvaltningen. Det forventes å få skreddersydde, lett tilgjengelige og godt koordinerte tjenester. Forvaltningen står for en forståelig og samordnet myndighetsutøvelse.

*Er det klagerett over et vedtak om å avvise en klage som er truffet av et kommunalt eller fylkeskommunalt organ som klageinstans, går klagen til fylkesmannen. (LOV-1967-02-10)*

*Pasienter/brukere som ikke er fornøyd med et vedtak eller en avgjørelse som kommunen har fattet, eller som mener at rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven ikke er oppfylt, kan klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Klagen sendes til kommunen, som da skal vurdere om det er grunn til å gjøre endringer i vedtaket. Hvis kommunen ikke finner grunn til å endre sin vedtak som følge av klagen, skal den oversende klagen til Fylkesmannen for endelig avgjørelse. (Veileder for saksbehandling, kap.4 2016).*

De fleste kommunene krever søkere å bruke søknadsskjemaet ved tildeling av tjenester, men glemmer at de ikke har rett å kreve bruk av søknadsskjemaet, utredning skal starte med engang kommunen har blitt kjent med behovet. Kommunenes innbyggere kan melde sine behov for tjenester via tjenestetorget, hjemmetjenester eller fastlege. Kommunene plikter i nødvendig og forsvarlig omfang å følge opp de opplysningene de har blitt kjent med, og skal innhente de relevante opplysningene for at saken kan vurderes og avgjøres på en faglig forsvarlig måte. Søkere har også rett til å medvirke til utformingen av tjenestetilbudet, som det alltid skal fattes enkeltvedtak om. Ved enkeltvedtak gjelder også reglene som blant annet er at parten(e) skal varsles, vedtaket skal være begrunnet og at parten(e) skal underrettes skriftlig om vedtak, begrunnelse og klagemuligheter. (Veileder for saksbehandling 2016)

Søkere av helse- og omsorgstjenester kan klage på enkeltvedtak og avgjørelser om helse- og omsorgstjenester. Klagefristen er fire uker etter at søkeren har mottatt skriftlig underretning om vedtaket, eller når den som har klagerett burde ha fått nok kunnskap til å fremme en klage. Klagen skal alltid være skriftlig, det skal være begrunnet og undertegnet av søkeren eller dennes representant. Hvis klagen ikke fyller formkravene, har kommunene plikt å opplyse søkeren om dette og gi en ny frist for å få rettet feilen. Klagen kan avises hvis den ikke blir rettet innen fristen.

Kommunene har også plikt til å veilede søkeren i forbindelse med utforming av klagen for at søkerens rettigheter kan bli ivaretatt på en best mulig måte. I tillegg til vedtak, avgjørelse eller endring av helse- og omsorgstjenester kan klagen gjelde også type tiltak eller tjeneste som er tildelt. Det kan klages om innhold, omfang eller oppfyllelse av tjenester eller andre rettigheter som er nevnt pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Dersom kommunen finner klagen begrunnet, kan tidligere vedtaket endres eller oppheves. Hvis ikke kommunen finner klagen begrunnet oversendes klagen til Fylkesmannen.

Utgangspunktet er at klageinstansen, Fylkesmannen, kan prøve alle sider av saken og ta hensyn til nye omstendigheter, jf. forvaltningsloven § 34. Ved prøving av det frie skjønn ved saker som gjelder omsorgstjenester, etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 mr. 6, 3-6 og 3-8., skal Fylkesmannen legge stor vekt på det kommunale selvstyret, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 første ledd. Blir et vedtak endret til gunst for den som har sendt klagen, har klageren krav for å få dekket kostnader som har vært nødvendige for å få endret vedtaket, jf. forvaltningsloven § 36.

### **2.3. Presentasjon av kommunene i Vest-Agder**

Vest-Agder er landets sørligste fylke og det er 15 kommuner i fylket. Avstanden til det europeiske kontinentet er kort over Skagerak og kysten setter sitt preg i Vest-Agder. Nesten 90 prosent av fylkets befolkning bor i kystkommunene, det er her du finner byene og uthavnene. Det er fem byer i Vest-Agder, disse er fra øst mot vest, Kristiansand, Mandal, Lyngdal, Farsund og Flekkefjord.

Kristiansand med sin 88 827 innbyggere er fylkeshovedstad og kommunikasjonsknutepunktet. Kristiansand er i stor utvikling, har mye handels- og næringsaktivitet og noe av landets flotteste og bynære rekreasjonsmuligheter. Universitet i Agder med sine 12 000 studenter og 1180 ansatte delt i campuser i Kristiansand og Grimstad i Aust-Agder har et omfattende studietilbud. Rikt kulturliv og mange turister setter også sitt preg i bylivet. Kommunene i fylket har etablert egne regionsamarbeider innen i Vest-Agder eller sammen med kommunene fra Aust-Agder. I østre del av fylket er de fire kommunene, Kristiansand, Søgne, Vennesla og Songdalen med i Knutepunkt Sørlandet sammen med de tre kommunene, Lillesand, Birkenes og Iveland fra Aust-Agder. Til sammen har Knutepunkt Sørlandet 137 000 innbyggere og kommunen har felles bo- og arbeidsmarked. (Vest-Agder fylkeskommune. Kristiansand kommune).

I midtre del av fylket finnes Lindesnesregionen med kommunene, Mandal, Lindesnes, Marnardal, Audnedal og Åseral. Mandal er Norges sydligste by og har 15 560 innbyggere. Mandal er kjent for sin lakseelv, som sjøfartsby, industri med skipsverft og produksjon av båtmotorer og tekstiler. (Vest-Agder fylkeskommune. Mandal Kommune.) Lindesnes har 4 943 innbyggere, og selve kommunesenteret ligger på Vigeland. Lindesnes har 90 kilometer med kystlinje og er Norges sydligste fastlandspunkt. (Vest-Agder fylkeskommune. Lindesnes Kommune.) Marnardal er en typisk innlandskommune med et innbyggertall på 2 306. (Vest-Agder fylkeskommune) Audnedal kommune er en langstrakt kommune og har tradisjonelt vært en landbrukskommune med stor sysselsetting innen jord- og skogbruk. Kommunen har 1756 innbyggere og mange arbeidsplasser innen trelast- og bygge industri. (Vest-Agder fylkeskommune. Audnedal Kommune.) Åseral kommune har 952 innbyggere og er kraftkommune med flere damanlegg og fem kraftverk. Jord- og skogbruk er viktige i tillegg til turisme, kommunen har tre alpintre med hytteområder (Vest-Agder fylkeskommune. Åseral kommune)

Lengst vest i fylket er Listerregionen som omfatter kommunene Lyngdal, Farsund, Flekkefjord, Kvinesdal, Sirdal og Hægebostad. Farsunds 9744 innbyggere er hovedsakelig bosatt rundt i de tre tettstedene Farsund by, Vanse og Vestbygda. Handel og skipsfart la grunnlag for velstand og byen var en periode verdens største sjøfartsby etter folketallet. To store industribedrifter, produksjon og videreforedling av aluminium, er de største arbeidsplassene i kommunen. Sjøfart, fiske og landbruk er viktige for næringsliv, og Lista er fortsatt Agders største jordbruksbygd. (Vest-Agder fylkeskommune. Farsund kommune).

Flekkefjord er Sørlandets vestligste kystkommune, har 9098 innbyggere og ligger innerst i Lafjorden. Lyngdal har 8535 innbyggere og preges av landbruk og skogbruk. Kvinesdal kommune med sine 5 977 innbyggere ligger sentralt i vestre delen av Vest-Agder. Sirdal med sine 1 847 og Hægebostad med 1 721 innbyggere er begge innlandskommuner. (Vest-Agder fylkeskommune)

### **2.3.1 KOSTRA-tall, pleie og omsorg i Vest-Agder**

KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering og gir statistikk om ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler i Oslo og fylkeskommuner. Det er mulig å finne tall om pleie- og omsorgstjenester, barnehagedekning og saksbehandlingstid fra KOSTRA-databasen, sammenligne kommuner med hverandre og regionalt. Jeg har sammenlignet i tabellen under noen utvalgte variabler med kommuner i Vest-Agder.

Folkemengde viser til innbyggere totalt i kommunen, hentet fra SSBs befolkningsstatistikk i 2015.

**Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten** viser driftsutgiftene til pleie og omsorg inkludert avskrivninger etter driftsinntektene. Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, pleie- og omsorgstjenesten er lik som Netto driftsutgifter pr. innbygger, pleie og omsorg/innbyggere i alt, sammenlignet med hverandre i 2010 og i 2015.

#### **Alle tjenestemottakere innen funksjon:**

- 234 Aktiviserings- og servicetjenester overfor eldre og personer med funksjonsnedsettelse
- 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon
- 254 Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende
- 261 Institusjonslokaler

**Årsverk i tall, i pleie og omsorg:** alle avtalte årsverk er med, også for vikarer, og det er ikke korrigert for fravær.

Kommune	Folke- mengde /person er i 2015	Netto drifts- utgifter pr. innbygger pleie- og omsorgs- tjeneste i 2010/ kr.	Netto drifts- utgifter pr. innbygger pleie- og omsorgs- tjeneste i 2015/ kr.	Antall tjeneste- mottakere i 2010	Antall tjeneste- mottakere i 2015	Årsver- k i alt pleie- og omsor- g i 2010	Årsver- k i alt pleie- og omsor- g i 2015
Kristiansan- d	88 447	12 078	13 294	4 207	4 269	1 947, 75	1 975, 48
Mandal	15 529	13 557	16 307	807	841	389,33	376,00
Farsund	9 705	15 553	18 190	535	542	310,15	308,21
Flekkefjord	9 096	17 385	20 564	587	588	297,64	360,40
Vennesla	14 308	11 211	15 240	710	848	298,15	352,11
Songdalen	6 419	10 362	12 050	247	239	131,39	143,09
Søgne	11 260	11 578	12 234	489	539	194,03	196,40
Marnardal	2 290	20 007	21 447	118	120	89,98	77,97
Åseral	942	26 195	27 959	94	82	39,91	33,90
Audnedal	1 750	21 410	19 675	114	107	66,46	62,33
Lindesnes	4 943	15 609	19 624	322	333	102,53	138,89
Lyngdal	8 497	14 396	14 936	394	381	241,88	246,85
Hægebosta- d	1 702	17 231	19 986	108	133	50,82	55,62
Kvinesdal	5 981	18 064	23 732	389	361	224,47	226,85
Sirdal	1 832	28 018	34 299	109	126	90,45	91,31
Vest-Agder	182 701	13 401	15 317	9 230	9 509	4 474, 95	4 645, 39

**Tabell 2.1. sammenligning av kommunene i Vest-Agder i 2010 og 2015**

Tabellen er tatt fra KOSTRA tallene rapportert fra de enkelte kommunene. Den viser at det er stor variasjon i utgifter de enkelte kommunene bruker pr. innbygger på pleie og omsorgstjenester. 2015 tallene viser at Sirdal bruker mest med 34 299 kroner pr. innbygger. Det er nesten tre ganger så mye som Songdalen kommune som bruker 12 050 kroner pr innbygger. Gjennomsnittet for Vest-Agder er 15 317 kroner pr innbygger. Vi ser at de minste kommunene alle bruker godt over gjennomsnittet for fylket på sine pleie- og omsorgstjenester. Årsaken til dette er sannsynligvis sammensatt. Det kan være dyrere å drifte

pleie- og omsorgstjenester i mindre kommuner og man kan tenke seg at det kan være bedre ressursutnyttelse i større enheter. Videre kan kommuneøkonomien spille en vesentlig rolle. For eksempel i kraftkommunene hvor man kan bevilge mer penger enn i andre kommuner. Når det gjelder endring kostnader i tidsrommet 2010-2015 der vi forskjeller. Korrigert for konsumprisindeksen som i tidsrommet var på ca. 8,6 % ser vi at Kristiansand, Songdalen, Søgne, Marnardal og Åseral har stort sett klart å holde seg på samme utgiftsnivå. Mandal, Farsund, Flekkefjord, Vennesla, Lindesnes, Hægebostad, Kvinesdal og Sirdal har økt sitt utgiftsnivå mens Audnedal og Lyngdal har redusert sine kostnader i perioden.

Det er for hele Vest-Agder en kostnadsøkning på ca. 14 % i perioden dette samsvarer med prisstigningen og en økning av tjenestemottakere på ca. 3 %. I perioden er det også en økning i antall årsverk på ca. 4 %. Det er ikke noe særskilt mønster i utviklingen i de enkelte kommunene, men noen kommuner skiller seg ut. Vennesla kommune har en stor økning i antall tjenestemottakere og tilsvarende økning i antall årsverk. I forhold til dette er kostnadsøkningen ikke spesielt høy. Flekkefjord skiller seg ut med en stor økning i antall årsverk og kostnader uten at dette gjenspeiler seg i økt antall tjenestemottakere. Søgne kommune håndterer en ganske stor økning i antall tjenestemottakere uten at hverken kostnader eller årsverk har økt tilsvarende.

## **3. Metode**

I dette kapittelet beskriver jeg hvilken metodikk og framgangsmåte som er brukt i studien for å innhente data jeg har hatt behov for, og hvordan dataene har blitt analysert i denne studien. Studien baserer seg på kvantitativ metode.

### **3.1. Undersøkelsens ulike faser**

Jacobsen (2015) presenterer framgangsmåten i undersøkelsesprosesser. Han beskriver en modell av åtte ulike faser hvor forskeren må ta valg som vil få konsekvenser for undersøkelsens gyldighet og troverdighet. Første tre fasene er felles uansett hvilken metode velges for å innhente data, kvalitativ eller kvantitativ. Jeg har valgt å bruke Jacobsens (2015) modell for å presentere ulike faser i min undersøkelse.

#### **Fase 1, utvikling av problemstilling**

Hensikten med undersøkelser kan deles i to hovedtyper, beskrivende eller forklarende/kausale. Beskrivende beskriver dagens situasjon og forklarende/kausale måler hvilke virkninger eller effekter et tiltak har hatt. Jeg valgte å ta utgangspunkt i forklarende problemstilling fordi jeg var interessert i sammenhengen mellom organisering av forvaltning og antall klagesaker til Fylkesmannen. Problemstillingen ble derfor:

1. Hvordan har kommunen organisert sin forvaltningspraksis i tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vest-Agder?
2. Har antall klagesaker til fylkesmannen endret seg etter samhandlingsreformen?
3. I hvilken grad har variasjon i klagesaker sammenheng med valg av organisasjons form knyttet til tildeling av helse- og omsorgstjenester?
4. I hvilken grad har de kommunene som har innført bestiller-utfører-modell et positivt syn på effekten av modellen?

#### **Fase 2, valg av undersøkelsesopplegg**

Jeg har valgt forklarende/kausale design som inneholder opplysninger fra flere tidspunkter, såkalt tidsseriedata.

For å få svar på problemstillingene mine, valgte jeg via et spørreskjema se om hvordan har kommunene i Vest-Agder organisert sin forvaltningspraksis. Det ble sendt spørreskjema til



alle kommuner i helse og omsorg i Vest-Agder. Videre valgte jeg å se om antall klagesaker til fylkesmannen har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen. Jeg valgte også å se om klagesakene har endret karakter, er det flere vedtak som er endret helt eller delvis, før og etter innføring av samhandlingsreformen. Jeg har også valgt å sammenligne antall klager mellom kommunene som har innført bestiller-utfører-modellen og kommunene som har organisert sin forvaltning tradisjonelt eller annen måte i helse og omsorg. Kan organisering av forvaltning forklare dette.

### **Fase 3, valg av type informasjon**

Metode for datainnsamling. En testende problemstilling vil ofte ha hensikt å finne omfanget eller hyppighet. I denne studien bruker jeg kvantitativ metode. Fordeler knyttet til kvantitativ metode er at kvantitative data er standardisert, informasjonen er lett å behandle ved hjelp av datamaskiner og statistikkprogrammer. Kvantitativ tilnærming gir også fordelen å kunne beskrive ett gitt forhold relativt presist, eksakt i prosent eller antall. Fordeler med kvantitativ metode er også muligheten å samle inn store mengder data uten at det blir veldig dyrt eller tidskrevende, og dermed øker muligheten for å generalisere. Enkelte vil si at ulempen med kvantitative data er avstand til de som vi undersøker, men det er også fordel å bevare kritisk avstand, uten å utvikle personlige bindinger. Fokuset styrkes med mer generelle, upersonlige forholdene, som vi er mest interessert å undersøke.

Ulemper med kvantitativ metode er at det kan være virkelighetsfjern og gi et overfladisk preg på undersøkelsen, data er designet for å nå mange og kan ikke være for kompleks.

Undersøkeren har definert på forhånd hva som er relevant å spørre om og svare, standardisert spørreskjema består av spørsmål og svaralternativer som undersøkeren mener er relevante og riktige. Men har alle de som svarer undersøkelsen samme oppfatning som undersøkeren kan aldri garanteres, det eneste vi får svar på et spørreskjema er det vi spør om og dermed kan denne metoden ofte ha problemer med begrepsgyldighet. Som tidligere nevnt kan avstand være en styrke, men også en betydelig svakhet, det kan føre til lav forståelse for det fenomenet som undersøkes. Avstanden kan gjøre at vi mister forståelsen for den enkeltes situasjon, og dermed øke faren for at studien blir virkelighetsfjern. Innsamling av kvantitative data må følge et sett faser og fasene må komme etter hverandre i tid, og opplegget kan dermed bli mindre fleksibelt. Datasamlingsmetode og problemstilling kan være vanskelig å endre underveis, og tillegg kan det bli svært kostbart og i mange tilfeller ødelegge troverdigheten til undersøkelsen. Videre ulemper ved kvantitativ metode er først og fremst knyttet til svakheter

ved spørreskjema. Det kan være flere som ikke svarer, eller de som svarer kan bli påvirket av måten spørsmålene er formulert på og hvilken rekkefølge spørsmålene kommer. Dermed kan dette lede til svar som er mer resultat av undersøkelsen, enn måling av hva folk faktisk mener.

Kvantitativ tilnærming egner seg best når problemstillingen er relativt klar, og vi er relativt sikre på at spørsmålene vi stiller, og de svaralternativene vi gir oppleves relevante av de som svarer. Metoden er best egnet også når vi ønsker å beskrive hyppigheten eller omfang av et fenomen, eller vi vil finne ut hvor ofte fenomenet forekommer. Kvantitativ metode er ofte individualistisk, vi får informasjon fra enkeltindivider, ikke fra grupper. Dermed passer metoden best når det er individuelle synspunkter vi er interessert i, og selve konteksten ikke har så stor interesse. (Jacobsen 2015)

#### **Fase 4, hvordan har jeg samlet inn kvantitativ informasjon**

Kvantitative metoder innebærer at det må legges spesiell vekt for forhåndskategorisering av begreper for at det er mulig å standardisere informasjon i form av tall. Deretter kan vi lage effektiv statistikk analyse hvor kan vi trekke inn mange enheter. I kvantitative metoder er det en type som dominerer, spørreskjema med lukkede svaralternativer. I spørreskjemaet kan det gis svare bare innenfor de rammer som er definert forhånd. I kvantitative metode kan også benyttes sekundærdata i form av tilgjengelig statistikk eller andre undersøkelser. (Jacobsen 2015)

I denne studien har jeg brukt både spørreskjemaet med lukkede alternativer og sekundærdata fra Fylkesmannen i Vest-Agder. Det ble sendt spørreundersøkelse til alle 15 kommuner i Vest-Agder. Spørreundersøkelsen fokuserte på hvordan kommunene har organisert sin forvaltning i helse og omsorg. Om kommunen har profesjonalisert saksbehandlingskontor og bruker bestiller-utfører-modellen eller om kommunen har tradisjonell saksbehandling på tjenestestedene eller annen type organisering av forvaltning. Alle kommunene ble også spurt om hvilke yrkesgrupper de hadde som saksbehandlere. Hvis kommunen hadde bestiller-utfører-modell fikk dem fem ekstra spørsmål og muligheten å vurdere mellom fem alternativer hvilken grad bestiller-utfører-modellen hadde ført til bedre tjenester. Fra 1 liten grad til 5 stor grad.

Under studien har jeg vært flere ganger kontakt med Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder for å få tilsendt sekundærdata fra allerede eksisterende datakilder fra fylkesmannen,

(NESTORSYS). I september 2016 fikk jeg oversikt over avsluttede saker hos Fylkesmannen i Vest-Agder for hvert av årene 2012-2015. I 2012 kom helse- og omsorgstjenesteloven som flyttet hjemlingen av omsorgstjenestene fra den gamle sosialtjenesteloven over til helse, som fra da ble helse og omsorg. Statistikk fra gammelt og nytt lovverk var vrient for helsetilsynet å hente fram og gjøre sammenlignbart. Fylkesmannen i Vest-Agder undersøkte muligheten for å få oversikt over klagesaker innen helse- og omsorg for 2010 og 2011, men sakene var registrert i et system som heter RegRot og systemet ga ikke kommunevis inndeling av saker, men jeg fikk i januar 2017 tilsendt oversikt over klagesaker etter sosialtjenesteloven i hele landet inndelt i fylker. Å få ut tall som jeg ønsket å få var for vanskelig å få fram og hadde krevet urimelig mye arbeid uten å få nøyaktige og sammenlignbare tall på grunn av endrede hjemmelsgrunnlag på tjenestene. Jeg ønsket innsyn for alle klagesaker innen sosial/helse og omsorg i Vest-Agder i perioden 2010 til 2016, men fikk avslag, med begrunnelse, på krav om innsyn i februar 2017.

### **Fase 5, valg av respondenter**

For å få et representativt bilde av populasjon er en av de viktigste grunner til å velge kvantitativ metode. Dette innebærer ofte at vi har mulighet å spørre et større antall enheter, ekstensiv undersøkelse. Men av praktiske grunner må vi gjøre et utvalg som er representativt for alle enhetene.

Jeg har valgt å sammenligne alle kommunene i Vest-Agder fylke. Det er til sammen 15 kommuner, hvor fire er større kommuner (med mer enn 10 000 innbyggere) og 11 av kommunene er små kommuner (med mindre enn 10 000 innbyggere).

Fylkesmannen i Vest-Agder har vært klageinstans for alle kommunene i Vest-Agder fram til 1.1.2016, da ble Fylkesmannen i Vest-Agder slått sammen med Fylkesmannen i Aust-Agder. I denne studien er avhengige variabler klager som er sendt til fylkesmannen, om antallet av klagesaker til fylkesmannen har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen og om klagesakene har endret karakter i tidsrom mellom 2010-2015.

Uavhengige variabler i studien er om hva som kan forklare eventuelt økning er nedgang av klager. Har bestiller-utfører modellen påvirket av antall klager og innhold av klager eller har folk eventuelt endret atferd, har de fått mer informasjon om muligheten for å klage.

## **Fase 6, dataanalyse**

Jeg har analysert informasjonen som jeg har samlet inn ved bruk av spørreskjema og sekundærdata fra Fylkesmannen. Univariat analyse beskriver en og en variabel om gangen ved hjelp av statistiske mål, mens i bivariat analyse ønsker vi å se om to variabler samvarierer. Eventuelt er det mulig å bruke multivariat analyse som er analyse av tre variabler samtidig. For at vi kan analyse data må vi omgjøre svarene til tall, dette kalles koding. Etter koding kan vi behandle statistikk ved hjelp av datamaskiner og statistikkprogram. Det finnes tre hovedtyper av svaralternativer.

1. Kategoriske svaralternativer, nominalt målenivå, vi kan bare si at et alternativ er forskjell fra en annen. Spørsmålene brukes for å uttale om likheter og forskjeller.
2. Rangordnede svaralternativer, ordinale målenivå, en enhet er forskjell fra en annen, men i tillegg er det mulig å rangere kategoriene i forhold til hverandre. Svaralternativene kan settes i en naturlig stigende eller synkende rekkefølge.
3. Metriske svaralternativer, forholdstallsnivå, enheter som har krysset av i to ulike kategorier, er forskjellige og vi kan rangere de. Vi kan også plassere kategoriene nøyaktig i forhold til hverandre. (Jacobsen 2015)

Spørreskjemaet jeg sendte til kommunene egner seg for univariat analyse og inneholder både kategoriske svaralternativer og rangordnede svaralternativer. Sekundærdata fra fylkesmannen forteller om antall klagesaker og om disse sakene har ført til opphevede, endrede eller stadfestede vedtak etter klagebehandling. Disse egner seg for en multivariat analyse hvor man sammenligner de ulike variablene for hele fylket og kommunevis i de årene det er mulig.

## **Fase 7, konklusjon, validitet og reliabilitet**

Jeg har ønsket å se om antall klager til Fylkesmannen har endret antall eller karakter før og etter samhandlingsreformen, og om måten å organisere forvaltningen i kommunene kan gi forklaring for eventuelle endringen. Indre validitet gir svar på spørsmålet om hvor gyldige er resultatene mine er ut i fra det hva jeg ønsket å undersøke, og den ytre validiteten handler om mine resultater kan generaliseres i lignende forhold i andre fylker. I kvantitative undersøkelser knyttes den interne validitet om måleapparatene, vanligvis spørreskjema, måler det hva vi ønsket å måle, begrepsmessig gyldighet. Det hvorvidt vi kan tolke korrelasjoner,

samvariasjon, som årsakssammenheng, kausal gyldighet. Reliabilitet handler om hvilken grad resultatene mine er pålitelige, nøyaktige og kan synliggjøres.

### **Fase 8, drøfting og tolkninger av resultater**

Jacobsen (2015) skriver at ingen undersøkelser kan gi objektive, riktige eller absolutte svar og resultatene kommer alltid å være tvetydige. Resultatene av undersøkelsen må alltid tolkes og en slik prosess drøfter vi våres funn og prøver å skape mening for undersøkelsen.

Metodologisk drøfting handler om hvordan metoden i seg selv har skapt de resultatene vi ender opp med. For å oppsummere metodologisk drøfting må se følgende forholdene (Jacobsen 2015):

1. Pålitelighet, hvor stor grad kan undersøkelsesopplegget og analysen ha forårsaket resultatene?
2. Begrepsmessig gyldighet, har jeg målt det jeg ønsker å måle?
3. Intern gyldighet, har jeg dekning for de slutningene jeg trekker?
4. Ekstern gyldighet, hvor stor grad kan jeg generalisere resultatene?

Disse fire til sammen viser undersøkelsens totale gyldighet.

Substansiell drøfting handler om at vi sammenstiller resultatene vi har kommet fram til med annen forskning og teori, slik kan våres funn settes i en større sammenheng.

## 4. Valg av struktur som forklaring på klageatferd

Denne oppgaven handler om det store reformbilde i norske helsevesenet, her samhandlingsreformen og reformer i lokalforvaltningen. Kjennetegnene ved den norske modellen er at velferden er et offentlig ansvar som blir utført av offentlige forvaltningsorganene. Reformen og velferdsordninger kan derfor ikke sees uavhengig av hvordan offentlig sektor blir drevet og organisert. Norske forvaltningssystemet har også vært utsatt for en rekke endringer og reformer. Parallelt med utviklingen av nye velferdsreformer og omstrukturering av offentlig forvaltning, særlig i kommunesektoren, med nye styringsformer hvor det ble sterkere fokus på ledelse og ledelseskompetanse, ny ledelsesfilosofi, New Public Management (NPM). (Nyseter 2015)

Litteraturen om den internasjonale trenden som NPM innebar, henviser ofte til New Zealand, der reformene gikk meget langt. New Zealand hadde brukt årtier på å bygge seg som velferdssamfunn og som ødelagt i løpet av 10-15 år. Dette startet i 1984 med en Labour-regjering som satt til 1990. Denne tiden ble markedet hyllet for sin enkelhet og effektivitet og det ble sagt likhetstegn mellom markedsøkonomi og demokrati, velferdssamfunnet skulle privatiseres. Det ble oppnådd store fortjenester i løpet av 1990-årene, men en rekke ansatte ble oppsagt, og egenandeler ble økt. Det ble også startet privatisering av offentlig sektor. Fra 1990 til 1999 var det konservative regjeringer som tok de neste skritt i å kommersialisere flest mulig statlig virksomhet. Virksomhetene fikk egne styrever med en direktør som kom fra private næringsliv fikk beskjed at statlige virksomhetene skulle drives som private aksjeselskaper. Ved forberedelse til privatisering fikk nye ledere også frie hender overfor ansatte, tariffavtaler ble oppsagt med krav om reforhandlinger. Fagforeningene ble fratatt sine tidligere privilegier, kollektive avtaler ble erstattet med individuelle, og til slutt hadde heller ikke ansatte noen innflytelse på sikkerheten på arbeidsplassen, dette var bare arbeidsgiverens ansvar. Effekten av de nye lovene ble synlig raskt, flere måtte jobbe mer og på flere arbeidsplasser pga. mindre lønn, og dette skjedde samtidig som regjeringen gjennomførte nedskjæring av sosiale ytelser på over 20 prosent. I 1988-1996 ble antallet av befolkningen som levde i fattigdom fordoblet, og fattigdomsrelaterte sykdommer økte betydelig. I 1999 vant Labour valget igjen og startet reversering av den nyliberalistiske reformasjoner. (Nyseter 2015)

## 4.1. Fra PA-NPM-NG

Tradisjonell offentlig forvaltning, Public Administration(PA) representerer vanlig modell av styringsregime som satt sitt preg på samfunnsstyringen i tidsperioden fra 1945 og fram til 1980-tallet. Etterkrigstiden var en viktig periode i utviklingen av velferdsstaten, staten var enhetlig, det ble lagt stor vekt på å utvikle regler, lover og retningslinjer. Offentlig administrasjon og byråkrati hadde en svært viktig posisjon som var det utøvende leddet som tjente de folkevalgte politikerne som hadde den sterkeste rollen (Holmen 2016). Videre var modellen preget av styring gjennom lovgivning, direktiver og budsjetter, hvor hierarki og regler var de dominerende koordineringsmekanismene («hierarchy type mechanisms», HTM). Det var lite fokus for innovasjon utenom de store, nasjonale satsninger som ble initiert og implementert ovenfra og ned, enten som reformer, lover eller reguleringer (Hartley 2005)

Den klassiske hierarkiske styringsmodellen av politiske styring og demokrati i den vestlige verden og i Norge er at folket velger via valg av representanter til politiske organer. Forvaltningsapparat i den offentlige produksjonen har utøvende makt for å bidra til forberedelse og iverksetting av den offentlige politikken og følge opp de politiske vedtak. Begrunnelsen for denne hierarkiske modellen har vært at offentlig sektor forfølger målsetninger som er knyttet til rettsikkerhet, likebehandling og forutsigbarhet. Denne hierarki modellen passer sammen med en sentralisert forvaltning som har betydelig vekt på standardisering og likhet ved tjenestene. (NOU 2000:19)

Rapporten fra NOU (2000:19) hevdet at behovet for den offentlige tjenesteproduksjonen er nær uuttømmelig og kunne bare forbedres hvis produksjonen ble mer kostnads- og formåls effektiv. Ideene fra New Public Management ble ikke umiddelbart adoptert i Norge, men i takt med velferdsstatens stadige vekst, økende kostnader, og borgernes forventninger økte kravet om en mer effektiv bruk av offentlige midler. Tanken ved konkurranse eksponering av den offentlige sektoren i et marked kunne øke effektivitet og brukerens behov ble bedre tatt vare på. Sammenhengen både med denne tankegangen og at teknologien hadde gjort det mulig å utvikle og produsere tjenester billigere førte til at flere aktører, også private virksomheter, ønsket tre inn i den offentlige tjenesteproduksjonen.

En ytterligere årsak til reformpress var også at på begynnelsen av 1990-tallet vokste privat sektor veldig raskt, offentlig sektor måtte følge med og tradisjonelle organisasjonsmåter var truet. Beslutningsstrukturer hadde fått nye linjer, med fokus fra den tradisjonelle hierarkiske styringen til autonomi, delegering og profesjonell styring.

Administrasjonsmodellen	Markedsmodellen
Hierarki	Marked
Regler/rutiner	Resultater
Sentralisering	Desentralisering/delegering
Ressurstilgang ut fra bedømmelse av behov	Ressurstilgang ut fra faktisk etterspørsel og pris
Kollektive valg i en samfunnskontekst	Individuelle valg i et marked
Ansvarlighet	Selvstyre/autonomi
Søken etter rettferdighet/likhet	Søken etter markedstilfredshet
Borgerrettigheter	Brukersuverenitet
Kollektiv handling	Konkurransen
Profesjon	Ledelse
Nøytral ekspertise	Interesseorientering
Stabilitet/forutsigbarhet	Endring
Tradisjon	Fornyelse
Borger	Kunde/bruker
«Voice»	«Exit»

**Tabell 4.1. Kjennetegn ved administrasjonsmodellen og markedsmodellen. (Øgård, 2015)**

Reformbølgen som siden 1980-tallet har hatt mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsmetoder fra privatsektorer betegnes som New Public Management (NPM). Begrepet er egentlig ikke en teori eller ide, men gir heller uttrykk for en oppfatning av ulike markedsinspirerte reformelementer hvordan innføre en markedsliberal økonomisk tenkning i offentlige virksomheter. Christopher Hood kom med begrepet New Public Management tidlig i 1991. Reformprogrammet oppstod i Australia og New Zealand under sosialdemokratiske regjeringer på 1980-tallet, og spredte etter hvert først til andre engelsktalende land som Storbritannia og USA og siden til øvrige vestlige land på 1990-tallet. Grunnprinsipper ved NPM er at økning av markedsorientering innenfor offentlig sektor leder til mer kostnadseffektive tilbud av de offentlige tjenester. For å sikre samsvar mellom ressursbruk og behov i offentlig sektor har virkemidlene ved NPM vært konkurranseutsetning, stykkprisfinansiering, internprising, privatisering og bestiller-utfører-modellen. (Øgård 2015, Røvik 2014) Verdiene som var knyttet til reformen var troen på markedskrefter og



konkurransen som skulle fremme positive endringer i samfunnet og i offentlig sektor, det ble lagt vekt på individets rettigheter som kunder. Kommunenes Sentralforbund (KS) har vært sammen med konsulentfirmaer en sentral og viktig aktør i denne sammenheng i Norge. (Nyseter 2012)

Anbud handler om konkurransesetting som mange kommuner i Norge bruker innen helse- og omsorg, og som i praksis betyr at også private aktører driver for offentliges regning, driften er offentlig betalt privatisering. Å sette velferdstjenester ut på anbud betyr konkurranse på pris og det har vist seg at kommersielle velferdsselskaper utkonkurrerer ideelle aktører (ideelle organisasjoner). Det som vi også vet er at ca. 80 prosent av driftskostnadene er personalkostnader, og det betyr at private kommersielle aktører har derfor fire muligheter å redusere kostnader. De ansatte kan tilbys lavere lønns- og arbeidsvilkår eller man kan spare pensjonsutgifter. Videre kan man redusere bemanning og kravene til kompetanse, eller redusere kvaliteten og gi dårligere tjenester. (Nyseter 2015)

Mål- og resultatstyring (MRS) er sentral ved NPM og ble introdusert i offentlig sektor på slutten av 1980-tallet. Hensikten var å sette mål for virksomheten, måle resultater og sammenligne dem med målene. MRS er laget for kostnadskontroll og hovedhensikten var å bruke informasjonen til styring, kontroll og læring, for å øke effektiviteten og få mer ut av ressursene i offentlig sektor. (Nyseter 2015)

Bestiller-utfører-modellen (BUM) ble innført i den vestlige verden, også i mange kommuner og offentlige etater i Norge i de siste 20 årene. Modellen ble introdusert midten av 1990-tallet og er en sentral del av reformbølgen New Public Management (NPM). Hovedargumentene for innføring av bestiller-utfører modellen har vært at offentlig sektor er preget av ineffektivitet, byråkrati, høye kostnader og for dårlig kvalitet. Oppretting av kommunale tildelingskontor kom etter en periode med utstrakt bruk av resultatenhets- eller tonivåorganisering, alle myndighetsnivåer mellom rådmannen og de tjenesteytende enhetene ble fjernet. Det har vært periode med utstrakt bruk av resultatenhets- eller tonivåorganisering, i to-nivå modellen fikk enhetsledere ansvar for personal, økonomi og fag innen sin enhet. Støtteenhetene, som økonomi-, lønn- og personalavdeling fungerer som veiledere for resultatenhetslederne innen sine områder.

New Public Management har tre sentrale kjennetegn og elementer som forvaltningskonsept, den har tro på ledelsen, indirekte kontroll og brukerfokusering. I New Public Management har lederen en sentral rolle i organisasjonen, det økt er fokus på effektivitet, resultater og måloppnåelse. Lederrollen er profesjonalisert og ledelsen utføres ved bruk av desentralisering og delegering. Forvaltningen endrer styringen fra direkte autoritet til indirekte kontroll, det vektlegges marked, kontrakter og konkurranseeksponering. Det ble søkt fleksibilitet ved å dele kommunal forvaltning til egne enheter som har endret seg fra mål- og resultatstyring i 1980- og 90-tallene, til kvalitets- og balansert målstyring rundt 2000 og videre til mer kontinuerlig læring og utvikling. NPM har stort fokus på brukermedvirkning. Serviceerklæringene / tjenestebeskrivelsene i kommunene ble brukt som beskrivelse om kvaliteten som brukerne kunne forvente av de kommunale tjenestene. Kommunene begynte også med regelmessige brukerundersøkelser av de kommunale tjenestene, brukerfokusering skulle legge til rette for økt innflytelse og medvirkning fra kommunenes innbyggere og brukere, forvaltningen skulle ta mer ansvar overfor innbyggere. (Øgård.2015)

Grunnprinsippene ved NPM er også brukermedvirkning, kommunene sender ut brukerundersøkelsene til alle brukere i helse og omsorg. Bruk av brukerundersøkelser som styringsverktøy i offentlig sektor er meget omfattende, og det er ikke noe nytt at staten undersøker sine innbyggere for å skaffe seg informasjon som grunnlag for samfunnsstyringen. Tidligere undersøkelser var stort sett avgrenset til å undersøke innbyggernes atferd, og det har gjerne blitt oppfattet som nøytralt og objektivt, og også som upolitisk. Men brukerundersøkelser som måler innbyggernes meninger er imidlertid verken nøytrale eller objektive, og heller ikke upolitiske. (Rolland 2005) Brukerundersøkelsene handler ikke bare om kvalitet til tjenestene, men også om innbyggernes tilfredshet, og det er ikke alltid en sammenheng mellom kvalitet og tilfredshet (Rolland 2003).

Det hva innbyggerne oppfatter som tilfredsstillende tjeneste er mye avhengig av forventningene. Forventningene kan variere fra kommune til kommune og fra gruppe til gruppe. Forventningen varierer også i hvilken livssituasjon potensielle brukere er, hvem og hva brukerne sammenligner seg med og om det finnes tilgang til andre alternativer. (Baldersheim mfl.1997).

Sammenligning, benchmarking, er også har innført i kommunene. Kommunene bruker KOSTRA-tall, Kommune-Stat-Rapportering, for å sammenligne statistikk om

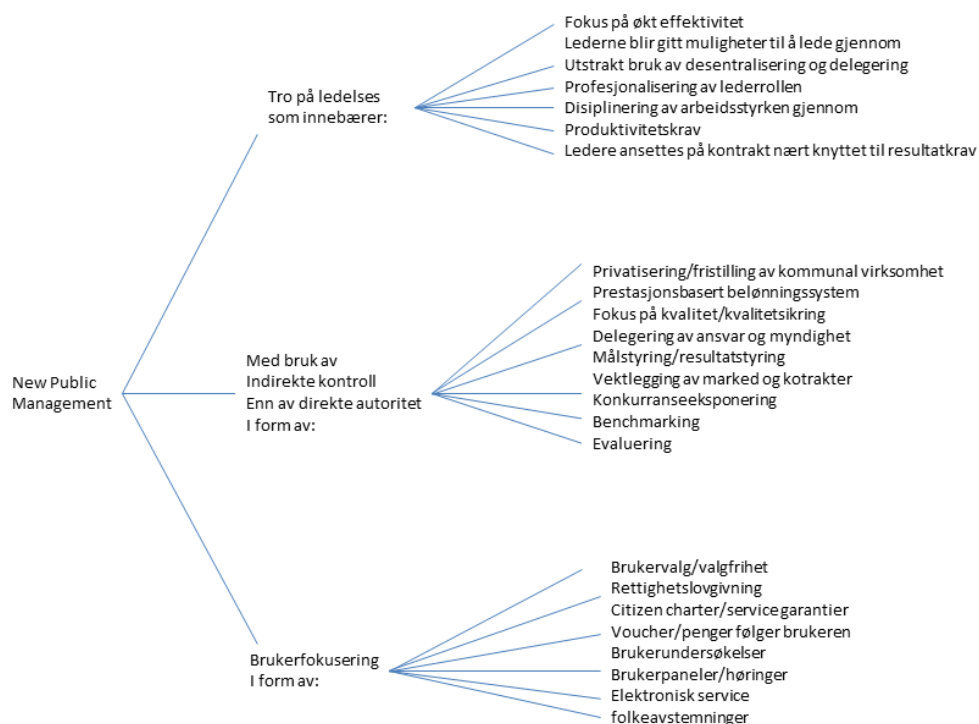
ressursinnsatsen, prioriteringer og måloppnåelse i kommuner, bydeler og fylkeskommuner. Det finnes tall om f.eks. pleie- og omsorgstjeneste og saksbehandlingstid, kommunene kan sammenligne seg selv eller kommuner med hverandre, med regionale inndelinger og med landsgjennomsnittet. Mange kommuner har stort fokus på IPLOS-registrering, som er en del av KOSTRA-tall, fra helse og omsorg. IPLOS er et lovbestemt helseregister-data, som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet skriver i sin veileder at: *”Formålet med IPLOS-registeret er å samle inn og behandle data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjenester for å:*

- 1. Gi grunnlag for overvåking, kvalitetssikring, planlegging, utvikling og overordnet styring av helse- og omsorgstjenesten og helse- og omsorgsforvaltningen.*
- 2. Gi grunnlag for forskning.*

*Opplysninger i IPLOS-registeret kan foruten til formål som er nevnt over, behandles og brukes til utarbeiding av nasjonal, regional og lokal pleie- og omsorgsstatistikk.”* (IPLOS forskrift § 1-3).

Kommunene har vi har muligheten å hente ut 14 ulike SUM-rapporter etter eget ønske og behov. Rapportene hentes fra elektronisk pasient journal for å sammenligne IPLOS-registrering. Rapportene er utviklet for at kommunene kan ta ut statistikk til styring og utvikling av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Rapportene viser (alder, diagnoser etc.) til brukerne, hvilke tjenester kommunen tilbyr og hvordan de blir brukt. For å ha god kvalitet på SUM-rapportene forutsetter det oppdatert og god kvalitet på grunnlagsdata. Rapportene kan gi ledere muligheten å hente ulike rapporter på tvers av avdelingene og sammenligne f.eks. måloppnåelse ved rehabilitering, ressursbruk, tidsbruk og saksbehandlingstid.

NPM har engasjert både forskere, frivillige og politiske miljøer om reformideen er egnet seg å bruke i offentlig sektor. Forskere som Olsen (1990) og Lægreid (1988, 1991) har påpekt utfordringer rundt å implementere universelle ledelsesprinsipper fra private sektor til offentlige organisasjoner. Andre forskere har også rettet spørsmål mot konsekvenser at man skiller ledelse fra fag, profesjon. Dette kan øke konfliktnivået i organisasjonen og utvikle seg til konstant kamp situasjon om hvem som skal bestemme i enhetene, også eventuelle nedprioritering av det faglige aspektet over lengre tid kan øke risikoen for dårligere kvalitet av tjenestene. (Øgård.2015)



**Figur 4.1. New Public Management – en oversikt over elementene. (Øgård 2015)**

Det har også vært kritisk debatt om innføringen av målstyringskonseptet er mulig i offentlig sektor (Rombach 1991, Læg Reid 1991, Thorsvik 1991). Det menes at forutsetninger for målstyringskonseptet er ikke tilstede, det er ikke mulig å styre eller formulere klare og kvantifiserbare mål som samtidig ikke er gjensidig motstridende eller ustabile. Enkelte institusjonenes press ved å forfølge sine egne mål ville føre til overmålinger og/eller målforskyving og kunne skape samarbeids- og samordningsproblemer mellom virksomheter som ideelt sett burde samarbeide, som eksempler forvaltning og tjenestestedene. Kritikken mot målstyringskonseptet gjelder også om det er mulig å skille politikk og administrasjonen. Likevel viser noen studier at gevinsten av målstyringskonseptet ligger nettopp ved bedre dialog ved ressursbruk og strategier. Den tredje debatten om målstyringskonseptet har gått ved bruken av markedet som styringsmekanisme i offentlig sektor, spesielt for å oppnå produktivitets- og effektivitetsgevinster og om det har blitt brukt i norske kommuner sin helhet i hele tatt og kommunene har ikke utsatt tjenestene sine for reel konkurranse. (Øgård 2015)

Christopher Hood (2015), britiske statsviteren som lanserte selve begrepet New Public Management, har sammen med Ruth Dixon gått gjennom erfaringene ved NPM-reformen i Storbritannia og evaluert det nå i førti år senere. Resultatene viser at konkurransesetting er uegnet som styringsmiddel i offentlig forvaltningen. Ved innføring av mål- og detaljstyring ved å skape konkurranseutsatt offentlig sektor skulle det øke effektivitet, gi billigere tjenester med bedre kvalitet, koste mindre og fungere bedre. Men forskningen viste at ved reformen var det ikke tenkt problemene og kostnadene ved denne type administrasjon. Det er både tids- og ressurskrevende å samle og evaluere data fra revisjonsrapporter, kvalitetsvurderinger, klager til ombudsmenn og måling av tids- og pengebruk, i tillegg at utgiftene økte ved å bruke private aktører i offentlig tjenester. Konklusjonen fra forskningen viste at offentlig sektor i Storbritannia i de siste tretti årene hadde blitt både dyrere og dårligere.

Administrasjonskostnadene målt i faste priser hadde økt med 40 %, mens antallet av offentlige ansatte hadde blitt redusert bare med en tredjedel. Misnøye og utilfredsheten hos befolkning hadde økt fra 1980-tallet til 2010. Forskningsrapportene fra Anvendt Kommunal forskning (AKF) ved Petersen m.fl. i Danmark, (2011) og Svensk studie fra Stiftelsen Svensk Næringsliv (2011) har også konkludert at konkurransesetting av offentlig sektor gir verken bedre kvalitet for tjenestene eller økonomiske besparelse.

Noralv Veggeland (2015) skriver at de britiske erfaringene kan sammenlignes med de gjennomførte reformer i Norge. Nåværende regjering har gjennomført reformer som kommunesammenslåing, sykehusreform, politireform og jernbanereform. Om kostnadene med reformene har svært kostbart mål- og resultatstyrings byråkrati i tillegg til alle omorganiseringene. Norut Alta gjennomførte undersøkelse på oppdrag fra KS hvor det kom fram at kostnadene for kommunene ved samhandlingsreformen hadde allerede i 2012 blitt rundt 2 milliarder kroner.

Nyseter (2015) skriver at både helseforetakene og NAV-reformen har visst seg å være problematiske, kjennetegner for begge reformer er at de er blitt store, komplekse og uoversiktlige organisasjoner med mye kontroll og byråkrati. Kostnadene ved NAV-reformen har vært milliarder, hvor bare bruk av konsulenter har kostet over en milliard per år. To forsknings rapporter, fra 2014 Frisch-senteret og Uni Research Rokkasenteret, finner ingen positiv effekter av NAV-reformen for hverken arbeidsløse, syke, personer som trenger sosialhjelp eller dropper ut av videregående skole. Begge forskningene konkluderer i stedet at reformen har gjort vondt verre.

Som resultat av, respons på og motvekt til New Public Management som styringsregimet har vi i de siste årene, i slutten av forrige århundre, sett at offentlig sektor har hatt en dreining bort fra NPM og mot til New Public Governance (NPG). Betegnelse New Public Governance ble lansert av den Edinburgh baserte samfunnsviteren Stephen Osborne. Dette styringsregimet som kombinerer den mer hierarkiske formen med NPM-markedslogikken. Inter organisatorisk samarbeid med andre offentlige organisasjoner, private virksomheter og frivillige organisasjoner har blitt nødvendig. Nye kommuneloven fra 1992 og lovendringen som ga kommunene muligheten og friheten å bruke organisering som virkemiddel. Kombinasjon mellom effektivisering og stram økonomi har denne utviklingen ført til en massiv økning av modellen hvor kommunene arbeider sammen på tvers institusjoner, sektorer, tjenesteområder og geografiske grenser, dette omtales som nettverksstyring eller samstyring. (Holmen 2016) Flere offentlige aktører samarbeider over både horisontale og vertikale grenser i styringssystemet. Koordinering skjer gjennom informasjonsdeling, forhandlinger, samtaler eller gjensidige tilpasninger der både de private og frivillige aktører kan delta. Målet er mer helhetlige og koordinerte tjenestetilbud med sømløse overganger, dette gjenspeiles blant annet i opplegget rundt samhandlingsreformen. (Gjerde m.fl. 2016)

NPG har to hovedtrekk, den ene er «interorganisatoriske samarbeid», som har sin forankring i organisasjons- og nettverksteori, offentlig administrasjon og ledelse, kontraktteori og den andre er «public choice»-teoretisk tankegang. Det teoretiske grunnlaget fremhever betydning av læring på tvers sektorer, via nettverk, innovasjon, helhetlig problemløsning, partnerskap, interorganisatoriske relasjoner og synergier. Typiske fellestrekk med NPM som marked, konkurranse og privatisering nedtones. Den andre hovedtrekk er sterkere nedenfra og opp fokus, enn det mer overordnede og strategisk orienterte, her er utgangspunktet demokratiteorien. Politikernes og innbyggernes involvering ved utforming av innholdet og iverksetting av offentlig politikk settes i sentrum. (Gjerde m.fl. 2016)

## 4.2. Bestiller-utfører-modell vs. tradisjonell forvaltning

I Skottland startet i begynnelsen av 1990-tallet «modernisering» av det skotske helsevesenet med etablering av såkalt «indre marked», bruk av bestiller-utfører-modellen. Hovedmål var konkurranse, markedsituasjon, mellom offentlige og private sykehus. Dette begynte med etablering av foretak med styrer og administrasjon med næringslivsledere uten bakgrunn fra offentlig- og helsesektor. Det ble organisert over 400 uavhengige foretak, som skulle gi økonomisk balanse ved å «selge» tjenester til «bestiller» etter fast avtalte priser. Modellen førte til kortvarige økninger av budsjettene hvor mesteparten gikk til å dekke kostnadene med den nye modellen. I 2002 avsluttet Skottland å bruke bestiller-utfører modellen, to år senere ble statlig forvaltning gjennomopprettet og helseforetakene ble avvirket. Samtidig ble stykkpris og innsatsstyrt finansiering avvist som styringsprinsipp fra politisk hold. Privatisering og konkurranseutsetting av støttetjenester som kantiner, vaskeri og renhold er også nå under avvikling og det har vært betydelig produktivetsforbedring i offentlig helsevesenet, som nå bygger på samarbeid og ikke konkurranse. Den offisielle linje er at offentlige penger skal ikke brukes til å finansiere kommersielle aktører i privat sektor og alt finansiering skjer gjennom årlige rammebevilgninger. Og det mest interessant er at det har vist seg at det forvaltningsbaserte skotske helsevesenet har blitt drevet innen tildelte budsjettammene. (Nyseter 2015)

I løpet av det siste tiårene har flere av de større (over 10 000 innbyggere) norske kommuner opprettet egne enheter for vurdering av behov for og tildeling av helse- og omsorgstjenester. I helse- og omsorgsloven av 2011 stiller krav om at kommunene skal ha en koordinerende enhet, og dette gjelder tjenester som institusjonsplass, hjemmesykepleie, rehabilitering, avlastning, brukerstyrt personlig assistanse (BPA), bolig til vanskeligstilte, tilrettelagt bolig og bokollektiv. Flere av de mindre kommunene i Norge har ikke endret praksis på dette området. Tildelingen av tjenester skjer til dels ute i de tjenesteytende enhetene, til dels i grupper, utvalg, fagteam, inntaksnemnd eller faste inntaksmøter. De små kommunene har ofte ikke ressurser eller behov for å etablere egne enheter til dette formålet. I noen av disse kommunene har det gjort noen tilpasninger som å tillegge en enhet en koordinerende funksjon eller å tilsette en koordinator til å samordne tildelingen. Det kan synes som om de mindre kommunene har en pragmatisk og avventende tilnærming. Flere ser behov for å se dette i sammenheng med større omorganiseringer innen helse-, pleie- og omsorgsfeltet. Det sentrale

formålet med tildelingskontoret synes å være koordinering mellom aktører som er involvert i å yte lokale helse- og omsorgstjenester. Først og fremst kommuner, kommunale tjenesteenheter og sykehus. Dette skal også bidra til å realisere en viktig ambisjon i samhandlingsreformen om å skape helhetlige og sammenhengende pasientforløp. (Gjerde m.fl. 2016)

Tidligere fikk hver enhet innen helse og omsorg ansvar for å vurdere behovene for helse- og sosialtjenester og tildele disse direkte til sine egne brukere. Problemet med tradisjonell tildeling av tjenester fra tjenestested ga resultatet at det ble ulik praksis innad i en og samme kommune, dette ga et rettferdighets- og rettssikkerhetsproblem. Ressurskrevende brukere og brukere med sammensatte diagnoser ble ofte sett og vurdert som et problem. Denne type problemer ga grunn at det ble sterkere krav for koordinering, vurdering av behov og tildeling av tjeneste i kommunene. Koordineringsmåten innebærer at tildelingskontoret kan variere sin opptreden alt etter hvilke aktører det forholder seg til. Det kan tenkes at tildelingskontoret opptrer hierarkisk/kommanderende overfor utøvende enheter i kommunen, mens det velger en forhandlingsstrategi overfor sykehuset. (Gjerde m.fl. 2016)

	<b>Forvaltningsmodell</b>	<b>Markedsmodell-NPM</b>
<b>Mål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekke behov</li> <li>• Forebygge</li> <li>• Redusere forbruk</li> <li>• Universelle ordninger</li> <li>• Økonomisk forvaltning</li> <li>• Tilgjengelighet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profitt</li> <li>• Fortjeneste</li> <li>• Avkastning</li> <li>• Behovsprøvde ordninger</li> <li>• Økonomisk overskudd</li> <li>• Fritt valg</li> </ul>
<b>Styre av</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov og faglig kompetanse</li> <li>• Avtalefestede lønns- og arbeidsforhold og pensjonsordning</li> <li>• Politikere</li> <li>• Budsjettering og planlegging</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlingstilbudet utformes på bakgrunn av statistikk</li> <li>• Reduserte pensjons- og tariffavtaler</li> <li>• Interesser</li> <li>• Forretning og lønnsomhetsregnskap (aksjelover)</li> <li>• Kontrakter</li> <li>• Rapporter og kontroll</li> </ul>
<b>Finansieres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Av de offentlig</li> <li>• Reduserte egenandeler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkeltes lommebok</li> <li>• Forsikring</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offentlig</li> <li>• Økte egenandeler</li> </ul>
<b>Lønnsomhet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat av virksomhet</li> <li>• Behandling av kronisk syke, og pleie- og omsorg kan aldri bli lønnsom, fordi man ikke kan effektivisere tid og omsorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drivkraft for virksomhet</li> <li>• Fortjeneste prioriteres framfor ansattes lønns- og arbeidsvilkår</li> </ul>
<b>Konsekvenser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tar hensyn til mellommenneskelige relasjoner</li> <li>• Lik tilgjengelighet for alle</li> <li>• Gir rom for tverrfaglig og tverretatlig samarbeid</li> <li>• Helhetlig pasientperspektiv</li> <li>• Dele kunnskap og erfaringer</li> <li>• Regulerte lønns- og arbeidsforhold</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overser sosiale konsekvenser</li> <li>• Prisfastsetting</li> <li>• Konkurranseutsetting</li> <li>• Vektlegger spesialisering framfor helhet</li> <li>• Redusert tverrfaglig og tverretatlig samarbeid</li> <li>• Konkurranser hindrer deling av kunnskap</li> <li>• Reduserte lønns- og arbeidsforhold</li> </ul>
<b>Hovedforskjell</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forvaltning</li> <li>• Baseres på folkevalgt styring og kontroll</li> <li>• Tjenester styres av behov</li> <li>• Politisk ansvar</li> <li>• Samarbeid</li> <li>• Brukerorientert (behov)</li> <li>• Styres av faglig kompetanse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forretning</li> <li>• Baseres på markedsøkonomisk styring og kontroll</li> <li>• Tjenester styres av etterspørsel</li> <li>• Lønnsomhet</li> <li>• Byråkratisk anbuds- og kontrollsystem</li> <li>• Redusert politisk ansvar</li> <li>• Konkurranser med delt, finansierings- og produksjonsansvar(off.-priv.)</li> <li>• Kundeorientert (penger)</li> <li>• Begrenset lokaldemokrati</li> <li>• Oppsplitting og uklare ansvarsforhold</li> </ul>

**Tabell 4.2. Drift av behandlings-, pleie- og omsorgstjenester. (Nyseter 2015)**

Organisasjonsskillet mellom tradisjonell forvaltning og bestiller-utfører-modellen kan sammenfattes slik:

- Skille mellom myndighetsutøving og tjenesteproduksjon
- Overnevnte oppgaver utøves av ulike enheter i organisasjonen
- Innholdet og kvaliteten av tjenestene blir definert av bestilleren som er også ansvarlig for oppfølging og kontroll av utfører. Bestiller rollen er knyttet til enkeltvedtak om kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Utførende tjenestested er ansvarlig for produksjonen av tjenestene.
- Bestiller og utfører har avtaleforhold om oppfølging og kontroll av tjenestene.

Bestiller-utfører-modellen innebærer at det finnes en organisatorisk arbeidsfordeling mellom myndighetsøving via tildeling av tjenester etter enkeltvedtak, forvaltningsoppgaver, og selve tjenesteproduksjonen, driftsoppgaver. Bestillerenheten avgjør om hvem som skal motta tjenester, definerer tjenestekrav og fører tilsyn med gjennomføringen, men utøverenheterne produserer tjenestene. Forholdet mellom bestiller og utfører skal ikke være hierarkisk og bestiller har ingen instruksjonsmyndighet overfor utførersted. (Nesheim og Vathne 2000)

Bestiller-utfører-modellen innebærer at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltning og tjenesteproduksjon. Bestillerenheten skal ivareta myndighetsoppgaven, enheten avgjør hvem som skal motta tjenester og definerer tjenesten. Bestilleren har en rent administrativ funksjon, det er en selvstendig enhet fatter vedtak. Bestiller har stort ansvar for at kommunen skal tilby helse- og omsorgstjenester av riktig kvalitet og mengde til sine innbyggere. Mange norske kommuner har valgt å innføre et formelt og organisatorisk skille mellom bestiller og utfører, men det finnes flere varianter av modellen. Skillet varierer fra kommune til kommune, og de fleste store kommuner (m.m. enn 10 000 innbyggere) har valgt å innføre et formelt og organisatorisk skille mellom forvaltning og tjenestested. Enhetene går under forskjellige navn, som eksempel bestiller-, tildelings- eller forvaltningskontor. Samhandlingsreformen har også samtidig gitt kommunene mer sentral rolle, både når det gjelder ansvar for en større del av helsetjenestene og når det gjelder å realisere mål om mer helhetlige tjenester.

Hovedargumenter for slik ordning har vært at det er flere fordeler med at man profesjonaliserer saksbehandlingen og sikrer at vedtak fattes på rett grunnlag. Ordningen skal gi bedre grunnlag for at saksbehandleren ikke påvirkes av i ressursforholdene i egen

avdeling/enhet, både nå det gjelder tilgangen til institusjonsplasser eller avdelingens budsjett. Forvaltningsenhetene skal være godt samkjørte, gode på lovverket og de fatter vedtak etter gjeldende lov og forskrift. Saksbehandlere behandler søknader fortløpende ved selv å reise ut hos brukeren og kartlegger situasjonen og bruk av epikriser. Endring og revurdering av vedtak vurderes etter tilbakemelding fra tjenesteutøvere. Ordningen skal øke kvaliteten på tjenestene, styrke rettssikkerheten til brukerne, gi bedre økonomisk styring og kontroll og mer kostnadseffektiv drift.

Det er ikke uproblematisk å innføre bestiller-utfører-modell i organisasjonen. Bestiller-utførerorganisering kan ha en rekke ugunstige konsekvenser som økte samhandlingskostnader, manglende og oppsplittet helhetsansvar, dobling av kompetanse og byråkratisering av en relasjon, mellom bestiller og utfører, som må fungere fleksibelt. I praksis må det tilpasses prinsippet til et eksisterende hierarki og rapporteringsforhold. Relasjoner basert på avtaler vil eksistere med lik linje med relasjoner basert på hierarki og tilhørende autoritet, et skille mellom myndighet og drift vil endre den hierarkiske organisasjonen. (Nesheim og Vathne 2000)

Flere kommuner har innført bestiller-utfører-modellen i sin virksomhet men det finnes få evalueringer av modellen i Norge. Revisjon Midt-Norge hadde oppdrag fra kontrollutvalget i Klæbu kommune for å gjennomføre forvaltningsrevisjon av bestiller-utfører-modellen. Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) tok i 2012 initiativ til en utredning om kostnader og gevinster ved bestiller-utfører- modellen innenfor helse- og omsorgstjenestene (Deloitte 2012). Bakgrunnen for utredningen var et ønske om å evaluere bestiller-utfører-modellen i forhold til spørsmål som er blitt stilt i de siste årene, som om modellen er kostnadsdrivende eller effektivitetsfremmende, om modellen har ført til bedre behovsdekning, bedre forvaltning av ressursene og hvordan modellen har påvirket tjenesteytingen i de store byene. Deltakere ved evalueringen var fem Oslo-bydeler og syv kommuner, Drammen, Bergen, Trondheim, Stavanger, Sandnes og Kristiansand. Rapporten viser ingen klar sammenheng mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i utgiftsnivå. Rapporten viser heller ingen klare sammenheng mellom type bestiller-utfører-modell og utvikling i kostnad pr. tjenestemottaker/kostnad pr. plass. Det ble heller ikke gjort funn som tyder på at en type modell er mer effektivitetsfremmende enn en annen. Rapporten som er kostnadsorientert viser at modellen har både effektivitetsfremmende- og kostnadsfremmende elementer, men gir ingen vurdering sammenlignet med en vanlig forvaltningsmodell.

Rapporten konkluderer at: *«det ser ut som om transaksjonskostnadene øker mer hos bestillerenheten enn innsparingene er hos utføreren.»* Rapporten viser ikke om brukeren er mer fornøyd med bestiller-utfører-modellen, men de oppsummerer at bestiller er mer fornøyd en utfører.

Rapporten (Deloitte 2012) viser til intervjuer av kommunenes toppledelse, bestillere og utøvere om bestiller-utfører-modellen. Informantene ble bedt om å oppgi de viktigste styrkene ved modellen og stort sett samme svarene kom igjen fra alle informantene.

Styrker ved modellen:

- Bedre rettsikkerhet for brukerne.
- Mer rettferdig tjenstedeling, nøytral vurdering av behovet og likhet ved tildeling av tjenestene.
- Økt profesjonalitet i saksbehandling.
- Bedre oversikt over totalt behov av tjenestene og samlet tjenestetilbud i egen kommune.
- Viktig med skillet mellom saksbehandling og drift, også ved klagebehandling.
- Bedre økonomisk styring.
- Større åpenhet om hvilke tjenester som tildeles og hva som utføres, bedre kvalitetssikring at vedtaket er riktig og at brukeren får de tjenester de har krav på.
- Bedre samsvar mellom økonomiske rammer, vedtak og ressurser.

Informantene ble også bedt å trekke fram svakheter ved bestiller-utfører-modellen. Det var i hovedsak samme svakheter som kom fram igjen, men utførere og tillitsvalgte var i midlertidig mer kritiske til modellen en bestillerne var. De hyppigste svakheter ved modellen:

- Større avstand til brukeren og tjenesten, de som tildeler er lengre fra brukeren.
- Rigid system, mindre fleksibilitet ved endringer
- Fagpersonene, utførere, fratras myndighet, det er ikke de som kjennes best brukeren som avgjør tjenestens innhold.
- Fokus på økonomi kan overstyre istedenfor brukerens behov og hensynet til kvaliteten.
- Bestiller er avhengig av tjenestestedenes, utførers, observasjoner og vurdering.
- Mer dobbelt arbeid og byråkrati.

Revisjonsrapporten fra revisjon Midt-Norge belyste tre problemstillinger som fra ulike vinkler skulle belyse bestiller-utfører-modellen slik den blir praktisert i Klæbu kommune.

Konklusjonen for den første problemstillingen om i hvilken grad målsettingene med etableringen av et tjenestetteam ble oppnådd i Klæbu kommune ble delvis innfridd. Det ble oppnådd bedre kvalitet, bedre samordning, god dialog og utvikling av tverrfaglig kompetanse. Det var dårligere oppnåelse når det gjaldt oppfølging av det som var bestilt om det ble utført. Også bidrag til kvalitet i planlegging og budsjettering var mindre enn målsetting. Konklusjon vedrørende bestiller-utfører-modellen i Klæbu kommune kunne man spørre om Klæbu kommune hadde reelt sett innført bestiller-utfører organisering. Tjenestetteamet som var innført kunne like gjerne ses som samarbeids- og samordningsorgan som hadde oppgave i felleskap å saksbehandle og fatte enkelt vedtak. (Klæbu 2011)

Konklusjonen av den andre problemstillingen om i hvilken grad har Klæbu kommune ivaretatt sin bestiller rolle overfor ekstern leverandør av sykehjemstjenester ved Klæbu sykehjem, Adecco Helse AS. Både foreløpige rapporter fra Helsetilsynet og Arbeidstilsynet, og Klæbu kommune sine egne data viste at Klæbu kommune hadde ikke i tilstrekkelig grad og ikke effektivt nok fulgt opp at Adecco Helse AS overholdt inngåtte avtaler eller oppfylte kravet om at sykehjemmet skulle drives i samsvar med relevant lovgiving. (Klæbu 2011)

Konklusjonen av den tredje problemstillingen om i hvilken grad målsettingene for drift og vedlikeholdt oppfylt ble oppfylt var at det synes å være oppfylt i stor grad. Revisjonen anbefalte at kommunen skulle starte en prosess der tjenestetteamet og tjenestebeskrivelsen gjennomgås på nytt, og utformingen burde gjenspeile de oppgaver som var nødvendig, ønskelig og realistiske for tjenestetteamet å ivareta. Det ble også anbefalt ved framtidig bruk av eksterne utførere av lovpålagte tjenester at kommunen la stor vekt på tett oppfølging og kontroll med om kontraktsvilkårene ble innfridd og holdt forsvarlig kvalitet. (Klæbu 2011)

NOVA har publisert et doktorgradsarbeid (Vabø 2007) hvor det konkluderes at bestiller-utfører-modellen er en del av omstillingsprosessene som følge av NPM, hvor utføveren styres og kontrolleres ved hjelp av avtaler og standarder. Reformpådrivere fremmer forslag som kan bidra at tjenestene blir kontrollerbare og transparente, mens tjenestestedene strever med å få mer fleksibilitet i tjenestene for å kunne tilpasse tjenestene til ulike personer og situasjoner. Formaliserte tildelingsrutiner og streng avtalestyring kan føre til å redusere muligheten for å reagere i vanskelige og uforutsette situasjoner. (Nyseter 2015)

## 5. Hvordan har kommunen organisert sin forvaltningspraksis i tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vest-Agder?

Kommunenes saksbehandling skal ivareta en rekke hensyn som er viktige for pasienter og brukere med behov for helse- og omsorgstjenester. Særlig er det viktig at pasientenes og brukerens behov blir tilstrekkelig grundig utredet med mulighet for medvirkning.

Rettsikkerheten og grunnleggende personvern hensyn skal ivaretas ved saksbehandling. Disse hensynene må balanseres mot hensynet til en effektiv forvaltning og riktige bruk av ressurser. Saksbehandlingen må sikre at pasient eller bruker mottar riktige tjenester til rett tid og i tilstrekkelig omfang.

- *Pasient/bruker har rett til nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester fra kommunen, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a. Det er pasientens/brukerens hjelpebehov etter en helse- og sosialfaglig vurdering som styrer hvilke tjenester han eller hun har rett til, og i hvilket omfang.*
- *Forsvarlighetskravet setter rammer for tjenestetilbudets utforming og organisering, omfanget av tjenester og tidspunktet for iverksettelse av tjenestene. Videre må kommunen ivareta pasientens/brukerens rett til medvirkning ved utformingen av tjenestetilbudet. Ut over dette står kommunen relativt fritt til å bestemme hvordan tjenestene til den enkelte skal utformes.*
- *Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 bestemmer at kommunen har plikt til å yte nødvendige tjenester til alle oppholder seg i kommunen. Ved midlertidige opphold må omfanget av kommunens plikt ses i sammenheng med oppholdets varighet. Hvis en pasient eller bruker skal flytte fra en kommune til en annen, kan tilflyttingskommunen ha plikt til å fatte vedtak om tjenester til personen før flyttingen er iverksatt (Veileder for saksbehandling 2016 s.8)*

Kommunene har mulighet for ulikt organisering av sin forvaltningspraksis for helse- og omsorgstjenester. Noen kommuner har en mer tradisjonell måte å forvalte sine tjenester på, fagprofesjoner rundt om i ulike enheter vurderer behovene og fatter vedtak om tjenester som skal iverksettes. Andre kommunene har valgt å organisere saksbehandlere i en støtteenhet for driftsenhetene men uten myndighet til å gjøre vedtak eller de har ulike varianter av koordinerende team hvor tverrfaglige team møtes jevnlig for å fatte vedtak.

Flere større kommuner i Norge (over 10 000 innbyggere) har innført bestiller-utfører-modellen. Søkerne av helse- og omsorgstjenester henvender seg dit, og såkalte profesjonelle saksbehandlere behandler søknader fortløpende. Bestiller-utfører-modellen innebærer at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltning og tjenestestedene. Det finnes ikke bare en måte å skille forvaltning og utfører på. Det finnes flere varianter av bestiller-utfører-modellen. Skillet varierer fra kommune til kommune, mange kommuner har rendyrket den i å opprette bestiller organisasjoner som har en rent administrativ funksjon, en selvstendig enhet fatter vedtak, og en annen enhet i kommunen utfører tjenesten hvor penger følger vedtak.

I denne studien har jeg kartlagt hvordan kommunene i Vest-Agder har organisert forvaltningen i helse- og omsorgssektoren. Det ble sendt spørreundersøkelse til alle kommuner i Vest-Agder. 14 av 15 kommuner svarte på undersøkelsen

Folketall	Bestiller-utfører modell/ profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering organisert i egen enhet	Saksbehandlere på tjenestenivå ute i enhetene (tradisjonell)	Annen organisering
88 447	Kristiansand		
11 260			Søgne
14 308	Vennesla		
6 419		Songdalen	
15 529	Mandal		
4 943	Lindesnes		
2 290			Marnardal
1 705		Audnedal	
942		Åseral	
8 497			Lyngdal
9 705	Farsund		
9 096	Flekkefjord		
5 981	Kvinesdal		

1 832		Sirdal	
1 702			Hægebostad

**Tabell 5.1. Hvordan har kommunen organisert i sin forvaltningspraksis ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester. Folketallet i Vest-Agders 15 kommuner fordelt seg slik pr 1.1.2016.**

I tabellen ser vi at i noen kommuner i Vest-Agder har fortsatt tradisjonell måte å forvalte sine tjenester på, fagprofesjonene rundt om i ulike enheter vurderer behovene og fatter vedtak om tjenester som skal iverksettes. Saksbehandling er ofte begrenset til noen sykepleiere som skal gjøre vurderingene og videre saksbehandling. Ofte blir det at sykepleieren fra tjenestested er med på å gjøre vurderingen. Utfordringen er en lik holdning til alle som jobber med tildeling av tjenester og hva som er nødvendig helsehjelp ut fra lovverket.

7 av 15 kommuner i Vest-Agder har innført bestiller-utfører modellen, hvor alle søkerne til pleie- og omsorgstjenester henvender seg, og profesjonelle saksbehandlere behandler søknadene fortløpende. Ordningen skal øke kvaliteten på tjenestene, styrke rettssikkerheten til brukerne, gi bedre økonomisk styring og kontroll i tillegg til mer kostnadseffektiv drift. Dette skal gi bedre grunnlag for at saksbehandleren ikke påvirkes av i ressursforholdene i egen avdeling/enhet, både nå det gjelder tilgangen til institusjonsplasser eller avdelingens budsjett. Et mål på dette er om kommunene i større grad evner å tilby riktige tjenester til sine brukere.

Fire kommuner i Vest-Agder har valgt en annen type organisering for forvaltning, de har hverken en bestiller-utfører-modell eller tradisjonell organisering. Kommunene bruker ulike samarbeidsorganer som koordinerende team eller støtteenhet.

### **Kristiansand kommune**

Kristiansand har organisert sin forvaltningspraksis etter bestiller-utfører-modellen, kommunen har profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering organisert i egen enhet. Modellen ble innført i kommunen allerede i 2001. Forvaltningen i Kristiansand er tverrfaglig sammensatt og saksbehandlerne har ulik utdanning som sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut, vernepleier, hjelpepleier. Mange av de som arbeider i forvaltning har i tillegg videreutdanning innen demens, rus, psykiatri, geriatri og rehabilitering.



**Søgne kommune**

Søgne kommune har ikke organisert sin forvaltningspraksis ved tildeling av helse- og omsorgstjenester verken etter tradisjonell eller bestiller-utfører-modell. Kommunen har egen forvaltningstjeneste som tar i mot søknader, kartlegger og saksbehandler i samarbeid med aktuelle utfører enhet. Enkeltvedtak skrives under av saksbehandler og enhetsleder, som har det endelig ansvar for tildelingen. De yrkesgrupper som jobber med forvaltning er sykepleiere, sosionomer eller spesialpedagoger.

**Vennesla kommune**

Vennesla kommune har organisert sin forvaltningspraksis etter bestiller-utfører-modellen, som ble innført i kommunen 2011. Alle som arbeider i forvaltningen er sykepleiere.

**Songdalen kommune**

Songdalen kommune organisert sin forvaltningspraksis etter tradisjonell modell, men har ikke svart på undersøkelsen.

**Mandal kommune**

Mandal kommune har organisert sin forvaltningspraksis etter bestiller-utfører-modellen i 2013. Yrkesgrupper som jobber i forvaltningen er sykepleiere, vernepleiere eller sosionomer.

**Lindesnes kommune**

Lindesnes har organisert sin forvaltningspraksis etter bestiller-utfører-modell. Dette ble innført i kommunen så tidlig som 1998. De yrkesgrupper som arbeider i forvaltningen er sykepleiere og vernepleiere.

**Audnedal kommune**

Audnedal kommune har organisert sin forvaltningspraksis etter tradisjonell modell, saksbehandlere er på tjenestenivå ute i enhetene. Saksbehandlere er utdannet som sykepleier eller sosionom.

**Åseral kommune**

Åseral kommune har også organisert sin forvaltning tradisjonelt måte, saksbehandlere arbeider ute på tjenestestedene. De som arbeider i forvaltningen er alle sykepleiere.

### **Lyngdal kommune**

Lyngdal kommune har ikke organisert sin forvaltningspraksis ved tildeling av helse- og omsorgstjenester verken etter tradisjonell eller bestiller-utfører-modell. Informanten i kommunen skriver at: «*Saksbehandlere organisert i en støtteenhet for driftsenhetene, men uten delegert myndighet til å gjøre vedtak. Det jobbes med å få et tydeligere skille mellom forvaltning og drift.*» De som arbeider i forvaltning er sykepleiere, ergoterapeuter eller sosionomer.

### **Marnardal kommune**

Marnardal kommune har organisert også organisert sin forvaltning ved annen type organisering. «*En saksbehandler, sosionom, tilknyttet helse og omsorg. Tett samarbeid med enhetene.*»

### **Farsund kommune**

Farsund kommune har organisert sin forvaltningspraksis i helse- og omsorg etter bestiller-utfører-modellen. Modellen ble innført i 2009 og de som jobber i forvaltningen har utdanning som sykepleier, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleier eller sosionom.

### **Flekkefjord kommune**

Også Flekkefjord kommune har organisert sin forvaltningspraksis etter bestiller-utfører-modellen. Modellen ble innført i 2012 og yrkesgrupper som jobber i enheten er sykepleiere og vernepleiere.

### **Kvinesdal kommune**

Kvinesdal kommune har organisert sin forvaltningspraksis innen helse og omsorg etter bestiller-utfører-modellen i 2004. Alle saksbehandlere som arbeider i forvaltning har sykepleie utdanning.

### **Sirdal kommune**

Sirdal kommune har organisert sin forvaltning innen helse- og omsorg tradisjonelt, saksbehandlere er ute på tjenestestedene og har utdanning som sykepleier, fysioterapeut eller ergoterapeut.

## **Hægebostad kommune**

Hægebostad kommune har organisert forvaltningspraksis annen måte en tradisjonell eller bestiller-utfører-modell. Informanten i kommunen beskriver at: *«Kommunen har et koordinerende team bestående av 3 avdelingsledere, en sekretær, en lege og enhetsleder. Møtefrekvens en gang pr mnd. Gruppen saksbehandler og treffer vedtak i alle plo saker fra tildeling av inst. plasser, hjemmesykepleie, fysioterapi, mat, trygghetsalarmer, etc. – ja, alle hjelpetiltakene som kommunen tildeler. Protokoll blir skrevet etter hvert møte.»* De som arbeider med forvaltning er sykepleiere, lege, enhetsleder (kommunalsjef) og sekretær som sammen med saksbehandlere skriver sakene, vedtakene og protokoll. Informanten kommenterer ytterligere at: *«Mellom de formelle møtene kan det treffes midlertidige administrative vedtak som blir formelt vedtatt i koordinerende team møtene.»*

For å svare på forskningsspørsmålet hvordan har kommunene i Vest-Agder organisert sin forvaltningspraksis i tildeling av helse- og omsorgstjenester kan vi oppsummere følgende. Syv av femten kommuner har opprettet egne enheter for vurdering av behov for og tildeling av helse- og omsorgstjenester og bruker bestiller-utfører-modellen i sin forvaltning. Det blir diskutert om disse i realiteten er organisert som bestiller-utfører-modell eller som et samarbeids og samordningsorgan. Kristiansand kommune er sannsynligvis nærmest en ekte bestiller-utfører-modell. Her følger pengene med brukeren/vedtaket til de enkelte tjenestestedene. Fire av de mindre kommunene har fortsatt en «tradisjonell» forvaltning hvor vedtakene fattes ute i enhetene. Fire kommuner har også valgt en mellomløsning med koordinerende team eller støtteenhet hvor som oftest har ikke saksbehandlere myndighet for å fatte vedtak.

## **6. Har antall klagesaker til fylkesmannen endret seg etter samhandlingsreformen**

Siste store helsereformen i Norge trådte kraft i 2012, samhandlingsreformen, handler om samarbeid mellom sykehus og pasientens hjemkommune. Ideene om samarbeid er gamle, men denne reformen er i tillegg basert på økonomi, effektivitet og riktig bruk av penger. Hovedmålet med reformen er å få pasienten ut fra sykehus og raskest mulig tilbake til hjemkommunen. Målet er å redusere kostnadsveksten i sykehusene. Kommunen må nå stå klar med tilbud om etterbehandling, rehabilitering og oppfølging. Hovedutfordringene med reformen, slik som den er beskrevet, er å sikre framtidige helse- og omsorgstjenester som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester og hensyn til de store samfunnsøkonomiske utfordringene. I meldingen om reformen understekes det at ansvaret for den forventende behovsveksten i for den samlede helsetjeneste i størst grad ligger hos kommunene. Kommunene må sørge for helhetlig tenkning med forebygging, øyeblikkelig hjelp, tidlig intervensjon og diagnostikk i tillegg til behandling og oppfølging. (Nyseter 2015)

Tiden mellom lansering av samhandlingsreformen til den ble vedtatt var relativt kort, det var heller ikke mye diskusjon om reformen. I etterkant har det kommet en del kritikk om reformen. Første kritikk gjaldt konsekvensene for at kommunene ble gjort økonomisk ansvarlige for utskrivningsklare pasienter. Hensikten med en slik betalingsplikt var ikke å straffe kommunene, men å etablere riktigere incitament for kommunene. Problemet med dette kan lett oppstå hvis kommunen av økonomisk grunner føler seg tvunget å ta imot pasienten uten å ha etablert tilfredsstillende tilbud. Det har også vært kritikk mot selve organisasjonsformen som er tilsvarende en reform som Storbritannia hadde på slutten av 1990-tallet, «Health Action Zones» (HAZ). Reformen ble avvirket allerede i 2003 pga. sterke kostnadsøkninger, ansvarskonflikter og politiske styringsproblemer. Samhandlingsreformen er også blitt kritisert for at hovedprinsippet for norsk forvaltning har vært ansvarsprinsippet, som innebærer at den som har ansvaret for en oppgave har også ansvaret for administrasjon og økonomi. Dette gjelder ikke fastlegeordningen og allmennlegetjenesten som er kommunalt ansvar i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, men finansieres bare ca. 20-30 % av kommunene. I tillegg kommer pasientenes egen andel og statens bidrag med trygdemidler til refusjon til legen. Men dette gjelder bare den kurative virksomheten, andre deler av allmennlegetjenesten finansieres av kommunene. Dermed blir ikke forebyggende arbeid

prioritert økonomisk, sykehjems virksomhet blir rammet og legens inntekter er avhengige av antall pasienter på listen. Samhandlingsreformen forutsetter å nå målet om 2000 nye leger, men nyetablerte leger er avhengige av pasienter fra etablerte leger som da få redusert inntekt.(Nyseter 2015)

Samhandlingsreformen har flyttet ansvaret fra sykehusene til kommunene. Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og sosialtjenester til alle innbyggere som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer, i tillegg til ansvar for å føre tilsyn og kontroll. Fylkesmannen er statens representant i fylkene, og har ansvar for at vedtak, mål, retningslinjer fra Stortinget og Regjeringen følges opp. Fylkesmennene følger med og bidrar til at gjeldene regler og statlige føringer blir fulgt opp i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Fylkesmannen skal følge opp samhandlingsreformen. Fylkesmannen skal bidra til at pasientrettigheter, pasientsikkerhet, forsvarlighet i tjenestene og trygg pasientforløp blir ivaretatt. På mange områder er det kommunene som yter disse tjenestene, og Fylkesmannen er en rettsikkerhetsinstans gjennom tilsyns- og kontrollarbeid. En del av oppdraget til Fylkesmannen er å behandle klager på kommunale vedtak. Samhandlingsreformen er forankret i to lover helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven. Samtidig med samhandlingsreformen ble hjemlingen av omsorgstjenestene flyttet fra den gamle sosialtjenesteloven over til helse, som fra da ble helse og omsorg.

Statistikk fra gammelt og nytt lovverk er vanskelig å hente fram og gjøre sammenlignbart, derfor er materialet for kommunene avgrenset til årene fra 2012 til 2015, men antall av behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen for hele fylket vises også til årene fra 2010 og 2011.

Fylke	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Vest-Agder	9	15	14	14	15	10

**Tabell 6.1. Antall behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen, nødvendig helsehjelp, etter Pasientrettighetsloven § 2.1.a.**

Fylke	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Vest-Agder	50	51	52	65	60	45

**Tabell 6.2. Antall behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen, helse/omsorg for øvrig, etter Helse- og omsorgstjenesteloven.**

Tabellene over viser totalt antall klagesaker for hele Vest-Agder. De er oppdelt etter hvilket lovverk de er behandlet etter. Det er ingen vesentlig endring i klager behandlet etter pasientrettighetsloven før og etter innføringen av samhandlingsreformen (tabell 6.1). For klager etter sosialtjenesteloven (2010-2011) og helse- og omsorgstjenesteloven (2012-2015) ser man en liten økning i klager i 2013 og 2014. Antall klagesaker i 2015 er nede på samme nivå som før innføringen av samhandlingsreformen. Dette kan ha en sammenheng med samhandlingsreformen. Man kan tenke seg at kommunenes behov for omstillinger i forhold til kortere liggetid på sykehus og utskrivning av sykere pasienter har medvirket til denne økningen. Kommunene har i denne perioden hatt behov for økt kapasitet og kompetanse for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Det visers til Riksrevisjonens undersøkelse fra 2016.

### **6.1. I hvilken grad har utfall av klagesaker endret seg før og etter samhandlingsreformen?**

Utfall/år	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Stadfestet	2	9	14	17	10	13
Endret helt eller delvis	5	4	1	2	4	4
opphevet	2	2	4	2	7	5
% stadfestet	22,2 %	60,0 %	73,7 %	81,0 %	47,6 %	59,1 %
% endret helt eller delvis	55,6 %	26,7 %	5,3 %	9,5 %	19,0 %	18,2 %
% opphevet	22, 2 %	13,3 %	21,1 %	9,5 %	33,3 %	22,7 %

**Tabell 6.3. Utfall av vurderte bestemmelser, nødvendig helsehjelp, etter Pasientrettighetsloven § 2.1.a. Fylkesmannen i Vest-Agder**

Tabellen over viser utfall av rettighetsklager etter pasientrettighetsloven, rett til nødvendig helsehjelp. Her ser vi at tallene varierer fra år til år. Man kan ikke finne trender som gir grunnlag for å si om samhandlingsreformen har hatt innvirkning eller ikke.

Utfall/år	2012	2013	2014	2015
Stadfestet	33	38	44	35
Endret helt eller delvis	13	13	10	11
opphevet	7	21	11	6
% stadfestet	62,3 %	52,8 %	67,7 %	67,3 %
% endret helt eller delvis	24,5 %	17,6 %	15,4 %	21,2 %
% opphevet	13,2 %	28,4 %	16,9 %	11,4 %

**Tabell 6.4. Utfall av vurderte bestemmelser, helse/omsorg for øvrig, etter Helse- og omsorgstjenesteloven. Fylkesmannen i Vest-Agder.**

For rettighetsklager etter Helse og omsorgstjenesteloven ser man en liten økning i antall opphevede vedtak i 2013, året etter innføringen av samhandlingsreformen. Dette kan ha sammenheng med at forventningene til kommunale tjenester har økt og at kommunene ikke helt har klart å omstille sine tjenester raskt nok. De omfattende lovendringene i 2012 kan også ha virket inn på disse tallene. For 2014 og 2015 ser man en vesentlig bedring og tallene er på nivå med 2012

Undersøkelsen viser små endringer i antall klagesaker før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Tallene er så små at det er mulig at disse skyldes normale variasjoner år for år. For rettighetsklager etter pasientrettighetsloven er det ingen vesentlig forskjell. Man kan se en liten økning i antall opphevede vedtak i 2013 for rettighetsklager etter Helse og omsorgstjenesteloven. Både lovendringer i 2012 og at forventningene til kommunale tjenester har økt samtidig som et stort omstillingsbehov i kommunene kan være medvirkende til denne økningen. For 2014 og 2015 ser man en vesentlig bedring og tallene er på nivå med 2012. Således er det ingen store endringer i antall klagesaker.

## 7. I hvilken grad har variasjon i klagesaker sammenheng med valg av organisasjons form knyttet til tildeling av helse- og omsorgstjenester?

I kapittel seks har jeg skrevet om at undersøkelsen viser små endringer i antall klagesaker før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Tallene er så små at det er mulig at disse kan skyldes normale variasjoner år for år. En viktig målsetting for samhandlingsreformen er at det fremdeles skal tilbys faglige gode tjenester til tross for den sterke økningen i antall eldre. Rett fokus mot tildeling av tjenester i helse- og omsorg og tildelingsvedtak har stor betydning for hvordan den enkelte blir ivaretatt i en helse- og omsorg. Bestiller-utfører-modellen har fått en sentral plass i organisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene. Flere kommuner har etablert en egen bestiller enhet i Norge. Bestiller enheten besitter myndighetsutøvelsen i tildelingsprosessen, vurderer behov, fatter vedtak og bestiller tjenester i kommunen. Tildelingsenheten har også plikt til å evaluere enkeltvedtak og som oftest ivaretar kontakten mellom sykehus og kommunen. Tjenestestedene har de utførende oppgaver. (Kassah m.fl.2014)

Syv av femten kommuner I Vest-Agder har opprettet egne enheter for vurdering av behov for og tildeling av helse- og omsorgstjenester og bruker bestiller-utfører-modellen i sin forvaltning. Fire av de mindre kommunene har fortsatt en «tradisjonell» forvaltning hvor vedtakene fattes ute i enhetene. Fire kommuner har en mellomløsning med koordinerende team eller støtteenhet med saksbehandlere som ikke fatter vedtak.

Kommune folketall	2012	2013	2014	2015	Hvordan har kommunen organisert forvaltning
Kristiansand 88 447	7	2	5	3	BUM 2001
Søgne 11 260	0	0	1	2	BUM
Vennesla 14 308	1	2	0	0	BUM 2012
Songdalen 6 419	0	0	0	1	Tradisjonell
Mandal 15 529	1	5	4	1	BUM 2013



Lindesnes 4 943	0	0	0	0	BUM 1998
Marnardal 2 290	1	2	0	0	Tradisjonell
Audnedal 1 705	0	0	1	0	Tradisjonell
Åseral 942	0	0	0	0	Tradisjonell
Lyngdal 8 497	1	1	0	0	Annen org.
Farsund 9 705	1	0	0	0	BUM 2009
Flekkefjord 9 096	0	1	2	1	BUM 2012
Kvinesdal 5 981	1	1	3	2	BUM 2014
Sirdal 1 832	1	0	0	0	Tradisjonell
Hægebostad 1 702	0	0	0	0	Annen org.
Sum alle kommuner i Vest-Agder 182 656	14	14	15	10	

**Tabell 7.1. Antall behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen, nødvendig helsehjelp, Pasientrettighetsloven § 2-1a**

Tabellen over viser ingen sikker endring i antall klagesaker etter pasientrettighetsloven etter innføringen av samhandlingsreformen. Tallene er så små at man ikke kan si noe sikkert om kommunenes valg av organisasjonsform i forvaltningen utgjør noen forskjell i forhold til antall klagesaker.

Pasientene og brukere har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen etter Pasientrettighetsloven § 2-1a. Rettskrav på nødvendig hjelp med forsvarlig standard, basert på en individuell helse- og sosialfaglig behovsvurdering. Hva som ligger i kravet «nødvendig» må sees i sammenheng med kravet til forsvarlige tjenester, hvilket betyr at tjenesten må holde tilfredsstillende kvalitet, samt ytes i tida og i tilstrekkelig omfang. Forsvarlighetskravet er grunnleggende i helseovgivingen og favner bredt. Plikten for kommunen til å sørge for forsvarlige helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1. Omfanget og nivået på tjenesten må dimensjoneres ut fra en individuell konkret vurdering av den enkeltes behov og tilpasse et forsvarlig tjenestetilbud. I tabell 7.1. viser til antall behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen, nødvendig helsehjelp, Pasientrettighetsloven §

2-1. Men tjenestetilbud gjelder ikke bare nødvendig helsehjelp. La oss se på også antall behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen, helse/omsorg for øvrig, etter Helse- og omsorgstjenesteloven. (Prop. 99L)

Kommune folketall	2012	2013	2014	2015	Hvordan har kommunen organisert forvaltning
Kristiansand 88 447	21	25	21	22	BUM 2001
Søgne 11 260	8	7	6	8	BUM
Vennesla 14 308	5	4	2	2	BUM 2012
Songdalen 6 419	1	3	3	0	Tradisjonell
Mandal 15 529	4	10	9	5	BUM 2013
Lindesnes 4 943	2	2	1	0	BUM 1998
Marnardal 2 290	1	1	0	1	Tradisjonell
Audnedal 1 705	0	0	1	0	Tradisjonell
Åseral 942	0	0	0	0	Tradisjonell
Lyngdal 8 497	2	3	7	1	Annen org.
Farsund 9 705	6	5	3	2	BUM 2009
Flekkefjord 9 096	2	2	2	2	BUM 2012
Kvinesdal 5 981	0	3	5	1	BUM 2014
Sirdal 1 832	0	0	0	0	Tradisjonell
Hægebostad 1 702	0	0	0	1	Annen org.
Sum kommuner i Vest-Agder 182 656	52	65	60	45	

**Tabell 7.2. Antall behandlede rettighetsklager til Fylkesmannen, helse/omsorg for øvrig, Helse- og omsorgstjenesteloven**

Tabellen over viser tall fra 2012-2015 etter innføringen av samhandlingsreformen for saker behandlet etter helse- og omsorgstjenesteloven. Tallene år for år blir så små at det blir

vanskelig å konkludere når man ser på utfall av saker kommunevis. Man kan heller ikke her konkludere med at organisasjonsformen i forvaltningen utgjør noen forskjell.

Flere større norske kommuner (over 10 000 innbyggere) har opprettet egne enheter for vurdering av behov for tildeling av helse- og omsorgstjenester, slik er det også i Vest-Agder. Syv av femten kommuner i Vest-Agder har innført bestiller-utfører-modellen, Lindesnes var første kommune som innførte modellen i sin forvaltning allerede i 1998 og Kvinesdal var siste som innførte modellen i 2014. Bestiller-utfører-modellen har klar organisatorisk og formelt skille mellom forvaltning og tjenestested. Fire av de femten kommunene i Vest-Agder har fortsatt beholdt tradisjonell forvaltning, saksbehandlere i hver enhet vurderer behovene for sine egne brukere og tildeler tjenester. Fire kommuner i Vest-Agder har valgt å organisere saksbehandlere i en støtteenhet for driftsenhetene men uten myndighet til å gjøre vedtak.

Hovedargumenter for bestiller-utfører-modellen ved profesjonalisering av saksbehandling var å øke kvaliteten på tjenestene, styrke rettsikkerheten til brukerne, gi bedre økonomisk styring og kontroll i tillegg til mer kostnadseffektiv drift. I 2012 kom rapport «Bedre måling av kvalitet i kommunene» fra Senter for økonomisk forskning i Trondheim, dette var oppdrag fra KS. I rapporten foreslås det mer enn 100 nye indikatorer for å måle produkt- og resultat-kvalitet i offentlig sektor, men oppstår bedre kvalitet som resultat av insentiver eller et utall kvalitetsindikatorer. Nyseter (2015) skriver at dette som undervurdering av det avgjørende relasjonsarbeidet mellom tjenesteutøver og mottaker. Her kan det oppstå ideologisk avstand mellom politiske og administrative beslutningstakere og utøvede tjenestestedene. Kontroll og rapportering blir viktigere enn samarbeid, kommunikasjon og kompetanse. Nyseter (2015) skriver videre at det interessante ved dette er at det er økonomiske fagmiljøer som lager kvalitetsindikatorer og ikke de som har fagkompetansen. Det naturlige hadde vært at kliniske forskermiljøene burde få oppgaven med å definere kvalitet, ikke samfunnsvitere og økonomer, fagkompetanse og kvalitet er to sider av samme sak.

De få evalueringene som er gjort av bestiller-utfører-modellen i Norge viser lite til at bestiller-utfører-modellen har ført til bedre kvalitet av tjenestene. Deloitte (2012) sin rapport trekker heller fram at en av de hyppigste svakheter som informantene oppga er at fokus på økonomi overstyrte brukerens behov og hensynet til kvaliteten. Rapporten viste heller ikke om brukerne var mer fornøyd eller ikke. Rapporten fra Klæbu kommune (2011) konkluderte at det ble oppnådd bedre kvalitet, bedre samordning, god dialog og utvikling av tverrfaglig

kompetanse med etablering av tjenestetteam, men det var usikkert om kommunen hadde reelt sett innført bestiller-utfører organisering.

Et av hovedargumentene for å innføre bestiller-utfører-modellen ha vært for å styrke rettsikkerheten til brukerne. Informantene ved rapporten fra Deloitte (2012) trekker fram at styrker ved bestiller-utfører-modellen er bedre rettsikkerhet for brukerne og mer rettferdig tjenestedeling. Samtidig kommer det fram fra informantene at svakhetene ved modellen er større avstand mellom saksbehandler og brukeren, og at systemet er mer rigid og mindre fleksibel, bestiller er avhengig av tjenestestedene observasjoner og vurdering.

Kommune folketall	Totalt antall klagesaker 2012-2015	Klagesaker pr 1000 innb. 2012-2015	Totalt antall vedtak Stadfestet	Totalt antall vedtak omgjort eller opphevet	Omgjorte eller opphevede vedtak pr 1000 innbygger	Omgjorte eller opphevede vedtak i % av klagesaker	Organisering av forvaltningen
Kristiansand 88 447	106	1,20	68	38	0,43	35,8 %	BUM 2001
Søgne 11 260	32	2,83	21	11	0,97	34,4 %	Annen org
Vennesla 14 308	16	1,12	11	5	0,34	31,3 %	BUM 2012
Songdalen 6 419	8	1,25	5	3	0,46	37,5 %	Trad
Mandal 15 529	39	2,53	28	11	0,71	28,2 %	BUM 2013
Lindesnes 4 943	5	1,02	1	4	0,82	80,0 %	BUM 1998
Marnardal 2 290	6	2,61	5	1	0,43	16,7 %	Trad
Audnedal 1 705	1	0,59	1	0	0	0 %	Trad
Åseral 942	0	0	0	0	0	-	Trad
Lyngdal 8 497	15	1,76	13	2	0,23	13,3 %	Annen org
Farsund 9 705	17	1,75	9	8	0,82	47,1 %	BUM 2009
Flekkefjord 9 096	12	1,31	10	2	0,21	16,7 %	BUM 2012
Kvinesdal 5 981	16	2,67	7	9	1,5	56,3 %	BUM 2014
Sirdal 1 832	1	0,59	1	0	0	0 %	Trad
Hægebostad 1 702	1	0,59	1	0	0	0 %	Annen org
Sum kommuner i Vest-Agder 182 656	275	1,51	181	94	0,51	34,2 %	

### **Tabell 7.3. Utfall av klagesaker i perioden 2012 – 2015 i forhold til innbyggertall og organiserende prinsipp i forvaltningen**

Tabell 7.3. viser totalt antall behandlede saker, etter begge lovverk, i kommunene i tidsrommet 2012-2015. Den viser også antall saker pr. 1000 innbyggere i perioden og utfall prosentvis. For hele Vest-Agder er det 1,51 klagesaker pr. 1000 innbyggere. Av tabellen ser vi et lavt antall klagesaker for alle kommunene med mindre enn 2000 innbyggere. Ingen av disse kommunene har over 1 sak pr 1000 innbygger. Disse kommunene har heller ikke innført bestiller-utfører-modellen. Ingen av disse kommunene har fått opphevet vedtak etter klage til fylkesmannen i denne perioden.

Kristiansand kommune kommer godt ut med 1,20 klagesaker pr. 1000 innbyggere totalt sett. Dette ligger under gjennomsnittet for fylket. Av disse klagen ble 35,5 % omgjort eller opphevet av fylkesmannen. Dette er tilsvarende gjennomsnittet i fylket.

Kommunene Søgne, Mandal, Marnardal, Kvinesdal, Farsund og Lyngdal ligger over gjennomsnittet i fylket når det gjelder totalt antall klagesaker. Alle disse kommunene unntatt Søgne og Marnardal har organisert sin forvaltning i helse og omsorg etter bestiller-utfører-modell. Det er stor variasjon i prosentandel av saker som er opphevet eller omgjort av fylkesmannen, noe som kan tyde på forskjeller i lovforklaring i de forskjellige forvaltningsenhetene. Lindesnes, Farsund og Kvinesdal gjør seg bemerket med å ligge tydelig over fylkesgjennomsnittet når det gjelder antall opphevede eller endrede vedtak etter klagebehandling.

Det er ingenting som tyder på at innføringen av bestiller-utfører-modellen bedrer kommunenes forvaltningspraksis. De minste kommunene har nesten ingen klagesaker. Dette kan tyde på at innbyggerne får de tjenestene de har krav på, men det er så små tall at det ikke er mulig å kunne konkludere med sikkerhet. Fylkets største kommune kommer godt ut. Den ligger godt under gjennomsnittet i totalt antall klager og på gjennomsnittet i opphevede og endrete vedtak etter klagebehandling. De mellomstore kommunene kommer i denne undersøkelsen dårligst ut og det er stor variasjon. Det kan tenkes at innføringen av bestiller-utfører-modellen krever en større grad av profesjonalisering enn det de mellomstore kommunene klarer. Videre er det forskjellige varianter av bestiller-utfører-modellen. Kristiansand kommune er den kommunen som har gått lengst i å innføre bestiller-utfører-modellen slik den er beskrevet i teorien. Her følger pengene med pasienten ut til de ulike

tjenestestedene. De andre kommunene har innført en modell med klar skille mellom bestiller som fatter vedtak og utfører, tjenestestedene, men mye tyder på at organiseringen kan sammenlignes med det som beskrives i rapporten fra Klæbu kommune fra 2011. Man kunne spørre om Klæbu kommune hadde reelt sett innført bestiller-utfører organisering. Eller om tjenestetteamet som var innført kunne like gjerne sees som samarbeidsorgan som hadde oppgave i fellesskap å saksbehandle og fatte enkelt vedtak.

## **8. I hvilke grad har de kommunene som har en bestiller-utfører-modell et positivt syn på effekten av modellen?**

Bak innføring av bestiller-utfører-modellen ligger flere motiver. Det har blitt hevdet at offentlig sektor er preget av ineffektivitet, byråkrati, høye kostnader, dårlig kvalitet og manglende effektivitet. Bestiller-utfører-modellen skal øke effektivitet og gi ressursbesparelse, og man ønsker også å redusere den profesjonelle kontrollen og få individuelt tilpassende tjenester. Videre søkes det å utvikle et tydelig innhold og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Vektlegging av effektivitet kan ha sammenheng med ressursmangel i omsorgstjenestene i kommunene, noe som kan føre til dårligere kvalitet. (Kassah m.fl.2014)

Rapporten fra Deloitte (2012) hadde som bakgrunn et ønske om å evaluere bestiller-utfører-modellen i forhold til spørsmål om modellen er kostnadsdrivende, effektivitetsfremmende, og om modellen har ført til bedre behovsdekning og bedre forvaltning av ressursene. I tillegg var det også ønske om å evaluere hvordan modellen hadde påvirket tjenesteytingen i de byene som var med i undersøkelsen. Rapporten som er kostnadsorientert viser at bestiller-utfører-modellen har både effektivitets- og kostnadsfremmende elementer, men gir ingen vurdering sammenlignet med tradisjonell forvaltning. Rapporten viser heller ikke om brukeren er mer fornøyd med bestiller-utfører-modellen, men oppsummerer at bestillere er mere fornøyd enn utførere.

I denne studien har jeg kartlagt hvordan kommunene i Vest-Agder har organisert forvaltningen i helse- og omsorgssektoren. Det ble sendt spørreundersøkelse til alle kommuner i Vest-Agder. 14 av 15 kommuner svarte på undersøkelsen. I spørreskjemaet (vedlegg1) ble det spurt om hvordan kommunen hadde organisert sin forvaltningspraksis i helse og omsorg. Hvis kommunen brukte bestiller-utfører-modellen ble det spurt om hvilke år ble dette innført. Alle kommuner fikk også spørsmål om hva slags utdanning de som arbeidet i forvaltningen hadde. De kommunene som hadde innført såkalt bestiller-utfører-modell ble bedt om å vurdere i hvilken grad modellen hadde ført til:

- Bedre utnyttelse av totale ressurser
- Bedre tildelingspraksis
- Kvalitetsløft for brukerne

- Rettferdig fordeling av tjenestene
- Bedre politisk styring

Svaralternativene var fra 1 (i liten grad), 2 (i noen grad), 3 (i middels grad), 4 (i ganske stor grad) til 5 (i stor grad).

I tillegg kunne kommunene gi ytterligere kommentarer til disse spørsmålene.

### Resultater fra kommunene som har innført bestiller-utfører-modellen i Vest-Agder

I avsnittene under vil jeg gå inn på hva kommunene har svart på de enkelte spørsmålene i undersøkelsen.

	1 i liten grad	2	3	4	5 i stor grad
Bedre utnyttelse av totale ressurser			1	2	4
Bedre tildelingspraksis				2	5
Kvalitetsløft for brukerne			2	2	3
Rettferdig tildeling av tjenester				3	4
Bedre politisk styring		2	2	1	2

**Tabell 8.1. I hvilke grad vurderer de kommunene som har innført bestiller-utfører-modellen at det har ført til bedre tjenester. Totale score sett i forhold til de enkelte spørsmål besvart av aktuelle kommuner.**

#### Kristiansand kommune

Informanten fra kommunen vurderer selv at bestiller-utfører-modellen har i stor grad ført til bedre utnyttelse av totale ressurser, bedre tildelingspraksis, kvalitetsløft for brukerne, rettferdig fordeling av tjenestene og bedre politisk styring. Kommunen scorer selv 5 (i stor grad) på alle spørsmålene i undersøkelsen. Informanten fra kommunen har utfylt med kommentar om bestiller-utfører-modellen at: *«bestiller-utfører modellen er sett ut fra mitt ståsted en optimal måte å organisere tjenestedelingen på. Men den krever en høy grad av lojalitet begge veier, både fra bestiller og utfører. Det oppnår en ved hjelp av mye god dialog, gode samarbeidsarenaer og felles visjon om at «Sammen tar vi ansvar»».*



### **Vennesla kommune**

Kommunen vurderer selv at modellen i stor grad (5) har ført til bedre utnyttelse av totale ressurser, bedre tildelingspraksis, rettførdig fordeling av tjenestene og bedre politisk styring. Videre mener kommunen at modellen i ganske stor grad (4) har ført til kvalitetsløft for brukerne. Informanten fra kommunen kommenterer at: *«Vi har ikke tatt bestiller-utfører prinsippet helt ut. Enhetsleder må fortsatt godkjenne vedtaket som er fattet av saksbehandlerteamet, da økonomien ligger fast ute på enhetene (penger følger ikke vedtak)».*

### **Mandal kommune**

Kommunen vurderer selv at bestiller-utfører-modellen bare i middels grad (3) har ført til bedre utnyttelse av totale ressurser, kvalitetsløft for brukere og bedre politisk styring. Men kommunen vurderer selv at modellen i ganske stor grad (4) har ført bedre tildelingspraksis og mer rettførdig fordeling av tjenestene.

### **Lindesnes kommune**

Kommunen vurderer selv at bestiller-utfører-modellen i stor grad (5) har ført til bedre tildelingspraksis og rettførdig fordeling av tjenestene. Kommunen svarer at modellen i ganske stor grad (4) har ført til bedre utnyttelse av totale ressurser og kvalitetsløft for brukerne. Når det gjelder om bestiller-utfører-modellen har ført til bedre politisk styring har kommunen scoret 2 (i noen grad). I tillegg har informanten i kommunen kommentert at: *«Bedre rettsikkerhet for brukerne. Bedre oversikt/statistikker. Mindre belastning på utøvende ledd. Enklere for samarbeidsparter. Kan føre til mer byråkrati i noen tilfeller».*

### **Farsund kommune**

Kommunen har selv vurdert at bestiller-utfører-modellen i stor grad (5) har ført til bedre utnyttelse av totale ressurser, bedre tildelingspraksis, kvalitetsløft for brukerne og rettførdig fordeling av tjenestene. Når det gjelder om modellen har ført til bedre politisk styring scorer kommunen selv i ganske stor grad (4).

### **Flekkefjord kommune**

Kommunen vurderer selv at bestiller-utfører-modellen har ført til ganske stor grad (4) av utnyttelse av totale ressurser, bedre tildelingspraksis, kvalitetsløft for brukerne og mer

rettferdig fordeling av tjenestene. Men at modellen kun i noen grad (2) har ført til bedre politisk styring.

### **Kvinesdal kommune**

Kommunen vurderer selv at bestiller-utfører-modellen i stor grad (5) har ført til bedre utnyttelse av totale ressurser, bedre tildelingspraksis og kvalitetsløft til brukerne. Informanten vurderer at modellen også i ganske stor grad (4) har ført til mer rettferdig fordeling av tjenestene, men kun i middels grad (3) til bedre politisk styring.

For å oppsummere resultatene fra min studie og sammenligne mot resultatene fra Deloitte (2012), kan det konkluderes i følgende punkter.

### **Utnyttelse av totale ressurser:**

Fire av syv kommuner i Vest-Agder vurderer at bestiller-utfører-modellen har i stort grad ført til bedre utnyttelse av totale ressurser i helse- og omsorgstjenestene i kommunen. To kommuner mener at bestiller-utfører-modellen i ganske stor grad har ført til bedre utnyttelse av totale ressurser, og en kommune mener at modellen har ikke hatt så stor betydning av ressursbruk.

For å sammenligne med Deloitte (2012) sin rapport der informantene også trekker fram at styrker ved modellen er at det øker bedre utnyttelse av ressurser. Informantene sier videre at modellen gir bedre samsvar mellom økonomiske rammer, vedtak og ressurser. Men dette gir ikke samsvar med at informantene trekker fram svakhetene ved modellen er at den øker dobbelt arbeid og byråkrati, ansvar fratas fra tjenestestedene, fagpersonene som kjenner brukeren best.

### **Tildelingspraksis:**

Fem av syv kommuner i Vest-Agder mener at bestiller-utfører-modellen har ført i stor grad bedre tildelingspraksis. To kommuner mener at modellen har i ganske stor grad ført til bedre tildelingspraksis.

Dette samsvarer med Deloitte (2012) sin rapport at modellen har økt profesjonalitet i saksbehandling, og at det er bedre oversikt over total behov for tjenestene og samlet

tjenestetilbud. Informantene trekker fram at det finnes nå en viktig skille mellom saksbehandling og drift, ikke minst ved klagebehandling.

### **Kvalitetsløft for brukerne:**

Variasjon mellom kommunenes vurdering om bestiller-utfører-modellen har gitt kvalitetsløft for brukerne er større en tidligere. Tre av kommunene mener at modellen har i stort grad ført til kvalitetsløft for brukerne. To kommuner mener at modellen har ført i ganske stor grad og to kommuner mener at modellen har i mindre grad ført til kvalitetsløft til brukerne.

Kommunenes egne vurderinger samsvarer ikke med Deloitte (2012) sin rapport hvor informantene trekker fram at modellens svakheter er økt fokus på økonomi, istedenfor brukerens behov eller hensynet til kvaliteten. Informantene mener også at modellen gir større avstand til brukeren, og at systemet er rigid og mindre fleksibel ved endringer, også at fagpersonene, de som kjenner brukeren best er fratatt myndighet ved avgjørelsen av tjenester.

### **Rettferdig tildeling av tjenester:**

Fire av syv kommuner mener at modellen i stor grad har ført til mer rettferdig tildeling av tjenester til brukerne. Tre kommuner mener at modellen i ganske stor grad har ført til mer rettferdige tjenester.

Kommunens vurdering samsvarer med Deloitte (2012) sin rapport. Informantene mener også her at styrker ved modellen er bedre rettsikkerhet for brukerne, mer rettferdig tjenestedeling, nøytral vurdering av behovet og likhet ved tildeling av tjenestene. Videre beskriver informantene at modellens styrker er større åpenhet om hvilke tjenester som tildeles, og hva som utføres, det er bedre kvalitetssikring at vedtaket er riktig, og at brukeren får de tjenester de har krav på. Men her er bestiller helt avhengig av tjenestestedenes, observasjoner og vurderinger.

### **Politisk styring**

Om modellen har gitt bedre politisk styring til kommunene er det enda mer variasjon med kommunenes egne vurderinger. To kommuner mener at modellen i stor grad har ført til bedre politisk styring, mens en kommune mener i ganske stor grad. Det er også to kommuner som mener at modellen ikke har hatt så stor betydning for bedre politisk styring og to kommuner mener at modellen i mindre grad har ført til bedre politisk styring. Deloitte har ikke undersøkt

dette spørsmålet, og det finnes ikke noe annen dokumentasjon heller at modellen gir bedre politisk styring i kommunene.

Kommunene er generelt sett positive til effekten av bestiller-utfører-modellen. Dette gjelder spesielt ressursutnyttelse, tildelingspraksis og rettferdig tildeling av tjenester. Det er ikke noe i denne undersøkelsen som bekrefter kommunenes syn på egen praksis. Det er ingen forskjell i antall klagesaker pr. 1000 innbyggere som kan forklares ut fra organiseringen, snarere kan det virke som om små kommuner med tradisjonell eller annen organisering kommer bedre ut.

## **9. Oppsummering og refleksjon rundt implikasjon av funnene mine**

Utgangspunkt for mine forskningsspørsmål er at antall eldre personer over 80 år vil øke betydelig i årene framover. Helse- og omsorgstjenestene i Norge står overfor store utfordringer, noe som gjenspeiles i offentlig helse- og omsorgspolitik.

Samhandlingsreformen i 2012 har blitt omtalt som den viktigste helsereformen i nyere tid. En av målsettingene med samhandlingsreformen og regjeringens innovasjons strategi i 2013 (Kommunal- og regionaldepartementet) var at det fremdeles skal tilbys faglige gode og helhetlige tjenester til tross for en kraftig økning av antall eldre. Mange offentlig etater har blitt organisert etter styringsmetoder fra næringslivet, New Public Management (NPM), i de siste tjue årene og det er innført bestiller-utfører-modell i flere kommuner. Hovedmålet med bestiller-utfører-modellen er et klarere skille mellom forvaltning og produksjon av tjenesten for å øke både effektivitet og ressursbesparelse, men samtidig tilby rettferdighet og likhet i helse- og omsorgstjenester for innbyggere.

I denne studien hadde jeg følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan har kommunen organisert sin forvaltningspraksis i tildeling av helse- og omsorgstjenester i Vest-Agder?
2. Har antall klagesaker til fylkesmannen endret seg etter samhandlingsreformen?
3. I hvilken grad har variasjon i klagesaker sammenheng med valg av organisasjons form knyttet til tildeling av helse- og omsorgstjenester?
4. I hvilken grad har kommunene som har innført bestiller-utfører-modell et positivt syn på effekten av modellen?

Studien kartla via et spørreskjema hvordan kommunene i Vest-Agder har organisert sin forvaltningspraksis innenfor helse- og omsorgssektoren. Videre har jeg sett på sekundærdata i form av antall rettighetsklager, etter Pasient- og brukerrettighetsloven og Helse- og omsorgsloven, til Fylkesmannen i Vest-Agder før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Jeg har sammenlignet antall og utfall av klager ved kommunene som har innført bestiller-utfører-modellen med kommunene som har organisert sin forvaltning tradisjonelt eller har annen type organisering. I tillegg har jeg sett i hvilke grad har kommunene som har innført bestiller-utfører-modell positivt syn av effekter av modellen.

Studien av klagesaker avgjort av fylkesmannen viser ingen betydelig endring før og etter innføringen av samhandlingsreformen bortsett fra en liten økning i antall opphevede vedtak i 2013 for rettighetsklager etter Helse og omsorgstjenesteloven. Dette var året etter innføringen av samhandlingsreformen. Klagesaker sett i lys av forvaltningens organisering gir ingen holdepunkter for å konkludere med at bestiller-utfører-modellen gir riktigere vedtak om tjenester enn annen organisering. Tvert om ser man at de små kommunene med annen organisering har mindre antall klagesaker i forhold til folketall enn de øvrige og at vedtakene stort sett blir stadfestet. Imidlertid gjelder dette så få saker at man ikke med sikkerhet kan konkludere. Her kreves det større undersøkelser. Kommunene på sin side er i hovedsak godt fornøyd med bestiller-utfører-modellen, og selv om denne studien ikke viser store forskjeller så kan det være andre faktorer som har betydning for de enkelte kommunene. Likevel kan det være vanskelig å forstå at så mange kommuner velger å gå over til bestiller-utfører-modellen, når det ikke er entydige fordeler med organiseringen.

Når vi ser på KOSTRA-tallene i tabell 2.1 er det tydelig overvekt av kommuner med bestiller-utfører-modell som har fått økte kostnader i pleie- og omsorgstjenestene fra 2010-2015. Kun Vennesla og til dels Mandal kan forklare kostnadsveksten med økt antall tjenestemottakere. Bestiller-utfører-modellen ser således heller ikke ut til å ha positiv effekt på kommunenes økonomi. Dette er også i tråd med erfaringer som er gjort i Storbritannia og spesielt Skottland. Man kan da undre seg hvorfor kommunene er så selvtilfredse og hvorfor organisering etter denne modellen er så populær. Kan kommunenes svar på undersøkelsen forklares med Hawthorneeffekten. De fleste kommunene som har svart på undersøkelsen later til å ha stor tro på egen organisering og viser dette tydelig i sin besvarelse. Dette gjenspeiles for eksempel ikke i kommunenes egne KOSTRA-tall.

I Norge har modellen vært brukt i relativt kort tid. Den er direkte avledet av New Public Management teorien. Det kan være interessant å se effekten av denne organiseringen over lengere tid og i større studier, men erfaringene fra andre land gir ikke stor grunn for optimisme på organisasjonsformens vegne.

Det har vært vanskelig å få anvendbare data fra Fylkesmannen. Dette har vanskeliggjort denne studien. Tallmaterialet fra 2010 og 2011 er kun totalverdier for hele fylket og det blir derfor noe ufullstendig for og med sikkerhet kunne si noe om endringer før og etter

innføringen av samhandlingsreformen. Videre er antallet klagesaker til behandling relativt lavt, spesielt for de små kommunene. Det kreves større undersøkelser for å kunne konkludere med sikkerhet.

Et annet aspekt er at det sannsynligvis finnes store mørketall av brukere som ikke får tilgang til de tjenestene de har behov for eller krav på. Det er flere årsaker til dette. Mange brukere er ikke klar over sin klageadgang eller har ikke ressurser til å utforme en slik klage. Videre er noen redde for å miste tjenester de allerede har hvis de setter i gang en klageprosess.

Pleiepersonalet på tjenestestedene, pårørende og fastlegene forteller om manglende skriftlighet i forvaltningen, muntlige avtaler og avslag bidrar også til at brukere ikke får normal klageadgang. Ofte blir brukere frarådet å søke en bestemt tjeneste eller avstår fra å søke fordi saksbehandlere forteller at dette kommer ikke til å bli innvilget. Man hører stadig om slike forhold, men det lar seg dårlig etterprøve. Dette utgjør brudd på rettsikkerheten til brukerne.

Det er forskjellige måter å organisere kommunenes forvaltning av helse – og omsorgstjenester. Mange kommuner har gått over til bestiller-utfører-modellen, mens andre kommuner har fortsatt tradisjonell forvaltning. I tillegg finnes det ulike varianter og mellomløsninger. Det kan også være andre modeller som ikke er beskrevet i denne studien.

Mine funn påpeker at vi må ha en kritisk gjennomgang av bestiller-utfører-modellen og andre forvaltningsmodeller. Det er ingen ting i studien som gir grunnlag for å konkludere med at bestiller-utfører-modellen gir bedre tjenesteyting og bedret rettsikkerhet for brukerne. Det er heller ikke grunn til å konkludere at modellen er mer kostnadseffektiv og ressursbesparende for kommunene. Spesielt i de mellomstore kommunene ser man ingen tydelige positive effekter. Kristiansand kommune kan være unntaket da kommunen kommer positivt ut både når det gjelder klagesaker og økonomi. Det mest oppsiktsvekkende er at kommunene som har modellen er godt fornøyde, men at studien ikke finner noen spesielle fordeler med bestiller-utfører-modellen.

Det er ingen tilgjengelig empiri som har undersøkt brukerperspektivet i forhold til forvaltningens organisering. Det er derfor behov for å rette et kritisk blikk på hele forvaltningspraksisen i kommunene. Det kreves større studier for å se på dette.

Videre er det behov for å rette fokus på hva som er god tildelingspraksis. Man må undersøke hva som er best for brukeren. Kommunene rapporterer i studien om et kvalitetsløft for brukerne, men andre rapporter sier det motsatte. Det er også behov for å se på holdninger og verdier, hva er dominerende kultur i forvaltningen. Det må undersøkes videre hva som er beste praksis i forvaltningen. En praksis som både ivaretar brukerens behov og sikrer en bærekraftig utvikling av kommunenes helse- og omsorgstjenester.



## Referanser:

Berg, Ole. 2005. fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel. Tidsskriftets skriftserie.

Dahle, Rannveig. 2004. Velferdstjenester i endring: Når politikk blir praksis. Fagbokforlaget.

Deloitte. 2012. Kostnader og gevinster knyttet til bestiller-utfører-modellen  
Program for storbyrettet forskning. Oslo: Kommunenes Sentralforbund.

Difi-rapport. 2014:07 Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning.

Evaluering av bestiller-utførermodellen 2011. Klæbu kommune. Revisjon Midt-Norge IKS

Gjerde, Ingunn. Torsteinsen, Harald. Aarseth, Turid. (2016) 4 Tildelingskontoret – en innovasjon i norske kommuner? Offentleg sektor i endring.

Hartley, J. 2005. «Innovations in Governance and Public: Past and Present». Public Money and Management.

Holmen, Ann Karin Tennås. 2016. Endrede styringsregimer, endring i lederrollen. Magma 2/2016 s. (34-39).

Hood, Christopher. Dixon, Ruth (2015). «A Government that Worked Better and Cost Less? Evaluating Three Decades of Reform and change in UK Central Government. Oxford.

Heløe, Leif Arne. Ambivalent samhandlingsreform, Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). Nytt Norsk Tidsskrift. 4 2011/28 årg.

Helsedirektoratet (2015) Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport.

IRIS (2014/382) Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbud

Jacobsen, Dag Ingvar. 2014. Organisasjonsendringer og endringsledelse. 2. utgave Fagbokforlaget.

Kassah, Bente Lind. Tingvoll, Wivi-Ann. Fredriksen, Sven Tore D. 2014. Samhandling-sykepleieleidere og bestiller-utførerenhet. Geriatrisk sykepleie 3-2014.

Moland, Leif E. Bogen, Hanne. 2001. Konkurransetsetting og nye organisasjonsformer i norske kommuner-muligheter og begrensinger. Fafo-rapport 351.

Nesheim, Torstein. Vathne, K. 2000. Konkurransetsetting og bestiller-utfører organisering i Norske kommuner. SNF-rapport nr. 59/2000. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.

Norges forskningsråd. 2006. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekt.

Norges Forskningsråd. 2016. Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)

NOU 1974: 59 Effektiviseringsvirksomhet i sykehussektoren. Sosialdepartementet. Universitetsforlaget.

NOU 2000:19, Bør offentlig sektor eksponeres for konkurranse? En gjennomgang av nasjonale og internasjonale erfaringer. Utredning av et utvalg oppnevnt Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Avgitt 20. juni 2000.

Nyseter, Tore (2015). Velferd på avveie. Reformen, verdier, veivalg. Res Publica. Prop. 99 L (2015-2016) – regjeringen.no

Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen ble overlevert Stortinget 12. januar 2016. Dokument 3:5 (2015–2016)

Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Norges forskningsråd 2007.

Roald, Knut. (2010) Kvalitetsvurdering som organisasjonslæring mellom skole og skoleeigar. PhD, UiB.

Rolland, A. (2003), Borger- og brukerundersøkelser i en modernisert offentlig sektor. Statistisk sentralbyrå.

Rolland, A. (2005) Brukertilfredshetsmålinger i offentlig sektor. Utredning for Moderniseringsdepartementet og regjeringens handlingsplan for modernisering. Statistisk sentralbyrå.

Røvik, Kjell Arne (2014). Trender og translasjoner. Ideer som former det 21. århundrets organisasjon. 3. opplag. Universitetsforlaget.

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

Veggeland, Noralv (2013). Reformen i norsk helsevesen. Veier videre. Trondheim Akademika forlag.

Veileder for saksbehandling, 02/2016. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8. Helsedirektoratet.

Øgård, Morten (2014) New Public Management til New Public Governance – nye forvaltningskonsepter i kommunene? I: Baldersheim, Harald, Rose, Lawrence E. 2014. Det kommunale laboratorium. Teoretiske perspektiver på lokal politikk og organisering. 3. utgave. Fagbokforlaget.

# Vedlegg 1

## Deltakelse i undersøkelsen

### Bakgrunn og formål

Jeg heter Lotti K. Løvhaug og er student ved Universitetet i Agder, institutt for samfunnsvitenskap. Jeg tar master i ledelse med spesialisering i helseledelse. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er «Samhandlingsreformen og forvaltning, en studie av i hvilken grad bestiller-utfører modellen har påvirket forvaltningspraksis innen pleie- og omsorgssektoren i Vest-Agder». Det er en kvantitativ og kvalitativ studie av klagesaker avgjort av fylkesmannen før og etter innføringen av samhandlingsreformen.

Noen kommuner i Vest-Agder har fortsatt en mer tradisjonell måte å forvalte sine tjenester på, fagprofesjoner rundt om i ulike enheter vurderer behovene og fatter vedtak om tjenester som skal iverksettes.

Noen kommuner har innført Bestiller-utfører-modell, alle søknader til pleie- og omsorgstjenester henvender seg dit og profesjonelle saksbehandlere behandler søknader fortløpende. Bestiller-utfører modellen innebærer at det innføres et formelt og organisatorisk skille mellom kommunens forvaltning og tjenesteproduksjon. Det er ikke bare en måte å skille forvaltning og utfører, det finnes flere varianter av bestiller-utfører modellen. Skillet varierer fra kommune til kommune, mange kommuner har rendyrket den å opprette bestiller organisasjoner som har en rent administrativ funksjon, en selvstendig enhet fatter vedtak, og en annen enhet i kommunen utfører tjenesten.

Denne endringen har skjedd i mange kommuner samtidig som innføring av samhandlingsreformen. I denne studien ønsker jeg å kartlegge hvordan kommunene i Vest-Agder har organisert forvaltningen i pleie- og omsorgssektoren.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, men deres deltakelse vil ha stor betydning og et viktig bidrag til undersøkelsen. Dersom dere har spørsmål om studien, kan du ta kontakt med meg eller min veileder ved Universitetet i Agder.

Klikk på lenken under for å besvare. Det tar maks. 5 minutter.

<http://www.survey-xact.no/LinkCollector?key=JQ1KG3PR3595>

Veileder: Professor Morten Øgård, institutt for statsvitenskap og ledelse ved UiA.

Mvh

Lotti K. Løvhaug, masterstudent ved UiA, tlf. 98 06 35 81, [lotti@torp-gard.no](mailto:lotti@torp-gard.no)

Velkommen til undersøkelsen!

Undersøkelsen vil ta ca 5 minutter å besvare.

Du kan når som helst bruke knappene nedenfor for å navigere deg frem og tilbake i undersøkelsen.

Trykk på neste for å komme i gang.

Med vennlig hilsen

Lotti K. Løvhaug  
Universitet i Agder

#### Hvilken kommune svarer du for?

- (1)  Kristiansand
- (2)  Søgne
- (3)  Vennesla
- (4)  Songdalen
- (5)  Mandal
- (6)  Lindesnes
- (8)  Audnedal
- (9)  Åseral
- (10)  Lyngdal
- (7)  Marnardal

- (11)  Farsund
- (12)  Flekkefjord
- (13)  Kvinesdal
- (14)  Sirdal
- (15)  Hægebostad

**Hvordan har kommunen organisert sin forvaltningspraksis ved tildeling av pleie- og omsorgstjenester? Sett kryss i det alternativet som passer best for kommunen?**

- (3)  Saksbehandlere på tjenestenivå ute i enhetene(tradisjonell)
- (1)  Bestiller-utfører modell/ profesjonalisert saksbehandling og behovsvurdering organisert i egen enhet.
- (2)  Annen organisering

**Hvilket år ble dette innført**

\_\_\_\_\_

**Beskriv organiseringen nærmere**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Hva slags utdanning har de som arbeider i forvaltningen? Sett kryss i de alternativene som passer best for kommunen. Flere kryss er mulig.

- (1)  Sykepleier
- (2)  Fysioterapeut
- (3)  Ergoterapeut
- (4)  Annet

Hvilke andre faggrupper arbeider i forvaltningen?

---

---

---

---

---

Om det i din kommune er såkalt bestiller-utfører-modell i sin forvaltningspraksis, ber vi deg vurdere i hvilken grad du mener at dette har ført til:

	1   liten grad	2	3	4	5   stor grad
Bedre utnyttelse av totale ressurser	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bedre tildelingspraksis	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Kvalitetsløft for brukerne	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Rettferdig fordeling av tjenestene	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
Bedre politisk styring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Har du noen ytterligere kommentarer til disse spørsmålene?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Takk for dine svar!

De er nå lagret.

Med vennlig hilsen

Lotti K. Løvhaug  
Universitet i Agder