



OsloMet - storbyuniversitetet

**Anette Jørve Ingjer**

---

# **Strategier i kommunal helse- og omsorgstjeneste**

## **Statlige styringsinstrumenter og lokale tilpasninger**

**Masteroppgave i Styring og ledelse**

**OsloMet - storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 4. Mai 2018**

## **Forkortelser:**

R:	Røyken kommune
NE:	Nedre Eiker kommune
KAD:	Kommunal Akutt Døgnetenhet
ROBEK:	Register om betinget godkjenning og kontroll
IKS:	Interkommunalt samarbeid
BPA:	Bruker Personlig Assistent
ROS:	Risikoanalyse
SWOT:	Strength, Weakness, Opportunities, Threat- analyse
GAP:	Analyse av behov nå og fremover

## **Forord**

Strategisk styring og planlegging har utbredt seg i kommunene de siste 20 årene. Samtidig har kompleksiteten i offentlige tjenesteutøvelse økt og skapt rom for ledelse som vil ha betydelig handlefrihet for å tolke, forbedre og omdanne dette til strategier (Mulgan 2009, 42). Ofte er bedre samhandling presentert som en strategi og en løsning for å redusere det offentliges ressursbruk. Undersøkelser om kommunal strategi har ført til mer kunnskap, men mange av studiene er utført med statistiske generaliseringer og dermed fokusert på bredden for å si noe om strategisk styring og planlegging. Denne kvalitative undersøkelsen vil derfor kunne supplere og nyansere eksisterende empiri ved å gi en nærmere forståelse av strategisk styring og planlegging i kommunen.

Selve undersøkelsen jeg har gjennomført har vært interessant, men det er prosessen ved et så stort arbeid som har lært meg mest. Jeg vil takke min veileder Per Arne Tufte for å vise vei i denne prosessen og for hans positive engasjement. Videre vil jeg rette en takk til informantene som delte sin innsikt, erfaring og kunnskap, og ga av sin tid.

## **Sammendrag**

Samhandlingsreformen brakte med seg føringer for statlige og kommunale helsetjenester, for å oppnå bedre koordinering mellom tjenestene. Flere politiske virkemidler ble tatt i bruk for å oppnå ønsket effekt med reformen og kommunene måtte respondere på dette innenfor de ressurser og det handlingsrom de hadde og ofte er bedre samhandling presentert som en strategi og en løsning for å redusere det offentliges ressursbruk. Dette utgjør bakteppet for min undersøkelse om strategier for koordinering av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelsen beskriver de strategier jeg fant og belyser faktorer som kan ha hatt betydning for hvordan to kommuner har valgt å svare ut kravene om bedre koordinering. Undersøkelsen er en kvalitativ, komparativ casestudie med en kombinasjon av dokumentanalyse og semistrukturerte intervjuer. De to undersøkte kommuner er Nedre Eiker og Røyken (forkortet NE og R).

Resultatene viser at kommunene har tatt i bruk virkemidler utledet i Samhandlingsreformen, slik som KAD, samarbeidsavtaler og samarbeidsmøter. De styringsinstrumenter jeg fant hyppigst benyttet for å koordinere helse- og omsorgstjenesten, var de strukturelle virkemidlene. Møtestrukturer, samlokalisering av ulike tjenester, kompetanseheving og teknologisk utvikling, er hva de observerte kommunene gjør mest av for å koordinere. Imidlertid viser to tilsynelatende like kommuner i stor grad variasjoner i sine strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten. Dette understøtter at lokale forhold og det kommunale handlingsrommet har betydning for de strategiene som tas i bruk.

Resultatene fra både dokumentanalysen og intervjuene gir inntrykk av at R har omfattende bruk av systematisk nedskrevne planer og bruk av virksomhetsanalyser. NE har i stor grad strategiske tiltak ved bruk av velferdsteknologiske løsninger, pakkeforløp for personer i korttids døgnopphold og stort fokus på tjenester i hjemmet. NE begrunner liten bruk av virksomhetsanalyser og strategisk og systematisk planarbeid med at de ikke har ressurser til dette. Min konklusjon er at svekket økonomisk handlingsrom gjør at NE omgir seg med strategier som tar utgangspunkt i konkrete handlinger ute i tjenesten, heller enn administrativt strategisk planarbeid.

## **Abstract**

According to the Norwegian Coordination Reform the levels between state- and municipal health services had to be improved. Several political instruments were used to achieve the desired goals of the reform and municipalities had to respond to this within the framework presented. In addition collaboration is often presented as a strategy and solution to reduce public resource utilization. Following the coordination of the municipal primary health and care services, this paper presents a survey from two municipalities and the results on how these municipalities have solved the matter of 'better' coordination. The survey is a qualitative, comparative case study, with a combination of document analysis and semistructured interviews. The municipalities studied are Nedre Eiker and Røyken (accordingly NE and R).

The results of the survey conducted shows that the two municipalities had many similar strategies for coordinating primary health- and care services. Both municipalities had taken advantage from governmental incentives to implement the reform.

Meeting activities were a frequent means of coordination. Both had similar cooperation with the specialist healthcare, and both used inter-municipal cooperation. On the matter of variations, the study revealed that NE had goals affected by budget balance. R's goals were more detail oriented and they used several business analyses to develop goals, focus areas, plans and strategies. While NE only had statutory plans as municipal plan and budget, R had several recorded strategies for their primary health- and care services. Where R had several written strategies, NE demonstrated more strategic actions using welfare technology and training citizens in managing aging and one's own health. The largest variations were found in financial resources allocated in the budget to primary health- and care services, where the survey showed that NE deposited about 100 million (NOK) more than R. Based on the results I have concluded that the municipalities scope of action has affected how the two municipalities carry out strategic work, and that the municipal scope of action has been more important than the political incentives used in the reform.

**OsloMet - storbyuniversitetet, Fakultet for samfunnsfag**

**Oslo 2018**

## **Innhold**

1.1 Tema.....	3
1.2 Bakgrunn og posisjonering.....	3
1.3 Problemstilling .....	5
1.4 Avgrensning .....	5
1.5 Disposisjon.....	6
<b>2.0 Teoretisk rammeverk.....</b>	<b>7</b>
2.1 Styringsinstrumenter for oppnåelse av ønsket politikk.....	7
2.1.1 Strukturelle og organisatoriske styringsinstrumenter.....	8
2.1.2 Autoritære styringsinstrumenter.....	9
2.1.3 Finansielle styringsinstrumenter.....	10
2.1.4 Pedagogiske styringsinstrumenter.....	11
2.2 Kommunal styring og handlingsrom .....	12
2.2.1 Kommunalt handlingsrom.....	13
2.3 Strategi i kommunen .....	15
2.3.1 Definisjon på strategi.....	15
2.3.2 Strategisk stilling.....	17
2.3.3 Strategiske tiltak.....	19
2.4 Samhandling, samstyring, samordning og koordinering.....	20
<b>3.0 Data og metode .....</b>	<b>23</b>
3.1 Undersøkellesdesign .....	23
3.2 Variabler.....	24
3.3 Datainnsamling.....	25
3.4 Utvalgsriterier for valg av kommuner.....	26
3.4.1 Kommunestørrelse og demografiske forhold .....	26
3.4.2 Forhold til sykehus .....	27
3.4.3 Kommuneøkonomi.....	27
3.4.4 Sosioøkonomiske forhold i kommunen.....	28
3.5 Informanter og datainnsamling .....	29
3.6 Etikk .....	30

3.7 Datareduksjon og analyse.....	31
3.8 Reliabilitet og validitet .....	31
<b>4.0 Resultater, analyse og drøfting .....</b>	<b>32</b>
4.1 Mål, visjoner, satsningsområder og utfordringer .....	32
4.2 Tiltak og virkemidler for å oppnå bedre koordinering av helse- og omsorgstjenesten..	34
4.2.1 Utarbeidelse av strategier, planer og kartlegginger .....	34
4.2.2 Møtevirksomhet.....	34
4.2.3 Kurs, kompetanseheving og personell.....	35
4.2.4 Organisering og budsjett.....	36
4.3 Styringsinstrumenter for koordinering av samhandling.....	39
4.4 Strategisk definisjon og stilling.....	40
4.5 Strategi i lys av det kommunale handlingsrom .....	43
<b>5.0 Konklusjoner .....</b>	<b>47</b>
Bibliografi .....	49

## Figurliste

Figur 2.1: Oppbygging av teoretisk rammeverk .....	7
Figur 3.1: Krefter som kan ha betydning for kommunens bruk av strategier .....	25
Figur 4.1: Strategi som plan eller mønster? .....	42

## Tabelliste

Tabell 3.1: Prosentvis fordeling av befolkningen i de to kommunene.....	27
Tabell 3.2: Flest forskjeller eller flest likheter på uavhengige variabler mellom NE og R?....	29
Tabell 4.1: Funn av strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten .....	38

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Tema**

Oppgavens tema er strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenester i kommuner. Bakteppet for temaet er kravet til økt samhandling etter Samhandlingsreformen og bruk av strategier i norske kommuner. Bedre koordinering og samhandling blir ofte presentert som en kostnadsfri strategi og løsning for å redusere det offentliges ressursbruk, spesielt innenfor helsetjenestene. Styringsvirkemidler for koordinering og samhandling står sentralt, da undersøkelsen tar utgangspunkt i strategier som er utledet som følge av konkrete politiske virkemidler fremsatt under Samhandlingsreformen. Videre er strategisk stilling og strategisk innhold sett i forhold til kommunens handlingsrom en viktig del av undersøkelsen.

### **1.2 Bakgrunn og posisjonering**

Strategisk styring og planlegging har de siste tretti årene utbredt seg i offentlig sektor, også i kommunene. Strategisk styring var en viktig del av den nye offentlige styringen (New Public Management) som gjorde seg gjeldende fra slutten av 1970-tallet. Den tradisjonelle sentralplanleggingen var under sterk kritikk og ble erstattet for å legge til rette for mer overgripende, strategisk styring. Som følge av denne desentraliseringen og stor grad av lokal frihet, skulle strategisk styring fortsatt gi myndighetene overordnet makt (Johnsen 2014,13). Med stor offentlig sektor og et styringssystem som enhetsstater, har skandinaviske land mulighet og motivasjon til å reformere offentlig sektor (Hood 1995, 98). På grunn av dette er det interessant å se på hvordan offentlig virksomhet på kommunalt nivå har valgt å adoptere strategisk planlegging og styring. For mer nyansert kunnskap er det derfor interessant å se på hva som kan ha betydning for kommunenes valg av strategier.

Hvis man spør en kommune om den har en strategisk tilnærming til pålagte ansvarsområder, vil få eller ingen kommuner svare nei. Min antagelse er at det ved nærmere ettersyn finnes variasjoner i faktiske strategiske prosesser, verktøy og handlinger en kommune har. Dette er også påvist i undersøkelser utført av professor Åge Johnsen. Sverre Diesen betegner strategisk styring og ledelse for høyeste organisasjonsteoretiske mote, i både privat næringsliv og offentlig sektor. Han viser til at norske offentlige etater og virksomheter smykker seg med betegnelsen strategisk styring, men hevder at det er liten sammenheng mellom den oppmerksomhet som i dag vies strategisk styring og ledelse av norsk offentlig sektor (Disen 2013, 1). Disse påstander avhenger, slik jeg ser det, av hvordan man definerer strategi. At en kommune adapterer strategiske modeller som følge av mote, og fordi «alle andre» gjør det,



beskriver imidlertid ikke hvorfor man ved nærmere ettersyn finner variasjoner i bruk av strategi, i kommuner som tilsynelatende er svært like.

Kommunene i Norge er selvstendige rettssubjekter som ikke kan styres direkte av staten, unntatt der staten pålegger oppgaver i lov. Det er et gjennomgående prinsipp i flere lovverk at kommunene skal kunne organisere sine tjenester i henhold til lokale forhold og behov, og dette prinsippet åpner opp for variasjon innenfor tjenestene. Men hva påvirker valg av strategisk tilnærming i en kommune? Vil samme politiske virkemiddel ha samme effekt på to forskjellige kommuner? Samhandlingsreformen ble først lansert i en stortingsmelding våren 2009. Forslaget hadde som formål å sikre at den norske velferdsstaten skulle være bærekraftig også for fremtidige generasjoner og bedre koordinering av helsetjenestens nivåer skulle løse dette. Spesialisthelsetjenesten, underlagt staten, skulle bli enda mer spesialisert, og kommunehelsetjenesten skulle overta sykehusoppgaver etter at spesialistoppgavene var ferdig utført. Kommunen skulle også belastes økonomisk ved inn- og utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen ble vedtatt i Stortinget 10.04.2010 (Stortinget 2010).

For å realisere ønskede endringer i reformen, ble flere ulike virkemidler iverksatt fra 2012. Virkemidler for å oppnå ønsket politikk kan være informasjon og veiledning, omstrukturering/omorganisering, reguleringer, insentiver i form av belønning eller straff og pålegg/forbud i lov. Virkemidlene benyttet i Samhandlingsreformen innehar alle overnevnte elementer og jeg gjør nærmere rede for virkemidler i teorikapittelet. Ved iverksetting av Samhandlingsreformen ble Lov om kommunale helsetjenester av 19. november 1982, samt Lov om sosiale tjenester av 13. desember 1991, erstattet med Lov om helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011 nr. 30 (<http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>). Loven pålegger kommunene og helseforetakene å inngå samarbeidsavtaler Jf. lovens kapittel 6. Det ble etablert økonomiske insentiver, slik som kommunal medfinansiering av inn- og utskrivningsklare pasienter. Innenfor strukturelle tiltak, skulle primærhelsetjenesten med forebygging, forhindre unødige innleggelser i spesialisthelsetjenesten og ta ferdigbehandlede pasienter raskere tilbake til oppholdskommunen. Disse virkemidlene søker å påvirke kommunen for å oppnå målene med Samhandlingsreformen og det formodes at to like store kommuner innenfor samme helseforetak agerer forholdsvis likt på slike nasjonale føringer. Men vil man allikevel finne forskjeller i kommunale samhandlingsstrategier og isåfall hvilke lokale forhold og krefter utløser slike forskjeller?

### **1.3 Problemstilling**

Undersøkelsen har følgende problemstilling:

*Hvilke strategier er benyttet i to kommuner for å oppnå bedre koordinering av helse- og omsorgstjenesten? I hvilken grad kan variasjoner i kommunene ha betydning for de strategier som er tatt i bruk?*

Den siste delen av problemstillingen er konkretisert i to forskningsspørsmål:

*Hvordan har kommunens økonomi hatt betydning for strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten?*

*Hvordan har sosioøkonomiske forhold i kommunen hatt betydning for strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten?*

### **1.4 Avgrensning**

Undersøkelsen er avgrenset til å analysere strategier for samhandling og koordinering av helse- og omsorgstjenestene i ett utvalg på to kommuner. Undersøkelsen tar sikte på å se på strategier som kommer som følge av virkemidlene vedtatt i Samhandlingsreformen og i lys av kommunens handlingsrom for bruk av strategier. De strategier som undersøkes omhandler kun samhandling og koordinering i kommunens helse- og omsorgstjeneste, men da samhandling både internt, mellom enheter i kommunen, og med eksterne interessenter. Undersøkelsen kommer ikke inn på andre strategier kommunen har for andre ansvarsområder, slik som skole, barnehage, veier og bygg. Undersøkelsen ser i hovedsak på de samhandlingsstrategier som er tatt i bruk og iverksatt. Undersøkelsen er komparativ i det den sammenlikner de to kommunenes strategier. Sammenlikningen er gjort ved et tverrsnitt av dokumentanalyse fra dokumenter i 2016 og intervjuer i januar 2018. Dokumentanalysen vil derfor avgrense seg til å si noe om status for året 2016, mens informantene i intervjuene har svart ut ifra status der og da.

Undersøkelsen vil ikke belyse hvorvidt den strategisk ledelse i kommunen er god eller dårlig, eller kvaliteten på tjenestene, men tar sikte på å beskrive variasjoner i to tilsynelatende like kommuner. Jeg vil heller ikke komme inn på strategier de forskjellige helseforetakene har, selv om disse vil kunne påvirke kommunenes strategier. Ved å benytte to kommuner som sokner til samme helseforetak, kontrolleres det noe for helseforetakets egne strategier i samhandling med kommuner. For å finne strategier for bedre koordinering i de undersøkte

kommuner, har jeg valgt en bred definisjon av begrepet samhandling og en bred definisjon av begrepet strategi, så lenge det er iverksatt for å oppnå bedre koordinering.

Resultatene av undersøkelsen kan ikke uten videre generaliseres til å si noe om hvordan andre, eller alle norske kommuner har valgt å organisere samhandling, men kan gi en dypereliggende innsikt i noen virkninger av Samhandlingsreformens krav til kommunen, i sammenheng med kommuners handlingsrom. Begrepet kvalitativ metode skal heller ikke misforstås som å være av bedre kvalitet enn kvantitativ metode, men der kvantitativ metode beskriver frekvensen i et fenomen, kan kvalitativ metode fortolke, dekode og beskrive meningen ved fenomenet mer presist (Van Maanen 1979, 520).

### **1.5 Disposisjon**

I kapittel 2 gjør jeg rede for det teoretiske rammeverket jeg har valgt å legge til grunn for problemstilling og forskningsspørsmål. I prosessen har jeg vurdert flere teoretiske innfallsvinkler, alt fra organisasjonsteori, reformteori og samhandlingsteori, og kommunal samhandlingsstrategi kunne vært belyst ut i fra alle disse. De løsninger som ble presentert i Samhandlingsreformen og som i dag fortsatt presenteres, er at dersom kommunen samhandler og koordinerer bedre så vil man fortsatt kunne yte gode helsetjenester og samtidig redusere utgiftene. For å belyse hvordan politiske virkemidler virker i forhold til kommunens handlingsrom, falt mitt teoretiske rammeverk på kommunale strategier og påvirkning fra politiske virkemidler.

Kapittel 3 tar for seg det metodiske opplegget undersøkelsen baserer seg på. Utvalg av analyseenheter, informanter, datainnsamling og metode for gjennomføring og analyse. Funnene fra undersøkelsen er presentert i kapittel 4, og i kapittel 5 drøfter jeg resultatene i lys av det teoretiske rammeverket jeg har presentert. Avslutningsvis presenterer jeg konklusjon og min oppfatning om veien videre.

## 2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapittel presenteres de begreper og det teoretiske rammeverk som kan belyse min undersøkelse. Teorien skal understøtte undersøkelsen og sette den i en kontekst som gir innsikt i bruk av strategier for samhandling i kommuner. For å oppnå bedre koordinering i helse- og omsorgstjenesten må stat og kommune ta i bruk verktøy og instrumenter for å påvirke å oppnå ønsket resultat. Jeg vil derfor først beskrive hvordan statlig politisk nivå søker å påvirke kommunene med bruk av styringsinstrumenter. For å forstå kommunens muligheter til å utarbeide og bruke strategi, omhandler neste del kommunal styring og kommunens handlingsrom. Til slutt gjør jeg rede for teori om hva strategi er, samt strategisk styring og planlegging i offentlig sektor. Fordi undersøkelsen omhandler strategier for bedre samhandling og koordinering, er ulike definisjoner av samhandling belyst i mitt teorikapittel. Oppbyggingen av mitt teorikapittel illustreres av figuren under.



Figur 2.1: Oppbygging av teoretisk rammeverk

### 2.1 Styringsinstrumenter for oppnåelse av ønsket politikk

Statlige aktører ønsker generelt at politikken iverksettes etter deres intensjon. Hvilke styringsvirkemidler som tas i bruk blir derfor sentralt for det lokale handlingsrommet (Helgesen 2014, 42). I Norge ligger den politiske myndighet nasjonalt og betegner dermed Norge som en enhetsstat. Kommuner og fylkeskommuner har kun myndighet i den grad makt blir delegert fra Stortinget, som den nasjonale lovgivende og bevilgende myndighet. Det er ulike fremgangsmåter styrende myndigheter kan anvende for å oppnå vedtatte mål. Jeg vil i dette avsnittet ta for meg hvordan staten kan styre kommunene ved bruk av styringsinstrumenter og da spesielt med betraktninger til de virkemidlene som er benyttet i Samhandlingsreformen. Jeg vil ikke skille på begrepet politisk instrument og politisk verktøy, men merker meg at Michael Howlett i boka «Designing Public Policies» hevder at instrumenter benyttes på alle nivåer i prosessen, mens politiske verktøy mer beskriver de

konkrete tiltak i implementeringsprosessen (Howlett 2011, 22). Howlett deler styringsinstrumenter inn i håndfaste, materielle instrumenter, eller instrumenter som er prosedurale, altså at de inngår i en prosess. Jeg vil ikke fokusere for mye på dette skillet i min redegjørelse for bruk av forskjellige politiske virkemidler.

### *2.1.1 Strukturelle og organisatoriske styringsinstrumenter*

Strukturelle styringsinstrumenter handler om å styre gjennom å påvirke, og legge om måten personell, kompetanse, ressurser og andre kjerneoppgaver i virksomheten er strukturert og organisert. Det kan være å sentralisere ansvar, eller desentralisere med mål om at den nye strukturen fremmer de politiske vedtakene. Et strukturelt styringsinstrument kan både påvirke innholdet i strukturen og prosessene rundt strukturen. Det kan både være å omorganisere avdelinger og nivåer, flytte eller tilføre personell, å opprette nye avdelinger, eller fjerne noe (Howlett 2011, 63-64). I norske helsetjenester, hvor vi har et to-delt nivå, har staten ved departementene, anledning til å styre underliggende etater direkte, slik som Helseforetakene, mens de kommunale helse- og omsorgstjenestene styres indirekte for eksempel ved lov eller forskrift, eller gjennom insentiver i budsjettene. Kommunene vil på samme måte benytte styringsinstrumenter internt for å oppnå sine mål, slik jeg vil vise i analysen av hvordan kommunene forsøker å oppnå bedre koordinering av sine helse- og omsorgstjenester. Teori om ulike virkemidler som kan benyttes er relevant for første del av min problemstilling om hvilke strategier de to kommunene har tatt i bruk for å koordinere sin helse- og omsorgstjeneste.

I Stortingsmelding 47 om Samhandlingsreformen hevdes det at videreutviklingen av teknologiske løsninger må kombineres med organisasjonsutvikling. Dette gjelder både IKT løsninger for kommunikasjon imellom helsetjenestene, og omsorg- og medisinskteknologiske løsninger (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement 2008-2009, 133). Opprettelse, oppbygging og videreutvikling av teknologiske løsninger kan være et eksempel på bruk av et strukturelt styringsinstrument. Krav om etablering av et spesifikk koordineringsfunksjoner, slik som samhandlingssjefer i helseforetakene er et annet. I tilføyelse må nevnes de mange omorganiseringer i de kommunale tjenestene, som et forsøk på effektivisering av tjenestene. Dette illustrerer at strukturelle virkemidler også benyttes hyppig i lokalpolitisk ledelse og administrasjon.

Interkommunal samarbeid (IKS) er en måte kommunene kan strukturere deler av tjenesteapparatet på. I 2016 undersøkte Tjerbo og Skinner omfanget av interkommunalt samarbeid om kommunal akutte døgnenheter (KAD) og legevakt basert på datasett fra alle norske kommuner. Fra 2016 kom et lovpålagt krav som ble varslet i Samhandlingsreformen, om at alle norske kommuner skal ha opprettet KAD, altså lovpålegg fra statlige myndigheter om et gitt helsetilbud i kommunen som endrer kommunens struktur. Forskerne hadde en antagelse om at KAD var et insentiv for kommuner å inngå IKS, for sammen å bære risikoen ved den store kostnaden det er å opprette KAD og legevakt alene. Undersøkelsen viste at IKS er utbredt, og at overlapping med KAD og legevakt er vanlig. De fant at omlag 50% av kommunene overlapper interkommunalt samarbeid om både KAD og legevakt, og i overkant av 80 % av kommunene har interkommunalt samarbeid på KAD (Tjerbo 2016, 117-124).

De undersøkte videre hvorvidt Samhandlingsreformen utløste endringer i kommunestrukturen. Fordi innføringen av reformen ble sett i sammenheng med kommunestruktur, spesielt i henhold til kommunal medfinansiering av pasienter som skulle inn og ut av sykehus. Nyttens av å samarbeide er knyttet til stordriftsfordeler og mindre risiko fordi man sammen bærer ansvaret, mens kostnadene ved å samarbeide kan forstås som transaksjonskostnader, altså kostnader som er forbundet med å gjøre et bytte. Undersøkelsen konkluderte med at Samhandlingsreformen ikke har utløst endringer i kommunestrukturen, men underbygger at norske kommuner har sterk tradisjon, og erfaring med interkommunalt samarbeid også før iverksettelsen av reformen (Tjerbo 2016, 117-124).

### *2.1.2 Autoritære styringsinstrumenter*

Slik navnet tilsier, er dette de mer harde og direkte metodene for styring. Disse styringsinstrumentene forutsetter at staten har mandat til å styre direkte. Statlig regulering er et begrep som knyttes tett til dette virkemidlet, og mens finansielle virkemidler oftest forbindes med positiv forsterkning av adferd, kan autoritære virkemidler ha en mer negativ klang, fordi denne ofte tar sikte på å forhindre motparten å utøve uønsket adferd (Ajzen 1991, 179-211).

Autoritære virkemidler karakteriseres av kommandering og kontroll, hvor regulering via lov eller forskrift er det vanligste. Staten styrer sine underliggende etater og eide selskap via tildelingsbrev, hvor man pålegger oppdrag, satsningsområder og rapporteringer. Fordi kommunene er selvstendige rettssubjekt må staten styre disse ved lov eller forskrift. En lov kan pålegge noe, eller forby og regulere adferd, slik at vedtatt politikk blir utført. Autoritære

instrumenter kan også benyttes mer indirekte ved å regulere ikke eide enheter, for eksempel ved lisensordninger og utestengning fra et marked (Howlett 2011, 85).

Ny lov om kommunal helse- og omsorgstjenester og forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter er eksempler fra Samhandlingsreformen hvor myndighetene har benyttet lovverk som styringsvirkemiddel for koordinering av samhandling. I lovene ble kommunene pålagt flere oppgaver med mer vektlegging på forebygging, samt pålagt å agere raskere både ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus.

### *2.1.3 Finansielle styringsinstrumenter*

Finansielle instrumenter omhandler ikke alle utgifter en stat har, men om hvordan staten fordeler sine skatteinntekter for å motivere mottakerne til å jobbe for vedtatt politikk, eller straffe de for å ikke jobbe for dette (Howlett 2011, 101). I Norge får kommunene skatteinntekter fra egne innbyggere og i tillegg får de bevilgninger over statsbudsjettet i såkalte frie inntekter. Antall over 80 år i en kommune, kan være et eksempel på et kriteriet som benyttes for utregning av hvor mye en kommune skal få tildelt i rammen av frie inntekter. I tillegg til frie inntekter, finnes det øremerkede tilskuddsordninger kommunene kan søke. I motsetning til å fordele ressurser, kan et finansielt styringsinstrument også fungere som et negativt insentiv hvor man pålegger betaling. Kommunene fikk tilsammen overført mer enn 5,6 milliarder kroner i frie inntekter i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen. Samtidig ble kommunene pålagt kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten ble fjernet 01.01.2015, mens kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fortsatt eksisterer.

*"Kommunen skal betale for utskrivningsklare somatiske pasienter som er innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal ikke betale for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet som er innlagt på døgnopphold i helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven i påvente av et kommunalt helse- og omsorgstjenestetilbud"* (Lovdata 2011).

Dette fremstår som det sterkeste virkemiddelet som ble iverksatt i Samhandlingsreformen og ble i etterkant omtalt i ordelag som straff og bøtelegging av kommunene. Lignende ordning eksisterte allerede i noen helseforetak, men beløpet per utskrivningsklar pasient ble betydelig

høyere og ordningen ble forskriftsfestet. I 2012 kostet det en kommune 4 000,- per døgn å ha en utskrivningsklar pasient liggende på sykehus, i dag er døgnprisen 4 622,- per døgn<sup>1</sup>.

I 2004 undersøkte Holmås hvordan bøtelegging av kommunen påvirket liggedøgn for utskrivningsklare pasienter ved å sammenlikne to store sykehus. Studien ville se på om det skjedde en endring med liggedøgn etter at noen kommuner byttet tilhørighet fra sykehus som krevde kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter til sykehus som ikke gjorde dette. Undersøkelsen understøttet at antall liggedøgn økte signifikant når pasienten opprinnelig tilhørte sykehus som ikke bötela til å tilhøre sykehus som ga bøter (Holmås 2010, 262-267). Det er dermed ikke dokumentert at bøter som økonomisk insentiv og politisk virkemiddel får ønsket effekt. Analysen foreslår at bøter kan fjerne en form for indre motivasjon for å samhandle om raskere utskrivelser av pasienter. Videre var boten på tidspunktet undersøkelsen ble utført på 2 000 kroner, som er et relativt lavt beløp i forhold til hva beregnet kostnad for et døgn i sykehus tilsvarer. Andre undersøkelser har indikert at størrelsen på boten har betydning. Ved oppstart av Samhandlingsreformen var boten for utskrivningsklar pasient på 4 000 kroner og kan dermed hatt en større effekt (Askildsen 2016, 141).

#### *2.1.4 Pedagogiske styringsinstrumenter*

Pedagogiske instrumenter benytter informasjonsbasert materiale som et virkemiddel for å informere og oppdra befolkningen i en gitt retning. Informasjonen skal oppfordre og overtale mottakeren til å gjøre mer, eller mindre av noe. Målgruppene varierer fra individnivå til store organisasjoner og virksomheter (Howlett 2011, 116). I Norge finnes det svært mange eksempler på informasjonsbaserte virkemidler, men få er mer kjent enn advarslene om faren ved å røyke, som trykkes utenpå sigarettpakker. På satsningsområder hvor staten ønsker at kommunen skal øke innsatsen, utarbeides det gjerne retningslinjer, veiledere og elektroniske læringsverktøy, med formål, målgruppe og tiltak kommunen kan igangsette. Retningslinjer og andre informasjonsbaserte virkemidler kan også kombineres med pilotforsøk eller tilskuddordninger kommunene kan delta på.

Informasjonsbaserte styringsinstrumenter er milde i formen. Mottaker kan velge om de vil ta til følge informasjonen som forelegges, eller om de vil overse den. Juridiske, statistiske og andre offentlige utredninger, inngår også i denne gruppen virkemidler. Planlagt lekkasje av

---

<sup>1</sup> <https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>



informasjon, offentlige høringer og sensur av informasjon er eksempler på prosedurale informasjonsbaserte styringsverktøy. Disse verktøyene påvirker den politiske prosessen ved å fremme, eller hemme kunnskap og informasjon som vil påvirke adferden (Howlett 2011, 118). Det er vanlig å kombinere ulike virkemidler for sterkere effekt. Veileder for samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og kommunene er eksempel på informasjonsbasert styringsverktøy benyttet i Samhandlingsreformen, samtidig som det ble lovpålagt å opprette slike samarbeidsavtaler. Videre ble det laget veiledningsmateriell på drift og etablering av KAD, i sammenheng med at dette ble lovpålagt i 2016.

## **2.2 Kommunal styring og handlingsrom**

Det norske styringssystemet og kommuners mulighetsrom for bruk av strategi, er viktig for å forstå hvilke strategier som tas i bruk. Avsnittet henvender seg til mine to forskningsspørsmål om hva som kan ha betydning for kommunens bruk av strategier i lys av det handlingsrommet som finnes. Som følge av desentraliseringen på slutten av 70 tallet, ble ansvar og oppgaver innenfor helse- og omsorg i større grad fordelt mellom stat og kommune. Dette skulle effektivisere byråkratiets prosesser, som ble ansett som umoderne, lite effektive og rigide. Kommunens ansvar for helse og omsorgstjenester er stadfestet og regulert i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 24. juni 2011. Kommunen har ansvar for primære helse- og omsorgstjenester slik som: fastlege, helsetjenester i hjemmet, sykehjem og omsorgsboliger, legevakt, fysioterapi, habilitering og rehabilitering, helsestasjon, jordmor, ergoterapeut m.m (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 2011).

Mens helseforetakene i spesialisthelsetjenesten er eiet og regulert direkte av Helse- og omsorgsdepartementet via tildelingsbrev, har departementet ingen direkte styringslinjer til kommunene. Det er et prinsipp at kommunene ut i fra lokale forhold og behov står fritt til å organisere og forvalte sine tjenester. Systemet består av interessenter og nivåer med hvert sitt ståsted og utgangspunkt. Regjerende og besluttende myndigheter har sine interesser, lokalpolitikere har kanskje andre interesser, pasientene og brukerne er opptatt av hva de trenger og de som administrere de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal ivareta alle disse og samtidig ivareta budsjett og ansatte. I tillegg til dette kommer interesseorganisasjoner, pårørende og flere. Dette illustrerer et svært komplekst system kommunen skal navigere seg rundt i, med mange interessenter som skal tilfredsstilles.

Norske kommuner er ikke pålagt å drive strategiske prosesser, men gjennom Lov om kommuner og fylkeskommuner av 25. september 1992 nr. 107 (kommuneloven), er de pålagt

å utarbeide en samordnet plan for den kommunale virksomheten ofte betegnet som kommuneplan. I dette ligger også krav om økonomiplan og budsjett. Samtidig er kommunene pålagt rapportering i nasjonale informasjonssystemer i henhold til Kommunalt rapporteringsregister. De statlige retningslinjene for økonomiplanlegging vektlegger økonomistyring, mens det i kommunen i større grad er en planprosess som vektlegges. Kommuneplanen er langsiktig, vanligvis opp imot 12 år, mens økonomiplanen oftest går over 4 år. Slik kan det hevdes å være få konkretiseringer fra sentralt hold, også da de fleste bevilgninger ikke kommer i form av øremerkinger, men rammetilskudd som kommunen står fritt til å benytte innenfor handlingsrommet (Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017).

I likhet med statlige forvaltningsnivå, er norske kommuner inndelt i en politisk enhet og en administrativ enhet. Den politiske enheten består av kommunestyret (i byer- bystyret og bydelsutvalg) som er det øverste organ og består av folkevalgte representanter. Kommunestyret treffer vedtak i saker på vegne av kommunen, så fremt ikke annet følger av lov. Kommunen har selv ingen lovgivende makt, men tilhører den utøvende makt også i egne vedtekter. Under kommunestyret finnes formannskapet, som forbereder saker for kommunestyret og kan ta avgjørelser i mindre saker og hastesaker. Den administrative enheten i kommunen ledes av rådmannen (i byer bydelsdirektør) og en stab av faste ansatte som er politisk uavhengige, ofte betegnet som embetsverket, eller forvaltningen. Administrasjonen og forvaltningens oppgave er å forberede og iverksette lokale og nasjonale politiske vedtak.

### *2.2.1 Kommunalt handlingsrom*

For å forstå hvilke strategier en kommune tar i bruk, må man også se til de muligheter en kommune har, altså kommunenes handlingsrom. Helgesen og Hanssen undersøkte i 2014 hvordan de statlige styringsvirkemidlene lagt til grunn i Samhandlingsreformen påvirket det kommunale handlingsrommet og om målet om samstyring kom klart til uttrykk slik reformen ønsket. De fant at virkemiddelbruken i Samhandlingsreformen utgjorde en miks av strengt hierarkiske instrumenter og milde pedagogiske instrumenter, og at de 8 kommunene som ble undersøkt ikke opplevde at disse virkemidlene begrenset handlingsrommet i kommunen. Kommunene opplevde virkemidlene som retningsgivende og opplevde at de allerede hadde iverksatt mange av tiltakene. De strengere virkemidlene, slik som ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, inneholdt stor grad av skjønn og kommunene opplevde derfor at de hadde gode muligheter for å innrette tjenestene etter lokale forhold og behov. Det som

imidlertid opplevdes som begrensende for kommunenes handlingsrom var deres egen økonomi, statlige overføringer og finansielle virkemidler (Helgesen 2014, 51-52).

Tilbake i 1996 drøftet Børre Nylehn hvordan man kan forstå strategisk styring og prosessen frem mot planlagte endringer, i lys av karakteristikker i kommunen. Bakteppet var kommuner hvor politikere og administrasjonen så behovet for endring av organisasjonen, ofte som følge av kritiske økonomiske hensyn. Dette behovet ble fulgt opp ved at kommunen leide inn konsultentselskap som på sin side iverksatte en strategiprosess, strategisk styring, eller en strategisk plan. Nylehn fant at konsulentene var opptatt av «dagens modell», typisk utarbeidet innenfor privat markedstenkning, og at de ofte satte i gang prosesser i henhold til denne standardtenkningen. I sin drøfting forutsatte han at strategi var basert på rasjonalitet og dermed med en mulighet for å oppdage at «dagens modell» ikke nødvendigvis var gjennomførbar. Han løfter frem utfordringen kommunen vil ha i overgangen fra sin tradisjonelle byråkratisk modell, til den kommersielle modell for strategisk styring. Her fremmer han antagelsen om at lokalt kommunalt styre er strukturert og fungerer på en slik måte, at logikken i strategi slik det blir definert i forretningsvirksomheter, ikke er treffende (Nylehn 1996, 360).

Nylehn støtter seg videre til Stewart og Ranson som hevder at strategisk styring i offentlig sektor innehar verdier bestemt via politiske prosesser, som tilsvar på et miljø i forandring, og dermed er i behov av sin egen modell (Ranson 1989, 5-24). Han gjengir også sin oppfatning om at strategisk styring må tilpasses den spesifikke karakteristikken i den enkelte organisasjon, og i så måte vil universelle modeller kunne skade heller enn å styrke kommunestyringen (Nylehn 1996, 362). Poister, Pitts og Edwards studerte forhold som kunne påvirke hvordan strategiprosesser artet seg i organisasjoner. De hevdet at institusjonelle forhold er en betydelig påvirkningsfaktor for valg av strategiske tiltak og viser til at graden av stabilitet i omgivelsene, politisk klima, fagområde og trender er eksempler på forhold som kan påvirke hvordan strategiprosesser arter seg i organisasjoner. Organisasjonens grad av selvstendighet og desentralisering er dermed viktige faktorer for strategiarbeid (Poister 2010, 525).

## 2.3 Strategi i kommunen

Ved undersøkelse av strategier i kommunen må de ulike definisjoner, teorier og posisjoner legges til grunn. En enkel definisjon på offentlig strategi er: systematisk bruk av offentlige ressurser og makt av offentlige virksomheter for å nå offentlige mål. For å bidra til offentlig verdiskaping og legitimitet, må offentlig ressursbruk overstige de alternative kostnadene (Johnsen 2014, 22). Kompleksiteten i offentlige tjenesteutøvelse skaper rom for ledelse som vil ha betydelig handlefrihet for å tolke, forbedre og omdanne dette til strategier. I denne sammenheng kan strategi hjelpe ledelsen i å se virksomheten i et lengre og mer allment perspektiv. Teori om strategi i offentlig sektor referer i hovedsak til første del av min problemstilling om hvilke strategier som er benyttet i to kommuner for å oppnå bedre koordinering av helse- og omsorgstjenesten. Bruk av strategier må også sees i forhold til kommunens interne handlingsrom samtidig med at Samhandlingsreformen påla kommunen nye oppgaver. Bruk av strategier vil dermed gjenspeile føringer fra statlige myndigheter og de rammene som eksisterer i kommunen. Ved lov ble kommunen og statlig spesialisthelsetjeneste ved tilhørende helseforetak pålagt å inngå samarbeidsavtaler. Samarbeidsavtaler kunne vært en strategi kommunen hadde for å oppnå bedre koordinering mellom tjenestene, imidlertid ble denne strategien pålagt av staten ved lov og illustrerer en mulig begrensningene i handlingsrommet for kommunen.

### 2.3.1 Definisjon på strategi

Strategi er mer enn planlegging og handler blant annet om å tilpasse seg omgivelsene på en rasjonell måte (Johnsen 2014, 16). I motsetning til planlegging og budsjettering, som nødvendigvis må dekke alle områder av kommunal virksomhet, bør en strategi peke ut enkelte satsingsområder som skal vektlegges mer enn andre. Å være strategisk innebærer blant annet å gjøre prioriteringer og valg. Åge Johnsen illustrerer dette ved «furutreprinsipp» hvor enkelte mål trer tydeligere frem i styringsprosessene og gjerne har flere mål og måleindikatorer, og «grantreprinsippet» hvor alle deler av virksomheten dekkes og tillegges tilnærmet like mye oppmerksomhet. Strategier som kjennetegnes med elementer fra «furutreprinsippet» vil indikere mer rasjonalitet, enn hva strategier med mange utpekte satsningsmål gjør, samtidig som de egner seg bedre for reell strategisk styring (Johnsen 2007, 128). «Grantrestrategier» vil gjerne vokse best i et politisk klima fordi politikere ønsker å tilfredsstille flest mulig samtidig, gjennom forsøk på å spre prioriteringer. Joyce utdyper i likhet med Johnsen, at å prioritere henger sammen med å gjøre valg. Det er avgjørende å ta valg som følge av at

ressursene politikere og samfunnet har til rådighet er begrenset. En optimal ressursutnyttelse henger sammen med å ha gode strategier (Joyce 2015, 113).

I 2014 undersøkte Johnsen bruken av strategisk styring og planlegging i norske kommuner. Undersøkelsen påviste at de fleste norske kommuner har tatt i bruk strategisk planlegging og styring. Norske kommuner kan ha strategisk styring selv om de ikke har formelle nedskrevne strategiske dokumenter, men de kommuner som har påbegynt eller ferdigstilt et formelt strategisk dokument, hadde mer strategisk styring enn de andre. Flertallet kommuner oppga at de inntok stillingen som forsvarer i sitt strategiske arbeid, men noen også som utforsker. Strategisk styring, involvering av interessenter og type strategisk stilling forbedret og påvirket betydningen av strategisk planlegging (Johnsen 2014, 1-33).

Strategisk planlegging er ikke et krav til kommunene og Johnsen supplerte i 2017 med en studie av hvordan kommunene tilpasser sine strategiske prosesser til statlige krav og hvor utbredt frivillig strategisk planlegging er. Han fant at kommunen var enig i at de tilpasset sine strategiske planlegging i forholdsvis stor grad til statlige reguleringer og spesielt da økonomiplanleggingen, men at mange kommuner (41%) likevel hadde utarbeidet strategiske plandokumenter i tillegg til det som var pålagt. På spørsmål om hvilke styringsverktøy kommunene benytter er utarbeidelse av handlingsplaner og utvikling av nye mål og formål de mest vanlige i tillegg til brukerundersøkelser. Andre analyser, slik som SWOT, konkurranseanalyse, markedsanalyse og interessentanalyse ble lite brukt (kun 5-9%). Johnsen analyserte også hvordan kommunene tilpasset seg sine omgivelser og kom til at 66% av kommunene hadde en holdning som forsvarere, 46% var utforsker og 25% var etternølere (Johnsen 2017, 17-35).

Begrepet strategi har flere definisjoner hvor hver definisjon illustrer ulike perspektiv. Quinn presenterer den mer tradisjonelle tilnærmingen hvor han definerer strategi som et konsept med utgangspunkt i rasjonell tenkning og handling: «A strategy is the pattern or plan that integrates an organizations major goals, policies and action sequences into a cohesive whole» (Quinn 1988, 3). Mintzberg Ahlstrand og Lampel, har i forsøk på å ramme inn strategifagets omfattende jungel, definert strategi med fem ulike fokus: strategi som plan, mønster, posisjon, perspektiv og spill.

Strategi som *plan* gir oss et bilde av noe bevisst, noe som skal skje frem i tid, og som gir retning og holdepunkter for fremtidig atferd i en organisasjon. Strategi som *mønstre* ser tilbake på faktisk atferd og gir uttrykk for tilpasninger og avvik fra planen, og utgjør den gjennomførte strategien. Det er en sentral tanke at en planlagt strategi vanskelig lar seg realisere til det fulle fordi evnen til å forutse alle relevante variabler nødvendigvis er begrenset. Mønstre som gjør seg gjeldende i ettertid representerer den faktiske strategien, som ofte utgjør en kombinasjon av tilsiktede og utilsiktede strategier og handlinger (Mintzberg 2009, 9-16)

Den tredje definisjonen på strategi ifølge Mintzberg, er *posisjon*. Her er hovedbudskapet at en organisasjons strategi innebærer å posisjonere seg i et marked hvor de er i konkurranse med andre aktører. Denne tankegangen har trolig mest relevans i privat næringsliv, men det er også situasjoner hvor offentlige virksomheter er i konkurranse med andre aktører og kan dra nytte av en posisjonerings-tankegang. For eksempel vil det offentlige forsøke å posisjonere seg ved tildeling av goder i en budsjettprosess for å oppnå rom/slakk i budsjettet.

I motsetning til posisjonering vil *perspektiv* som definisjon se innover i organisasjonen, og være uttrykk for en bestemt måte å drive virksomheten fremover på. Denne definisjonen viser til hvilket perspektiv, eller overbevisning en virksomhet har, når virksomheten skal utvikles. (Mintzberg 2009, 9-16). Femte og siste definisjon er strategi som et spill. Her utgjør strategi et *spill*, med den hensikt å skaffe seg et fortrinn, ofte på bekostning av andre aktører. Dette gjør seg gjeldende i både privat og offentlig sektor og kan utspille seg som listige trekk for å utmanøvrere konkurrenter eller motstandere. Man finner igjen dette i privat sektor og bedrifters forhold til sine kunder, men også i offentlig sektors samspill med resten av samfunnet (Mintzberg 2009, 9-16).

### 2.3.2 Strategisk stilling

Boyne og Walker utarbeidet i 2004 en matrise som søker å forklare det strategisk innhold i offentlige virksomheter. De delte dette inn i to dimensjoner; den *strategiske stilling* en virksomhet har, og de *strategiske tiltak* som benyttes (Boyne 2004, 239). En benyttet strategi vil gjenspeile hvilken strategiske stilling kommunen har. I rammeverket til Boyne og Walker er disse delt inn i tre kategorier etter Miles og Snow sin modell fra 1978. En virksomhet (ref. kommune) kan velge å respondere på endringer med å utforske endringen, ved å forsvare nåværende posisjon, eller ved å nøle til endringen blir påtvunget. Boyne og Walker har ikke valgt å plassere en virksomhet i kun en av kategoriene, men hevdet at de tre stillingene

illustrerer mulig respons på nye situasjoner hvor de fleste vil ha elementer av alle tre (Boyne 2004, 239).

I følge Boyne og Walker kan man i offentlig sektor forvente at utforskere er innovative og at de er fremoverlent gitt nye situasjoner. Disse virksomhetene vil ofte være ledende innen sitt område, fordi en forventer en mer uredd holdning enn i andre virksomheter. En virksomhet med karakteristikk som utforsker er villig til å ta mer risiko enn hva forsvarer og etternøler er. Forsvarer vil ikke forsøke å være ledende på feltet, men vil heller adoptere endringen når den først er testet ut av andre. Virksomheter som innehar en forsvarerposisjon vil se på nye tjenester og produkter mer konservativt enn virksomheter i en utforskerposisjon og vil heller velge å fokusere på et mindre segment av markedet for å beholde sin eksisterende posisjon. Etternølere har ikke noen konsistent strategisk stilling og ofte mangel på strategi. Etternølere vil først justere sin strategiske posisjon når omgivelsene fremtvinger det. Slik sett kan det sannsynliggjøres at den strategiske adferden faktisk er styrt av eksterne omgivelser og myndigheter (Boyne 2004, 241).

Strategisk stilling viser en del av en virksomhets kultur for å tilpasse seg endringer i omgivelsene. Alle posisjonene kan være utledet av rasjonelle valg, eller komme som følge av tilfeldigheter. En utforskerposisjon er ikke nødvendigvis mer rasjonell enn hva etternølerposisjon er. Graden av rasjonalitet vil variere i hvert enkelt tilfellet. For eksempel kan posisjon som etternøler være et bevisst og positivt valg i offentlig sektor, hvor man stadig må oppfylle varierende krav fra eksterne interessenter i et komplekst marked. En offentlig virksomhet som innehar en utforskende stilling vil også kunne falle under for risikoen ved å teste ut nye ting som viser seg å ikke fungere. Risikoen ved å være for rask i endringsprosesser i det offentlige er at man har feilet å se alle konsekvenser ved justeringen, og resultatet kan indikere beslutninger av svært begrenset rasjonalitet (Boyne 2004, 243).

### 2.3.3 Strategiske tiltak

Den andre dimensjonen Boyne og Walker omtaler er strategiske tiltak. Strategiske tiltak beskrives som differansen mellom tiltenkte strategier og strategier som faktisk er iverksatt. Virksomheter og organisasjoner operasjonaliserer sine strategier gjennom spesifikke handlinger som respons på påvirkning fra eksterne og interne faktorer, slik som markeder, tjenester, inntekter og annet. De presiserer at det vil være behov for å utvide disse dimensjonen til bedre å passe med offentlig virksomhet (Boyne 2004, 241).

Jeg har sett på hvilke strategier to kommuner har rigget seg med for å bedre koordinere sine helse- og omsorgstjenester. I undersøkelsen vil det fremkomme hvilken strategisk stilling og hvilke strategiske tiltak kommunene har. Både stilling og tiltak vil også kunne belyse eventuelle variasjoner mellom kommunene. Kan man anta at den strategiske stillingen i en kommune har betydning for hvordan den tilpasser seg føringer innenfor samhandling, og dermed anta at det er utforskerne som er foregangskommuner også innenfor dette feltet? Som en fortsettelse på denne tankerekken ønsker har jeg undersøkt betydningen av kommunens strategiske stilling ut i fra de strategier for koordinering som jeg fant.

I 2012 undersøkte Hinderaker og Nikolaisen graden av strategisk planlegging og styring i kommunesektoren, hvilke planleggings- og styringselementer som brukes og hva som er innholdet i kommunenes strategi. De undersøkte også om kommunestørrelse, økonomisk handlefrihet og de strategiske stillingene utforsker, forsvarer og etternøler, påvirker kommunens strategiske styring (Hinderaker 2012, 1-50). 43% av kommunene som svarte på spørreundersøkelsen oppga at de ikke hadde strategiske planer i tillegg til lovpålagte planer, 40% svarte at de hadde planer i tillegg og 18% svarte at de har en påbegynt plan. På spørsmål om bruk av strategiske verktøy var det 86% som svarte at de hadde besluttet satsningsområder, 83% oppga at de hadde utarbeidet handlingsplaner, 79% hadde formulert visjon og formål, 44% hadde evaluering av styrker og svakheter, men kun 5-9% oppga bruk av andre virksomhetsanalyser, slik som verdikjedeanalyser, markedsanalyser og konkurranseanalyser. 63% av de spurte kommunene mente strategisk planlegging er bra for kommunikasjonen med eksterne interessenter, mens kun halvparten av kommunene mente at det bidro til å opprettholde gode interkommunale relasjoner (Hinderaker 2012, 31-33).

Av strategiske tiltak fant de at organisasjonsendringer var et mye brukt tiltak i norske kommuner og hele 85% hadde benyttet dette som et strategisk tiltak. Nesten like mye benyttet var tiltaket å redusere kostnader og 84% oppga dette. 79% svarte at de hadde tiltak om å øke



tjenestekvaliteten. Tiltakene samsvarer med handlinger som ofte utøves av virksomheter som har inntatt en strategisk posisjon som forsvarer. I undersøkelse svarte 81% av de spurte at de selv vurderte å ha en strategisk stilling som forsvarer, 44% svarte at de anså seg selv som å ha stilling som utforsker og 28% mente de var etternølere. Den strategiske stillingen utforsker viste seg å bety mer for variasjonen i strategisk styring enn kommunestørrelse og økonomisk handlefrihet. Den strategiske stillingen forsvarer betyr omtrent like mye for strategisk styring som kommunestørrelse. Videre viste analysen at kommunestørrelse betyr mer for variasjonen i strategisk styring enn økonomisk handlefrihet, som ser ut til å ha en forholdsvis liten innvirkning på variasjon i strategisk styring. (Hinderaker 2012, 36-45).

## **2.4 Samhandling, samstyring, samordning og koordinering**

Min undersøkelse er avgrenset til kommunale strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten. For å fornemme hva som ligger i begrepene samhandling og koordinering ved samhandling vil jeg klargjøre dette. I boka «Dugnadsånd og forsvarsverker» beskrives det som betegnes som den offentlige sektors dilemma. Den offentlige sektor legger beslag på for stor del av samfunnets- og fellesskapets ressurser, og i særdeleshet de offentlige helsetjenestene. Dette gjør at behovet for budsjettnedskjæringer stadig er i fokus, samtidig som sektorens kapasitet er under press og forventninger til offentlige tjenesteytelse øker. Dette dilemmaet forsøker myndigheten å løse ved å få til bedre samarbeid og koordinering mellom enheter, med sikte på å øke kompetanse og ressursutnyttelse i allerede eksisterende system (Repstad 2013, 19-21).

Fordi helsetjenester i Norge leveres på flere nivåer og av mange aktører, skapes det overganger i tjenestetilbudet. En overgang kan være både en fysisk overflytting, slik som utskrivelse fra sykehus til et kommunalt sykehjem, men kan også være overføring av oppfølgingsansvar. Utredninger før og under arbeidet med Samhandlingsreformen fastslo at slike overganger fører til et fragmentert pasientforløp, med uheldige konsekvenser, slik som reinnleggelser og forverring i helsetilstanden. Hovedmålet med Samhandlingsreformen, slik det ligger i navnet, var nettopp å få nivåene til å samhandle bedre, fordi disse glippsonene både er kostbare og svært uheldige for pasienten (Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement 2011). Å koordinere de norske helsetjenestene kan i beste fall omtales som å operere i komplekse systemer, men i norsk og nordisk sammenheng er det ikke nytt å involvere bedrifter, organisasjoner, fagforeninger, og andre, i offentlige beslutninger. Dette er tradisjon i den nordiske styringsmodellen (Vabo 2008, 88). Slik det er nevnt tidligere, åpner slike komplekse systemer opp for behovet for strategiske planlegging og styring.

Begrepet samhandling defineres i bokmålsordboka som samspill og vekselvirkninger mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre. Huxham og Vangen skriver i sin bok «Managing to collaborate»: «Collaboration refers to any situation in which people are working across organisational boundaries toward some positive end». De beskriver kompleksiteten og utfordringer i samhandling ved at partene ofte har forventninger til at de må enes om mål, kultur, kommunikasjon, maktforhold og tillit, *før* de kan igangsette handling. Denne forventningen er vanskelig å løse, da parter sjelden har de samme målene og behovene, og dermed vil konsensus før handling være vanskelig å oppnå. De hevder isteden at samhandling bør iverksette *gjennom* handling, selv om det ikke er konsensus, for å se om handling kan føre til felles forståelse og uventede løsninger som alle kan enes om (Huxham 2005, 36).

Tre viktige kjennetegn ved samhandling er at det skjer mellom organisasjoner og enheter, med hensikt å løse problemer, nå mål man ikke klarer å løse alene, og at det er basert på frivillig samarbeid. Imidlertid har samhandling mange grenseoverskridende oppfatninger og begreper, slik som koordinering, samarbeid og samordning. Koordinering er når flere forhold er satt opp mot hverandre og vurdert i forhold til en helhet, og at man tilpasser delene slik at helheten blir best mulig. Samarbeid reserveres ofte for de tilfellene der koordinering skjer som følge av frivillig innsats fra alle involverte parter. Samordning skjer når en tredjepart pålegger andre å koordinere sin virksomhet. Koordinering er et mer generelt begrep, som omfatter både samarbeid og samordning. Koordinering kan skje gjennom frivillig innsats (samarbeid) eller gjennom tvang (samhandling), selv om formålet med samhandling er å koordinere oppgavene (Jacobsen 2014, 81-82). Innenfor de norske helsetjenestene benyttes samtlige av disse formene. Samarbeid og samhandling som en frivillig øvelse, har alltid eksistert mellom nivåene innenfor helse, mens Samhandlingsreformen kan sies å komme som et mer koordinert forsøk på å samordne tjenestene.

For å oppnå koordinering av oppgaver gjennom samhandling, beskriver Bouckaert tre forskjellige mekanismer som kan benyttes; koordinering gjennom hierarki, gjennom marked, eller gjennom nettverk. Koordinering gjennom hierarki karakteriseres først og fremst der hvor autoritet og makt ligger til grunn for koordineringen, at den påvirkes og styres ovenfra gjennom å pålegge eller overtale til samarbeid. Ofte koordineres det også gjennom lover og budsjett. Koordinering gjennom marked skjer når byttehandel og konkurranse er grunnlaget for koordineringen. Poenget er at koordineringen styres gjennom insentiver som gjør arbeidet lønnsomt og dette kan skje via forhandlinger, prismekanismer eller kontrakter som regulerer

forholdet. Koordinering gjennom nettverk forutsetter gjensidig avhengighet og tillit mellom partene. Solidaritet ligger til grunn og partene utveksler ressurser, informasjon, felles normer og forpliktelser (Bouckaert 2010, 35-50).

Interkommunalt samarbeid (IKS) er et eksempel på samhandlingsstrategi koordinert gjennom nettverk. Norsk institutt for By og Region forskning (NIBR) undersøkte i 2014 omfanget av interkommunalt samarbeid på helseområdet etter Samhandlingsreformen. Undersøkelsen viste at interkommunale samarbeid på helseområdet er utbredt og at om lag to tredjedeler av kommunene gjør dette. Undersøkelsen begrunner ikke hvorfor kommuner velger interkommunalt samarbeid fremfor å håndtere helseområdet på egen hånd, men det viste seg at mange av samarbeidene eksisterte også før Samhandlingsreformen og dermed nødvendigvis ikke illustrerte ny strategi (Tjerbo 2014, 1-24).

Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommunen betegner hvordan et av virkemidlene i Samhandlingsreformen benyttet koordinering gjennom hierarki. En studie utført av Gautun, Thokle, Martens og Veenstra utforsket betydningen av de lovpålagte samarbeidsavtalene og fant at det var høy terskel for å bringe saker inn til den nasjonale tvisteløsningsnemnda som er opprettet, og at sakene som ble brakt dit oftest gjaldt at kommunen vurderte utskrivningen som for prematur. Undersøkelsen antyder at spenningsnivået mellom kommune og sykehusene kan ha økt etter Samhandlingsreformen, men understreker funn som indikerer at samarbeidsavtalene kan være en god ramme for samhandling mellom sykehus og kommune, selv om de ikke kan erstatte den daglige dialogen omkring utskrivning av pasienter til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Gautun 2016, 88-94).

En studie av hvordan helse- og omsorgstjenestene tar imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene etter Samhandlingsreformen, viste at 7 av 10 informanter opplevde økning i antall pasienter som kom fra sykehus til deres tjeneste etter Samhandlingsreformen trådte i kraft. Betydelig flere hjemmesykepleiere oppga dette (78%), sammenliknet med de som jobbet i sykehjem (59%). Dette indikerer at det vil oppstå et behov i kommunen for å se på annen strategi enn før Samhandlingsreformen. Det var også forskjeller på hvilke diagnoser de fleste i sykehjem hadde, sammenliknet med de som mottok hjemmetjenester. Dette anskueliggjør behov for bedre koordinering av kommunens kompetansefordeling mellom sykehjem og hjemmetjenester (Gautun 2013, 1-61).

Styringsinstrumenter i lys av det kommunale handlingsrommet, strategi og samhandling danner det teoretiske grunnlaget for mine forskningsspørsmål om hva som har betydning for strategier i koordinering av helse- og omsorgstjenestene. Ut ifra det teoretiske rammeverk forventer jeg å finne følgende oppsummert i mine antagelser:

Kommunene responderer på styringsinstrumentene benyttet i Samhandlingsreformen og er lydige ovenfor nasjonale myndigheter.

Forhold i den enkelte kommune har stor betydning for den strategiske stilling kommunen har og de strategiske tiltak som benyttes.

Strategiene jeg finner er tilpasset den spesifikke karakteristikken i den enkelte kommune.

Den kommunen med best utarbeidet strategisk planverk har de beste strategiske tiltakene.

Kommunens økonomiske handlingsrom har stor betydning for måten kommunen driver sitt strategiske arbeid.

Sosioøkonomiske forhold har stor betydning for måten kommunen driver sitt strategiske arbeid.

### **3.0 Data og metode**

#### **3.1 Undersøkellesdesign**

Studien er en komparativ casestudie mellom to norske kommuner. I følge Ringdal kan et case være familier, bedrifter, land, kommuner, virksomheter osv. Målet med en komparativ casestudie er å finne en teoretisk interessant sammenlikning mellom to eller flere case. Bruk av komparative casestudier gjør at man kan forstå samfunnsfenomener bedre når et case sammenlignes med et eller flere andre case (Ringdal 2013, 170-171). Som følge av tidsbegrensninger har jeg kun observasjoner av to enheter, kommunene Nedre Eiker og Røyken (fra nå av NE og R). Kombinasjonen intervjuer og dokumentanalyse av kommunens styringsdokumenter, gjør at kan jeg oppnå å få mest mulig informasjon om fenomenet, da dokumentene i større grad viser mål, visjoner og planer, mens informantene fokuserer mer på operasjonaliseringen. Kombinasjonen vil også gi innsikt i forholdet mellom nedskrevne strategier og strategier som faktisk iverksettes.

For å undersøke hvilke strategier som er benyttet for å koordinere helse- og omsorgstjenesten har jeg valgt en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer. Jeg har valgt semistrukturert intervju, fordi denne metoden balanserer det strukturerte med en mer fleksibel tilnærming (Johannessen 2016, 114). Strategisk planlegging og styring i kommuner er forholdsvis hyppig studert med kvantitative studier, som generaliserer sine funn. Disse studiene stadfester at norske kommuner i stor grad benytter strategisk planlegging og styring, til dels utover hva som er pålagt av staten. Mye av evalueringen etter Samhandlingsreformen har omhandlet om man kan finne reduksjon i gjennomsnittlig liggedøgn i sykehusene, og om antallet innleggelser er redusert, da dette var viktige mål i reformen. Jeg ønsket derfor å se mer inngående på noen enkelttilfeller av kommuner i Norge, og hvordan disse har rigget seg strategisk for å imøtekomme kravene etter Samhandlingsreformen.

### **3.2 Variabler**

Jeg skal undersøke strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten i to kommuner. Dette er den avhengige variabel og jeg ønsker å beskrive og se på mulige variasjoner mellom de to kommunene. Den første delen av undersøkelsen er deskriptiv, og beskriver de to kommunenes strategiske mønster, tiltak og planer. Den neste delen av undersøkelsen analyserer faktorer som kan ha betydning for de variasjoner jeg fant. Intervjuguiden er utformet med spørsmål som gjør at informantene må beskrive hvordan samhandlingen om brukere og pasienter i kommunens helse- og omsorgstjeneste foregår.

Uavhengige variabler er faktorer, eller krefter, som potensielt har en betydning for den avhengige variabelen. Dette kan være faktorer som har betydning for hvilke strategier en kommune benytter og på hvilken måte disse benyttes. Som eksempel kan dette være kommuneøkonomi, demografiske og sosioøkonomiske forhold. Kommunens avstand til sykehus kan for eksempel påvirke samhandlingsstrategier, da stor avstand til sykehuset kan gjøre at kommunen har flere tiltak selv. Befolkningssammensetningen i en kommune vil også påvirke. For eksempel vil høy andel over 67 år i kommunen øke behovet for helsetjenester og igjen stille større krav til strategi innenfor helsefeltet, fordi etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester øker med alder. Figuren på neste side illustrerer forholdet mellom avhengig og uavhengige variabler.



Figur 3.1: Krefter som kan ha betydning for kommunens bruk av strategier

### 3.3 Datainnsamling

Analyseenhetene er de to kommunene NE og R. Observasjonsenhetene er dokumentene, sammen med de semistrukturerte intervjuene av to ansatte og en politiker i hver kommune, til sammen seks informanter. Politiker i NE frafalt undersøkelsen og jeg endte dermed opp med kun fem informanter. Datainnsamlingen er foregått i perioden august 2017 til januar 2018. Dataene er en kombinasjon av sekundærdata i form av dokumenter, slik som budsjett, årsrapporter, planarbeid, strategidokumenter, og primærdata i form av semistrukturert intervju. Jeg foretok dokumentanalysen før jeg utarbeidet intervjuguiden, slik at jeg hadde bedre grunnlag for å utarbeide presise spørsmål. Dokumentanalysen og intervjuene sammenfattet godt med hverandre og er etter min oppfatning komplementerende. Etter koding av både primærdata og sekundærdata observerte jeg at sekundærdataen ga god og utfyllende informasjon om mål, visjoner og utfordringer, mens primærdata fra intervjuene ga mer informasjon om tiltakene og hva tjenestene egentlig gjorde.

### 3.4 Utvalgskriterier for valg av kommuner

Måten utvalg trekkes på i kvalitative, komparative undersøkelser avhenger av type design. Ved en eller få caser er det naturlig å velge strategisk for å oppnå mest mulig informasjon om akkurat dette caset. Ved flere enn ett case skilles det mellom serielle caser, hvor utvalget blir til underveis, og multiple caser hvor utvalget er planlagt på forhånd (Ringdal 2014, 178). Jeg har valgt det siste, for å oppnå en planlagt sammenlikning og kontrast langs noen få sentrale forklaringsvariabler. Neste steg er å beslutte om man skal basere sammenlikningen på mest mulig like, eller mest mulig ulike caser. Ved å sammenlikne mest mulig like caser er man nærmere design med elementer fra eksperiment. Det gjelder å finne to case som har ulikt utfall på den avhengige variabelen (i min undersøkelse strategier for koordinering), men som ellers er mest mulig like bortsett fra på et fåtall forhold som kan forklare forskjellen i utfall (Ringdal 2014, 180). I komparative analyser er det også hensiktsmessig å velge utgangspunkt for perspektiv på hvordan du skal forstå casene. Variabelperspektivet retter oppmerksomheten mot generelle sammenhenger mellom variabler, heller enn å fokusere på unike trekk ved hvert enkelt case. I motsetning finnes caseperspektivet som er innrettet slik at man skal forstå hvert enkelt case (Ringdal 2014, 180). Min undersøkelse tar utgangspunkt i mest mulig like caser og caseperspektivet.

#### 3.4.1 Kommunestørrelse og demografiske forhold

For å finne et strategisk utvalg av to kommuner ønsket jeg å se på to like store kommune og holde dette konstant. Nedre Eiker (N)E hadde et innbyggertall per 31.12.16 på 24 718 mennesker. Kommunen har hatt tilvekst i befolkningen hvert år i perioden 2012 til 2016 på mellom 1 % og 1,63 %. Kommunens befolkning bor fordelt mellom fire større tettsteder, hvor Mjøndalen er det største med 8000 innbyggere. Bebyggelsen fordeles mellom flest eneboliger, noe rekkehus og noe blokkbebyggelse. Kommunen grenser til byen Drammen og har enkel tilgang på sentrumsnære tjenester. NE skal danne ny kommune med Drammen som følge av kommunereformen.

Røyken (R) er en kommune med sterkere befolkningsvekst enn NE, med 9,7% fra 2012 til 2016. Per 31.12.16 hadde kommunen et totalt innbyggertall på 21 492. Kommunens areal er 112,63 kvadratkilometer. Kommunens befolkning bor fordelt mellom 11 små tettsteder. Bebyggelsen er i hovedsak eneboliger i landlige omgivelser. I forbindelse med kommunereformen har R inngått intensjonsavtale med Asker og Hurum kommune om sammenslåing i 2020. Tabellen på neste side viser befolknings sammensetningen i de to kommunene.

Tabell 3.1: Prosentvis fordeling av befolkningen i de to kommunene

Aldersgruppe per 31.12.16	NE	R
0-5	7%	7,7%
6-15	13%	14%
16-66	66,5%	66%
67+	13,5%	12,4%

Målt i antall innbyggere og i aldersfordeling er kommunene like. Jeg karakteriserer med dette kommunene som like i henhold til befolkningsstørrelse og alderssammensetning.

#### 3.4.2 Forhold til sykehus

Begge kommuner sokner til Drammen sykehus i helseforetak Vestre Viken. Ved å velge to kommuner fra samme opptaksområde, kontrolleres det noe for hvordan sykehuset eventuelt påvirker kommunene. Både NE og R har faste samhandlingsmøter med samme koordinator på Drammen sykehus. Innbyggerne sokner imidlertid til Helseregion Sør-Øst, og kan bli sendt til alle sykehus innenfor regionen. NE ligger svært nær sykehuset, mens R har noe lengre avstand. Jeg vil karakterisere NE som en noe mer sentrumsnær kommune enn R, men forskjellen er for liten til at disse to kan karakteriseres som forskjellige på dette området og dermed vil avstanden til sykehuset i dette tilfellet ikke ha betydning for kommunenes strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten.

#### 3.4.3 Kommuneøkonomi

Ved inngangen til 2016 hadde NE et akkumulert underskudd på 52 millioner kroner. Kommunens gjeldsgrad på 1,5 milliarder kroner, ansees ikke som et spesielt høyt nivå i forhold til andre, men på grunn av svekket økonomisk handlingsrom har de liten evne til å takle renteøkninger og økte avdragskrav. NE er siden 2014 underlagt statlig kontroll og godkjenning etter kommunelovens §60 og er registrert i ROBEEK (register om betinget godkjenning og kontroll) (Fylkesmannen 2018). Bakgrunnen for registrering i ROBEEK er når en kommune, eller fylkeskommune over lengre tid har hatt økonomisk ubalanse og merforbruk. Kommuner som er registrert her, må ha statlig godkjenning for å foreta gyldige vedtak om låneopptak eller langsiktige leieavtaler. I tillegg skal staten kontrollere og fatte vedtak på kommunens budsjett så lenge den står oppført i ROBEEK (Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartementet 2017).



R beskriver selv at de har en sunn og bærekraftig økonomi med rom for prioriteringer. Ved inngangen til 2016 hadde de et mindreforbruk på 6,8 millioner kroner. Kommunen har en samlet gjeld på 2,3 milliarder kroner, som de selv beskriver som svært høy gjeldsgrad og dermed at renter og avdrag vil legge beslag på kommunens handlingsrom i årene fremover. NE har lavere gjeld enn kommune R, men har dårligere løpende økonomi. Jeg har tatt utgangspunkt i budsjett og årsregnskap for 2016 som er offentlig tilgjengelig. Her fremkommer det at NE budsjetterte med 348 millioner kroner til sine helse- og omsorgstjenester og at R budsjetterte med 250 millioner kroner. Dette utgjør en differanse mellom de to kommunene på 98 millioner kroner og kan sies å være en ganske stor differanse for to kommuner av lik størrelse. Jeg vil derfor definere kommunenes økonomiske handlingsrom som ulikt.

I kommunen avgjøres mange prioriteringer gjennom det lokalpolitiske systemet. Strategier kan dermed påvirkes av prosessen og den politiske sammensetning. Jeg har derfor valgt å benytte en lokalpolitiker som informant i undersøkelsen. Etter kommunestyrevalget i 2015 har NE et kommunestyre som ledes av Arbeiderpartiet i samarbeid med flere partier, mens R ledes av Høyre med flertall. Faktorene økonomi og politisk ledelse har jeg oppført som forskjellig i de to kommunene. Det må også påpekes at begge kommuner skal inn i kommunesammenslåing i 2020, som medfører at undersøkelse av strategier i de to kommunene kan være av interesse, før, under og etter sammenslåing.

#### *3.4.4 Sosioøkonomiske forhold i kommunen*

I 2016 fører NE en driftsutgift til sosiale tjenester på 80 millioner kroner i sitt årsregnskap. Det fremkommer både i kommuneplan og i intervju at de opprinnelig er en industrikommune, hvor få har høyere utdanning og en stor andel har sosiale problemer som har gått i arv. R fører i sitt årsregnskap 25 millioner kroner i driftsutgifter til sosiale tjenester og oppgir i årsberetning at de ligger godt under landsgjennomsnittet for utbetaling av økonomisk sosialhjelp. Videre beskrives innbyggerne i kommunen som høyt utdannede med god inntekt. Jeg vil kategorisere 55 millioner kroner i differanse i utgifter til sosiale tjenester som en stor forskjell mellom to like store kommuner. Tabellen på neste side oppsummerer likheter og ulikheter mellom kommunene.

Tabell 3.2: Flest forskjeller eller flest likheter på uavhengige variabler mellom NE og R?

Utvelgelseskriterium	Likt	Ulikt
Samhandlingsreformen	X	
Avstand til sykehus	X	
Sokner til samme sykehus	X	
Demografi	X	
Kommuneøkonomi		X
Sosioøkonomiske forhold		X
Kommunestørrelse	X	
Politisk ledelse		X

Med utgangspunkt i de gitte utvelgelseskriterier vil jeg si at de to kommunene har flest likheter. Allikevel er det noen forskjeller som kan undersøkes om gir utslag i kommunens strategier. Kommuneøkonomien utgjør den største variasjonen jeg har funnet og sosioøkonomiske forhold er også forskjellig. I lys av disse forskjellene har jeg sett på variasjon i strategier mellom de to kommunene.

### 3.5 Informanter og datainnsamling

Informantene er valgt strategisk med fire nøkkelpersoner, tre i NE og tre i R. For å kunne innhente mest mulig informasjon, har jeg valgt å intervju den personen i kommunen som har det daglige ansvaret for tildeling av helsetjenester i kommunen. Dette er som regel leder/teamleder/samhandlingskoordinator ved kommunens bestillerkontor/tildelingskontor. Denne personen skal ha konkret, inngående oversikt og kunnskap om det som gjøres i kommunens helse- og omsorgstjeneste. Denne informanten er nr. 2. Informant nr. 1 er lederen til informant 2, og skal ha mer overordnet kunnskap om hvordan kommunen har lagt opp sitt strategiske arbeid. Informant 3 er leder for kommunestyret og ordfører. Intervjuet med informant nr. 3, politikeren, er utført mer som en samtale, da denne ikke har inngående kjennskap til daglig drift. Det er frafall på informant nr. 3, politiker i NE, da vedkommende ikke besvarte mine henvendelser. Dette resulterte totalt fem informanter hvorav bare en politiker.

For å oppnå en mer fleksibel tilnærming har jeg valgt semistrukturert intervju. Ved bruk av semistrukturert intervju vil jeg kunne legge inn tillegsspørsmål og oppfølgingsspørsmål som kan utgjøre en forskjell for den informasjonen jeg trenger om de strategier som er benyttet. Av praktiske hensyn er intervjuene utført telefonisk.

Dokumentene som er benyttet i dokumentanalysen er fra 2016, slik at dokumentanalysen viser et tverrsnitt fra dette år. For eksempel har NE laget en helse og velferdsplan som ble vedtatt 7. juni 2017 som ikke er med i dokumentanalysen på grunn av at denne kom året etter. Alle dokumentene som er analysert er offentlig tilgjengelige dokumenter. Alle kommuner har ikke utarbeidet like dokumenter og dette gjelder også NE og R. Til felles har de kommuneplan og økonomiplan som er pålagt sammen med budsjett. Andre dokumenter, slik som strategier, plandokumenter og rapporter vil derfor variere. Oversikt over hvilke dokumenter som er med i analysen er vedlagt.

### **3.6 Etikk**

Informantene i min undersøkelse er ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjeneste, deres ledere og i tillegg en lokalpolitiker. Kommunene som er intervjuet er ikke anonymisert og informantene kan gjenkjennes i form av sin stilling. Informantene har på forhånd gitt samtykke til dette. Før intervjuene har jeg snakket med informantene på telefonen og hvert intervju startet med en kort uformell samtale, før jeg informerer om min undersøkelse og hva denne skal brukes til. I dette segmentet forklarte jeg informantene at informasjonen jeg er interessert i omhandler kommunens organisering og strategier og at jeg ikke ønsker informasjon som omhandler enkeltindivider. Videre informerte jeg om at intervjuet gjøres med diktafon hvor materialet slettes etter transkribering. Spørsmålene omhandler verken direkte, eller indirekte personopplysninger, men er forbeholdt et overordnet systemnivå. Innsamlet data via lydopptak, transkribering og koding er slettet umiddelbart etter ferdigstilling av undersøkelsen.

Før jeg samlet inn primærdata undersøkte jeg om mitt prosjekt berøres av meldeplikt ved Norsk senter for forskningsdata (NSD). På deres nettsider har de en meldeplikt test jeg gjennomførte og resultatet var at mitt prosjekt ikke berøres av meldeplikten. Da prosjektet ikke er innmeldt, var det ekstra viktig å være bevisst oppbevaring og bruk av materialet som fremkom av intervjuene. For eksempel minnet jeg informantene på deres taushetsplikt og at de måtte unngå å oppgi indirekte eller direkte opplysninger som kan knyttes til personer. Sekundærdata som er analysert i mitt prosjekt er offentlig tilgjengelige dokumenter jeg har funnet på internett og fått tilsendt av informantene i kommunen.

### **3.7 Datareduksjon og analyse**

Intervjuene ble gjennomført i uke 1, 2 og 3 i 2018 og det ble gjort lydopptak med diktafon av hvert intervju. Jeg tok også notater under intervjuene, slik at jeg kunne sammenlikne mine notater med transkriberingen av lydopptakene i etterkant. Transkriberingen ble utført i uke 4, 2018 og lagt inn i en matrise for koding. Dette har jeg valgt å gjøre for å skape oversikt og å forenkle og sammenfatte tekstens innhold. En stor del av analysen har foregått parallelt med datainnsamlingen og derfor har jeg valgt å presentere dette samlet i kapittel 4. Jeg har valgt å kode svarene i kolonner for deskriptive, fortolkende eller forklarende. For å få størst mulig innsikt i betydningsfull informasjon, har jeg valgt å kategorisere disse tre, selv om jeg har lagt minst vekt på svar rundt holdningsspørsmål. Intervjuguide og transkribering er vedlagt oppgaven.

Dokumentanalysen er også kodet i matrise. Før jeg innhentet dokumentene, laget jeg en liste over de ord og begrep som kunne bidra med å finne relevant informasjon i dokumentene. Ved å benytte søkefunksjon og søke opp relevante ord slik som helse, utskrivningsklar, pasient, KAD, ol. ble det lettere finne informasjon om ulike planer tiltak og mønstre i dokumentene.

### **3.8 Reliabilitet og validitet**

Reliabiliteten i en kvalitativ analyse er avhengig av hvordan forskeren begrunner hvilken data som brukes, hvordan den er samlet inn og hvordan den er bearbeidet. Det er umulig å kopiere en kvalitativ undersøkelse fordi forskeren selv er et instrument som ikke kan kopieres (Johannessen 2016, 112). Validiteten måles ofte i begrepsvaliditet og om studien representerer virkeligheten. Dette redegjøres for med informasjon om metoder for datainnsamling, intervjumetode og analyse av transkripsjoner. Skjevheter, bortfall og svakheter må fremkomme, med refleksjon rundt disse.

I undersøkelsen benytter jeg meg selv som instrument både i intervjuene og i dokumentanalysen. Min bakgrunn og mine subjektive fortolkninger vil dermed til en viss grad påvirke funnene. Det er derfor viktig at jeg under prosessen tar noen skritt tilbake og til siden for å stille meg selv kritiske spørsmål, for å oppnå større grad av pålitelighet. Med hensyn til objektivitet har jeg valgt to kommuner hvor jeg ikke har tilknytning, eller tidligere kjennskap om forhold der. Strategier i helse- og omsorgstjenesten er et lite sensitivt tema, sammenliknet med for undersøkelser om arbeidsmiljø og konflikter. Jeg oppfattet at informantene var åpne om temaet og at beskrivelser av fenomenet var uproblematisk.

For at jeg skulle forstå hvordan informanten tolker og forstår strategier, har jeg forsøkt å se refleksivt ved å utforske min egen rolle og egne perspektiver for å unngå å tolke disse inn informantenes tolkninger. Jeg har sett på Samhandlingsreformen og virkemidler i denne som fenomener og et case hvor kommunen utøver et tilsvarende på dette fenomenet. Svarene fra intervjuene har jeg delet opp i mindre biter og elementer før jeg har tolket de og igjen satt de inn i en sammenheng og i en større kontekst.

## **4.0 Resultater, analyse og drøfting**

I dette kapitlet presenter jeg en sammenfatning av mine funn før jeg analyserer og drøfter disse. Jeg har benyttet de samme dimensjonene for presentasjon av funnene, som jeg la til grunn i intervjuguiden og i dokumentanalysen. Første dimensjon jeg vil vise til er mål, visjoner og satsningsområder de to kommunene har for koordinering av helse- og omsorgstjenesten. Den andre dimensjonen er hvilke tiltak og virkemidler de har benyttet for å oppnå mål om bedre koordinering herunder: strategier, planverk de trekker frem og analyseverktøy de har brukt for kartlegging. Under tiltak og virkemidler vil jeg også vise til funn for strukturelle, finansielle, pedagogiske virkemidler kommunene har iverksatt for å oppnå bedre koordinering. Etter redegjørelsen av de konkrete funn, drøfter jeg disse ut i fra det teoretiske rammeverk om styringsinstrumenter, strategiske definisjoner og strategisk stilling. Sist i kapitlet presenterer jeg resultatene oppsummert i en tabell.

### **4.1 Mål, visjoner, satsningsområder og utfordringer**

Røyken kommune (R) har mer konkrete og detaljerte mål enn hva jeg fant i målene til Nedre Eiker kommune (NE). For eksempel oppgir NE at folkehelse er utpekt som hovedsatsningsområde i kommunen og at kommunens helseprofil skal være på høyde med de beste i landet, men de utdyper ikke videre hva som ligger i dette. De har stort målfokus på egenmestring av sykdom og helse, samt tidlig innsats og bruk av velferdsteknologi. Flere mål handler om økonomistyring, slik som å oppnå budsjettbalanse, redusere overliggedøgn i sykehusene og redusere kostnadskrevende bruk av eksterne plasser. En av informantene uttalte det slik: «vi er en hjemmetjenestekommune».

R er mer detaljerte i sine mål for helse- og omsorgstjenesten og har personell og kompetanseheving som sitt hovedsatsningsområde. I tillegg til hovedmålet, har R mål som er mer konkret knyttet til enkeltdeler av tjenestetilbudet og som følger av strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten (2015-2019). R har derav flere mål som kun

gjelder personell og kompetanse, slik som å utarbeide en standard for kompetanse, rekrutteringsprosess i henhold til denne standarden og sikre at kompetanse benyttes på tvers av enhetene. Videre oppgis mål om å sikre minimumskunnskap i data, og å sikre gjennomføring av opplæring. Samtidig har de i likhet med NE også mål om å redusere overliggedøgn i sykehus og mål om at KAD skal være et godt tilbud istedenfor sykehusinnleggelse. Begge kommuner har mål som i stor grad samsvarer med vedtatte nasjonale planer og strategier, slik som oppretting av hverdagsrehabiliterings plasser og dagaktivitetsplasser for demente. I forhold til hvordan politisk ledelse i kommunen deltar i strategiske prosesser beskrev en informant (politiker) det slik: "En del av planverket kommer fra politisk hold fordi de kjenner godt til helse- og omsorgstjenesten, men vi detaljstyrer ikke hvordan administrasjonen gjør det".

Hovedutfordring til NE er budsjettoverskridelser over mange år. Kommunen er på grunn av dette på ROBEK liste og er under tilsyn av fylkesmannen vedrørende økonomistyring. Med denne bakgrunn er det naturlig at økonomi er utpekt som hovedutfordringsområde og at budsjettbalanse i de forskjellige tjenestene er delmål under dette. NE må dekke store underskudd fra tidligere år og betjene stadig økende gjeld. De peker på at de siste årene har vært stor økning i etterspørselen etter kommunal helse- og omsorgstjenester og at unge personer med store sammensatte behov er den gruppa som krever mest ressurser. De trekker spesielt frem kommunens lovpålagte ansvar for avlastningstiltak og bruker- personlig assistent (BPA) av ordninger som tynger kommunens ressurser og at Samhandlingsreformens krav om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter utfordrer kommunens økonomi. NE hadde planlagt utbygging av nytt sykehjem, som ville føre til at kommunen raskere kunne ta tilbake pasienter fra sykehus og forhindre innleggelse, men på grunn av den økonomiske situasjonen er utbygging av sykehjemmet utsatt. Av strategiske kartleggingsverktøy benytter NE risikoanalyse (ROS), sammen med brukerundersøkelser, men oppgir at de ikke har ressurser i kommunen til å utarbeide kartlegginger, da dette krever tid og kompetanse.

R har hatt en høy befolkningsvekst de siste årene (9,7 % fra 2012 til 2016) og dette oppgis som den største utfordringen for kommunen fremover. I kommuneplan omtaler de det slik: «En rask befolkningsvekst kan gi økte sosiale problemer. Røyken kommune kan bli sterkere berørt fordi mange i kommunen har høy kompetanse og jobber innenfor bransjer som nå nedbemanner». I tillegg til ROS analyse, benytter R SWOT (analyse av interne og eksterne styrker, svakheter, muligheter og trusler) og GAP (analyse av behov nå og fremover) analyse i utarbeidelsen av strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten. En del av

utfordringsbildet er derfor mer detaljert, enn det er hos NE. Utfordringene er også sammenliknet med andre kommuner for å settes i sammenheng. Blant annet nevnes det at legevakten er lavt bemannet og at kompetansen hos legene som bemanner legevakten er variabel. De beskriver også at de opplever at spesialisthelsetjenesten har trappet ned sitt tilbud i raskere fart enn hva kommunen har klart å bygge opp. I likhet med NE mener de at det er viktig å etablere kommunale tilbud som gjør at de kan forhindre unødvendige innleggelse i sykehus og gi et godt tilbud til utskrivningsklare.

## **4.2 Tiltak og virkemidler for å oppnå bedre koordinering av helse- og omsorgstjenesten**

### *4.2.1 Utarbeidelse av strategier, planer og kartlegginger*

I henhold til lovkrav har begge kommuner utarbeidet kommuneplan og budsjett. NE har ikke andre nedtegnede dokumenter som omhandler helse- og omsorgstjenesten, men kommuneplanens samfunnsdel (2015-2026), har et kapittel som heter folkehelse frem mot 2026. Der beskrives hovedmål, strategiske grep og delmål (jf. avsnitt 4.1 om mål og visjoner). Videre beskriver kommuneplanens handlingsdel (2015-2026) tiltak for oppfølging av samfunnsdelen. NE har etter 2016 utarbeidet noen plandokumenter, men på grunn av tverrsnitt av året 2016 er disse ikke tatt med i analysen.

R har i tillegg til kommuneplan og budsjett flere strategi- og plandokumenter. Viktigste her er strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten (2015-2019). I denne er det utarbeidet årshjul, kompetanseoversikt og årsverk i helse- og omsorgstjenesten er kartlagt. Budsjettet og øvrige plandokumenter forklarer mål og tiltak, og har i tillegg indikatorer for å kunne kontrollere for måloppnåelse. Videre har R plan om arbeidstidskultur i helse- og omsorgstjenesten, arbeidsgiverstrategi, demensplan og flyktningeplan som alle omtaler den kommunale helsetjenestenes rolle.

### *4.2.2 Møtevirksomhet*

Tverrfaglige samarbeidsmøter, både internt mellom tjenesteenheter i kommunene og med eksterne aktører og sykehuset, er et hyppig benyttet virkemiddel. NE og R har tilnærmet likt antall møter som omhandler koordinering av helse- og omsorgstjenesten. Her inkluderes både interne og eksterne møter. Begge kommuner sitter i samhandlingsmøtet med sykehuset, på kommunalsjefsnivå og med deltakelse fra fagansatte ved behov. Innholdet i møtene omhandler mye det samme, men NE har i sine interne møter større fokus på særlig kostbare tjenester som BPA, avlastningstiltak og omsorgslønn.

#### 4.2.3 Kurs, kompetanseheving og personell

Som arbeidsgiver tilrettelegger NE for grunn-, videre og etterutdanning av ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Selv om det ikke har vært avsatt penger til kompetanseheving, oppgir NE at de har måttet prioritere dette med blant annet kurs innenfor saksbehandling av helse- og omsorgstjenesteloven og utdanning av instruktører for helsepersonell i kommunen. Følgende utsagn understøtter dette: «Vi har ikke mer fokus på kompetanse enn før, men kravene til en mer spesialisert kompetanse har økt etter Samhandlingsreformen». De oppgir at tilbudet om videreutdanning er blitt bedre de siste årene og at de alltid har ansatte i videreutdanningsløp. De hevder at økonomien utfordrer mulighetsrommet, men nevner flere spissede kompetansetiltak slik som «Liverpool Care Mapping- Livet siste dager», for å gi palliativt (omsorg ved livets slutt) tilbud til hjemmeboende personer og at de bruker smertekartlegging av demente og personer med psykisk utviklingshemming. Funnet understøttes med at ledende fagmiljø på palliasjon ved flere anledninger har brukt kommunen som foregangseksempel på dette feltet<sup>2</sup>. NE benytter kompetansetilskudd fra fylkesmannen for å dekke en del av utdanningstilbudet.

I strategiske kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten i R kommune, er det vedtatt flere satsningsområder. For eksempel skal det satses på kompetanseheving av ufaglærte og å stimulere disse til å ta utdanning. R dekker også noe av kostnaden ved grunn-, videre- og etterutdanning med tilskuddsmidler fra fylkesmannen. I tillegg har R opprettet en egen intern opplæring i et fast lokale, som de kaller Ferdighetssenteret. Her gis opplæring og kurs til helsepersonell og de kan for eksempel øve på hjerte/lunge redning, eller opplæring i palliativ omsorg. R oppgir at sykepleierne gjør mer komplekse oppgaver på dårligere pasienter og derfor må settes i stand til å gjøre dette. Videre er det fokus på lederutdanning og lederutvikling, og seks ledere innenfor helse- og omsorgstjenesten har vært igjennom et slikt utdanningsløp hittil. Fremover peker de på at behovet for vernepleiere må dekkes i større grad og de vurderer å innføre en sertifisering av sykepleierne på praktiske ferdigheter. De opplyser også at de ønsker å forbedre bruken av Ferdighetssenteret i fremtiden.

---

<sup>2</sup> <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/tenker-lindring-fra-f%C3%B8rste-dag/>



#### *4.2.4 Organisering og budsjett*

Begge kommuner anvender bestiller/utfører modell på helsetjenester i hjemmet. De begrunner dette med at modellen gir en mer rettferdig fordeling av tjenestene og at de ansatte som er utfører tjenester hos brukerne unngår å stå til ansvar for hva som er tildelt av tid og tjenester i pleiesituasjonen. Bestiller/utfører modellen baserer seg på at de som saksbehandler vedtak, er adskilt fra de som utfører tjenestene som er vedtatt. Begge kommuner har faste saksbehandlere som koordinerer samhandlingen med sykehuset i forbindelse med utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Av omorganiseringer har NE samorganisert innsatsteamet med ergonom, fysioterapeut og hjemmetjenesten for å øke kompetanseoverføring og kapasitet mellom disse. De har opprettet 2 KAD plasser og 2 døgnplasser i legevakt som følge av lovkrav om opprettelse av KAD. For å forenkle hverdagen til brukere og pårørende, har kommunen utarbeidet en oversikt over tilbud og støtteordninger for mottakere av kommunale omsorgstjenester. De tilbyr også informasjonsmøter for kommunens 75 åringer for å sette de i stand til å ta ansvar for egen alderdom og helse. NE søker ofte øremerkede tilskuddsordninger og peker på at de skal utarbeide flere strategiplaner fremover. På grunn av få heldøgns omsorgsplasser, oppgir NE at de tilstreber å styrke tidlig innsats og hjemmetjenesten slik at flere kan bo i egen bolig lenger. Videre har de opprettet dagaktivitetstilbud til personer som omfattes av helse- og omsorgstjenesteloven og hverdagsrehabiliterings plasser. De har også utarbeidet pakkeforløp på korttidsopphold i sykehjem for å redusere liggetiden.

NE har lagt stor vekt på utprøving av velferdsteknologiske løsninger som et tiltak for å oppnå bedre koordinering og de deltar i Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. Eksempler på velferdsteknologiske løsninger de benytter er elektronisk medisinkabinett og bruk av opplæringsprogrammet velferdsteknologiens ABC. De benytter også et elektronisk verktøy som måler tidsbruk hjemme hos bruker for å se om brukeren har riktig tjenester og rett antall timer per uke tildelt. De oppgir at de skal utarbeide strategiplan for implementering av velferdsteknologi.

R har hatt KAD plasser en stund, men de har økt belegget på sine plasser fra 11 % til 30 % i 2016 for å imøtekomme flere utskrivningsklare pasienter og forhindre unødvendige innleggelse. Kommunen fortsetter sitt arbeid med å kartlegge og utarbeide planer fremover, blant annet med å utarbeide oversikt over behovet for helsetjenester hos flyktninger. R benytter også tilskuddsordninger og deler av helse- og omsorgstjenesten i begge kommuner

finansieres av forskjellige statlige stimuleringsstøttestrukturer. I likhet med NE har de opprettet hverdagsrehabiliterings plasser. R har etablert brukerråd for brukervedvirkning. Dette sier de bidrar til bedre koordinering ved at brukernes stemme blir hørt.

NE finansierer sine helse- og omsorgstjenester via rammebudsjett. Det vil si at det er avsatt et beløp i budsjettet som ikke skal overskrides. Vedtaket fra tildelingsenheten (bestillerenhet jf. bestiller/utfører modell) i NE omtaler innhold og omfang av de tjenester som er tildelt. R benytter Innsatsstyrt finansiering på de fleste av sine omsorgstjenester. Dette innebærer at pengene følger med vedtak som fattes og fordelingen av helsebudsjettet skjer på denne måten. Modellen skal sikre at tildelingsenheten forholder seg til budsjetttrammer når det fattes vedtak om tjenester og at utførerleddet tilpasser kostnadsnivået til gjeldende volum som skal produseres. På denne måten har tildelingsenheten hele tiden oversikt over hva de har av utgifter på budsjettposten.

I 2016 har NE interkommunalt samarbeid (IKS) med Øvre Eiker kommune om frisklivssentral. R hadde IKS om Bråset bo- og omsorgssenter sammen med nabo Asker, men dette gikk i 2016 over til at R ble vertskommune for driften av sykehjemmet med 100 plasser avsatt til Asker, 95 plasser avsatt til R og 5 plasser avsatt til Hurum kommune. I forbindelse med omgjøring til vertskommune omorganiserte de noe, men begge kommuner har hatt mindre omorganiseringer enn hva jeg på forhånd forventet å ville finne. I tillegg har de IKS om legevakt og KAD, hvor R drifter dette. I 2020 skal NE i kommunesammenslåing med Drammen og R skal slås sammen med Asker. Begge kommuner oppgir at pågående plan- og strategiarbeid nå kun omhandler strategier som samsvarer med prosessene i kommunesammenslåing. Tabellen på neste side oppsummerer resultatene av mine funn.

Tabell 4.1: Funn av strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten

<b>Hvilken strategi?</b>	<b>NE</b>	<b>R</b>
Mål og visjoner	Overordnede og ofte knytte til budsjettbalanse	Detaljerte mål og beskrivelser som følge av virksomhetsanalyser
Satsningsområder	Velferdsteknologi, bruk av hjemmetjenester fremfor døgnpleie. Gode tjenester hjemme hos brukeren. Økonomikontroll	Kompetanse og personell
Utfordringer	Svekket økonomisk handlingsrom og stort press på helse- og omsorgstjenesten	Sterk befolkningsvekst og krav om økt kompetanse
Virksomhetsanalyser	Bruken av virksomhetsanalyser er normal i kommunal sammenheng. ROS og brukerundersøkelser.	Bruken av virksomhetsanalyser utmerker seg i kommunal sammenheng. SWOT, GAP, ROS og brukerundersøkelser
<b>Strategiske tiltak og virkemidler</b>		
Nedskrevne planer og strategier	Kun de pålagte, kommuneplan og økonomiplan med budsjett	Flere nedskrevne strategidokumenter som kun omhandler helse- og omsorgstjenesten. R utmerker seg her.
Møtevirksomhet	Hyppig benyttet virkemiddel for koordinering. Likt i begge kommuner	Hyppig benyttet virkemiddel for koordinering. Likt i begge kommuner
Kurs- og kompetanseheving	Har i noen grad fokus på dette	Dette er hovedfokus i helse- og omsorgstjenesten på alle nivå.
Organisering	Begge har forholdsvis lik organisering med bestiller/utfører modell, fast koordinator mellom kommune og sykehus. IKS er benyttet i noen grad, men mindre enn forventet. Kommunesammenslåing har bremsset dette virkemiddelet i begge kommuner	Begge har forholdsvis lik organisering med bestiller/utfører modell, fast koordinator mellom kommune og sykehus. IKS er benyttet i noen grad, men mindre enn forventet. Kommunesammenslåing har bremsset dette virkemiddelet i begge kommuner
Omorganisering	Noe benyttet, men i mindre grad enn forventet	Noe benyttet, men i mindre grad enn forventet
Finansiering	Store prioriteringer til helse- og omsorg. Benytter rammefinansiering	100 mill. kroner mindre budsjettet enn NE i 2016.

		Benytter Innsatsstyrt finansiering
Interkommunalt samarbeid	Benyttet i noen grad, men i mindre grad enn forventet. Kommunesammenslåing har bremsset dette virkemiddelet i begge kommuner	Benyttet i noen grad, men i mindre grad enn forventet. Kommunesammenslåing har bremsset dette virkemiddelet i begge kommuner
Samarbeid med sykehuset	Begge kommuner følger samme samarbeidsavtale og samme møter med sykehuset.	Begge kommuner følger samme samarbeidsavtale og samme møter med sykehuset.
Helse- og velferdsteknologi	Virkemiddelet er benyttet i stor grad	Virkemiddelet er benyttet i liten grad

### 4.3 Styringsinstrumenter for koordinering av samhandling

Vi vet at kommunen ikke kan løse oppgavene innenfor helse- og omsorgstjenesten alene og at de derfor må samhandle med andre aktører i koordinerte forsøk på å løse felles utfordringer. Men spørsmålet er hvordan vi best kan skape bedre koordinering og samhandling i helse- og omsorgstjenesten? Nylehn løfter frem viktige betraktninger om hvordan strategisk styring må tilpasses den spesifikke karakteristikken i den enkelte kommune (Nylehn 1996, 360).

Resultatene i min undersøkelse understøtter Nylehns funn. Politisk styring vil ut i fra hans konklusjon dra nytte av å opprettholde et visst handlingsrom. Johnsen påviste videre at norske kommuner er lojale til statlige føringer (Johnsen 2017, 17-35). Mine resultater gir også inntrykk av at lovpålagte tiltak, slik som opprettelse av KAD, opprettelse av samarbeidsavtaler med helseforetaket og kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter er tatt til følge, og på denne måten har påvirket kommunens strategier i de to kommunene jeg har undersøkt.

Samhandlingsreformen benyttet et spekter av virkemidler og en del av dette var koordinering gjennom hierarki, hvor autoritet, makt og pålegg om samarbeid ligger til grunn for koordineringen. Forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklar pasient er et slikt tiltak, i likhet med pålegg om samarbeidsavtaler. Men også den politiske og administrative ledelsen i kommunene styrer gjennom hierarki. Saker som vedtas i kommunestyret må gjennomføres og styringsretten til den administrative ledelsen i kommunen er et sterkt prinsipp. NE som er under tilsyn av fylkesmannen og på ROBEK liste, viser klart til koordinering av sine helse- og omsorgstjenester gjennom hierarki. For eksempel er det besluttet at de skal ha faste møter rundt saker som dreier seg om særskilt kostbare tiltak som BPA, avlastning og pleiepenge. Målet er at saksbehandler som kjenner saken møtes og samarbeider med leder hvorvidt det

kostbare tiltaket skal innvilges, eller om kommunen klarer å finne et annet tjenestetilbud som er mindre kostbart, men som fortsatt er godt og forsvarlig.

Jeg fant ingen koordinering gjennom marked i de to kommunene, men noe koordinering gjennom nettverk. Interkommunalt samarbeid (IKS) er et eksempel på samhandlingsstrategi koordinert gjennom nettverk og begge kommunene benyttet dette. IKS er også et strukturelt virkemiddel. R hadde IKS på heldøgns omsorgsplasser sammen med Asker og Hurum kommune og NE hadde IKS om frisklivssentral med Øvre Eiker. På grunn av blant annet kommunesammenslåing i begge kommuner, var dette samarbeidet nå under endring. I likhet med undersøkelsen utført av Tjerbo og Zeiner, viste mine funn at IKS ikke betegner ny strategi, men at IKS var godt innarbeidet og tatt i bruk lenge før Samhandlingsreformen trådte i kraft (Tjerbo 2014, 1-24).

Det virkemiddelet jeg fant hyppigst benyttet for bedre å koordinere helse- og omsorgstjenesten, er de strukturelle virkemidlene. Funnene viser at omorganisering, møtestruktur, samlokalisering av ulike tjenester, kompetanseheving og teknologisk utvikling er hva disse to kommunene gjør mest av for å koordinere. Her hadde de to kommunene også mange likhetstrekk. Begge benyttet bestiller/utførermodellen, begge hadde en fast saksbehandler som koordinerte kontakten med sykehuset, begge hadde omlag likt antall strukturerte møter som omhandlet koordineringen av helsetjenestene og begge fokuserte på kompetanseheving. Videre hadde begge kommuner gjennomgått noe omorganisering, men her var det mindre enn hva jeg på forhånd forventet. Av pedagogiske styringsinstrumenter fant jeg kun ett, hvor NE arrangerte informasjonsmøter for kommunens 75 åringer for å sette de i stand til å mestre egen helse og alderdom.

#### **4.4 Strategisk definisjon og stilling**

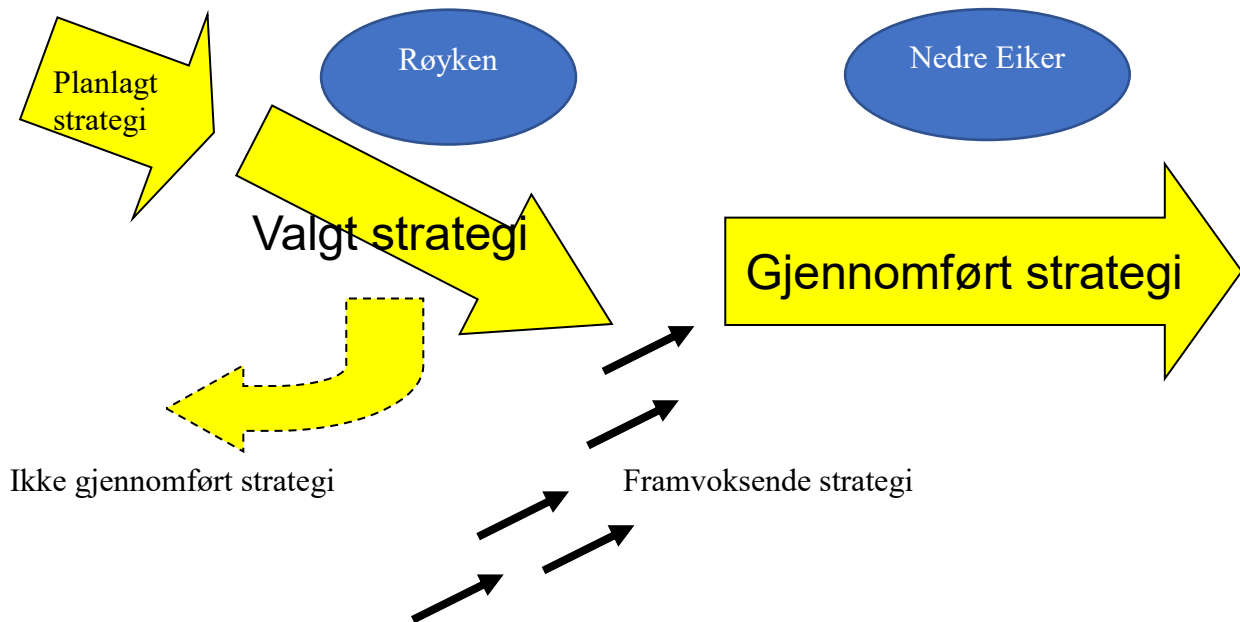
Henry Mintzberg definerte strategi som plan, mønster, perspektiv, spill, og som posisjon. Undersøkelser utført av Johnsen underbygger at strategi som plan er det som er mest fremtredende i norske kommuner, men at de fleste kommuner vil ha karakteristikk som passer flere av disse definisjonene. Analyse av mine resultater antyder at NE og R faller noe forskjellig inn under de ulike definisjoner. R har mange nedskrevne strategidokumenter og viser med dette at de i stor grad utøver strategi som plan, men man vet ikke ut ifra planene om dette blir operasjonalisert. Videre har R avsatt ressurser til å utarbeide planer til spesifikke ansvarsområder, slik de har gjort ved å lage strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten. Strategiene er grundige og inneholder mål, analyser og indikatorer for

måloppnåelse. Videre er de basert på strategiske kartlegginger og virksomhetsanalyser av kommunens situasjon belyst ut i fra flere perspektiv. R har både benyttet ROS analyse, SWOT analyse og GAP analyse. Det er uvanlig for norske kommuner å benytte et så stort mangfold av strategiske kartleggingsverktøy, og kun 5-9% kommuner benytter slike virksomhetsanalyser i sitt strategiske arbeid. (Hinderaker 2012, 31-33). Ved bruk av slike virksomhetsanalyser viser R at de også benytter strategi som perspektiv ved å se innover i organisasjonen, for så å uttrykke en bestemt måte å drive virksomheten fremover på (Boyne 2004, 241).

I andre enden, sammen med 43 % av norske kommuner, finner vi NE, hvor de kun har de lovpålagte dokumentene kommuneplan og økonomiplan. «Vi har ikke muskler i stabsfunksjon som har mulighet til å utarbeide slike planer, alle er ute på gulvet» sier en av informantene. Dette underbygger antagelsen om at handlingsrommet hos NE har betydning for måten strategiarbeid arter seg. Strategi som plan er ikke like fremtredende i NE som det er i R, men mine resultater antyder at de allikevel har strategier. Kommuneplanen til NE tegner et bilde av mål, verdier, visjoner og utfordringer, men på et mer overordnet nivå enn i R og med mål om budsjettbalanse, som er forståelig, gitt at de har vært på ROBEK liste i flere år. Hos NE viser strategiene seg derfor mer som mønster av faktisk adferd, enn som nedskrevne dokumenter.

NE beretter om tiltak de har, ting de faktisk gjør, slik som konkrete velferdsteknologiske løsninger, medisinsk avstandsoppfølging, informasjonsmøter til kommunens 75 åringer for mestring av egen helse- og alderdom og konkrete styrkinger av hjemmetjenesten. NE har adoptert spesialisthelsetjenestens pakkeforløp for å få personer raskere ut av kommunal heldøgns korttids plass. Tiltakene er åpenbart preget av at kommunen har hatt et merforbruk og må kutte kostnader, men dette betyr ikke at tiltakene er dårlige, eller at de ikke samsvarer med nasjonale føringer. De fleste ønsker å bo lengst mulig hjemme, de fleste ønsker å mestre sitt eget liv så lenge som mulig og dette er også et mål for regjeringen (Det kongelige helse- og omsorgsdepartement 2015, 44). En av informantene i NE uttrykker det slik: «Nøden lærer nøgen kvinne at spinne, men jeg er stolt av hva vi har fått til og utviklet her. NE er helt i front når det gjelder velferdsteknologiske løsninger». Etter min oppfatning understøtter dette antagelsen om at NEs mangel på økonomisk handlingsrom kan gi utslag i måten strategisk arbeid gjennomføres. I tillegg antyder funnet at både presset på tjenestene og presset på økonomien gir utslag i strategi mer som et mønster av handlinger og tiltak, heller enn som administrativt planarbeid. Resultatet viser at R i hovedsak faller inn under definisjon strategi som plan og noe som perspektiv, mens NE sine hovedtrekk tyder på definisjon strategi som

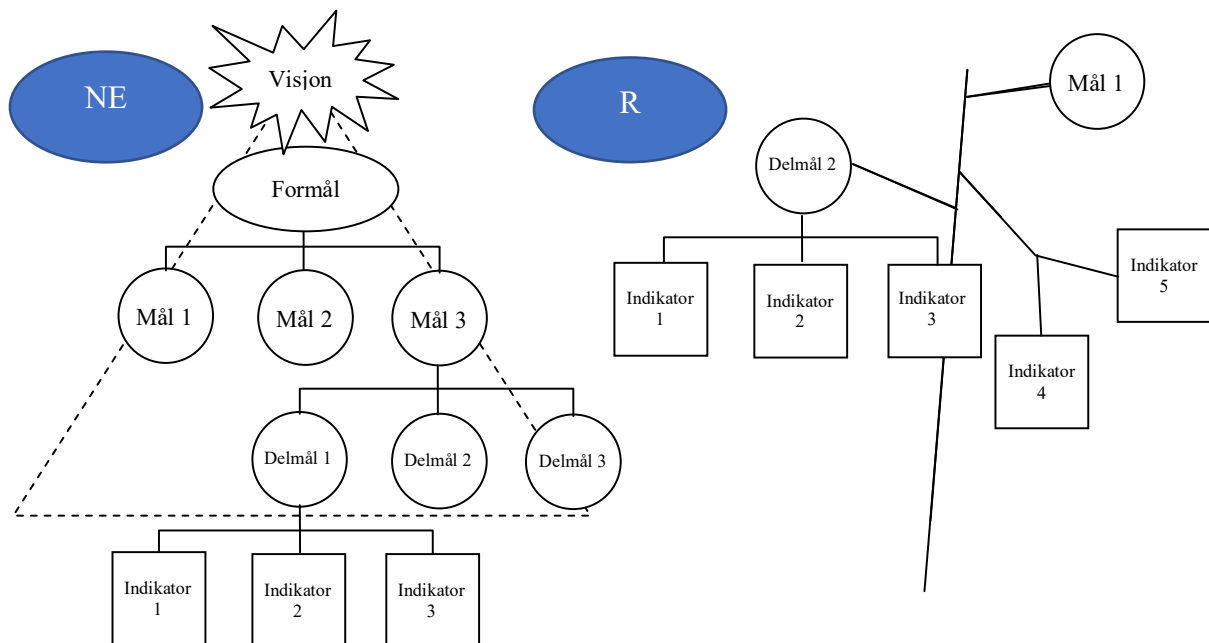
mønster og delvis som plan. Figur 4.1 illustrerer hvor de to kommunene har plassert seg i forhold til Mintzbergs definisjoner på strategi.



Figur 4.1: Strategi som plan eller mønster?

Strategi er mer enn planlegging og handler blant annet om å tilpasse seg omgivelsene på en rasjonell måte. I motsetning til planlegging og budsjettering, som nødvendigvis må dekke alle områder av kommunal virksomhet, bør en strategi peke ut enkelte satsingsområder som skal vektlegges mer enn andre. Å være strategisk innebærer blant annet å gjøre prioriteringer og valg (Johnsen, 2014, 16). R med detaljerte nedskrevne planer og virksomhetsanalyser er i svært god posisjon til å fremme strategisk styring fremover. I tillegg har de indikatorer som kan bidra til styring av måloppnåelse og strategisk styring blir dermed lettere tilgjengelig. Strategisk kompetanseplan for helse- og omsorgstjenesten omhandler kompetanse og har på denne måten utpekt en prioritering som veier mer enn andre elementer innenfor deres helsetjeneste og kan synes å minne mer om "furutreprinsippet" i strategisk styring, enn å dekke alle områder innenfor tjenesten slik "grantreprinsippet" illustrerer (Johnsen 2017, 128). Hos NE tolker jeg planverket som mer innenfor "grantreprinsippet", med uspesifiserte, overordnede mål og et hovedmål om å oppnå kostnadsreduksjon. Målsettingene gjenspeiles i tiltakene, med velferdsteknologi, egenmestring av sykdom og helse og folkehelseperspektiv, men mangler konkrete tiltak og indikatorer for måloppnåelse. Målene vil derfor være

vanskeligere å styre etter. Figuren under illustrerer forskjellen mellom planlegging og strategisk styring.



Figur 4.1: Åge Johnsen's grantre- og furutremodell for strategisk planlegging og styring

#### 4.5 Strategi i lys av det kommunale handlingsrom

En av mine antagelser var at kommunenes handlingsrom er med på å påvirke kommunenes strategiske arbeid og stilling. For det første er en del av kommunenes strategier pålagt i lov som følge av Samhandlingsreformen. Opprettelse av KAD, kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter og samarbeidsavtaler med sykehus var alle pålagte tiltak kommunene ikke kunne velge bort, men tiltak de måtte handle i forhold til. Jf. avsnitt 3.4.3 om kommunens handlingsrom, fant Helgesen og Hanssen at kommunene selv ikke opplevde virkemidlene fra Samhandlingsreformen som begrensende, men at det var kommunens egen økonomiske situasjon som innskrenket handlingsrommet (Helgesen 2014, 51-52). Min undersøkelse understøtter dette funnet. Begge kommunene oppga at de opplevde at sykehuset hadde definisjonsmakt på når en pasient skulle skrives ut, men at de samtidig opplevde en god relasjon til sykehuset. Interne forhold, slik som økonomiske situasjon og prioriteringer ble oftere trukket fram som det som begrenset.

For å undersøke hvor stor prioritering helse- og omsorgstjenesten hadde i de to kommunene undersøkte jeg avsatt beløp i budsjettet for 2016. NE budsjetterte med 348 millioner kroner til helse- og omsorgstjenesten og R budsjetterte med 250 millioner kroner. Dette utgjør en



differanse mellom de to kommunene på 98 millioner kroner og kan sies å være en stor differanse for to kommuner av lik størrelse. Funnet underbygger at NE i stor grad har høyere utgifter til helse- og omsorgstjenesten enn R, og støtter antagelsen om at presset på tjenestene er større der enn i R. Funnet kan også tolkes dit at helse- og omsorgstjenesten i NE er svært godt prioritert og at R ikke i like stor grad prioriterer å avsette midler til helse og omsorg, men budsjettert beløp utgår vanligvis fra behovet i årene før. Andre faktorer som kan ha betydning er dersom NE har dårligere økonomistyring, eller mer kostbare tiltak enn hva R har. For eksempel kan det være slik at innsatsstyrt finansiering (ISF) gjør at R har bedre kontroll med de utgiftene de har og dermed klarer å holde kostnadene lavere enn hva NE gjør med tradisjonell rammefinansiering? Disse variablene er ikke undersøkt og kan derfor ikke utdypes.

Mine funn indikerer at ledelsen i R avsatte tid og ressurser til systematisk strategisk planarbeid og at ledelsen i NE ikke gjorde dette. Hvorvidt årsaken til dette er økonomi alene, gir resultatene ikke svar på. Allikevel ser kommuneøkonomi ut til i stor grad å ha hatt betydning for måten kommunene driver sitt strategiske arbeid på, ved at NE i kommune- og økonomiplan løfter budsjettbalanse og informantene hevder at kommuneøkonomien ikke gir rom for planarbeid. Funnet er motstridende av hva Hinderaker og Nicolaisen fant i sin undersøkelse fra 2012, hvor de konkluderte med at økonomisk handlefrihet så ut til å ha en forholdsvis liten innvirkning på variasjon i strategisk styring og at kommunestørrelse betyr mer for variasjonen i strategisk styring enn økonomisk handlefrihet (Hinderaker 2012, 36-45).

Ved undersøkelser av strategi i kommuner er det ofte sett til om en kommune har flere nedskrevne planer og strategidokumenter enn hva som er pålagt. Johnsen skriver at kommuner uten strategiske dokumenter også driver strategisk arbeid, men at strategisk styring ser ut til å ha større effekt i de kommunene som har nedtegnede dokumenter (Johnsen 2014, 1-33). I lys av dette kan man anta at R bedriver mer strategisk *styring* enn NE gjør, men betyr et begrenset handlingsrom for utarbeidelse av planer at NE ikke handler strategisk? I henhold til mine resultater er svaret på dette nei. NE viser mange strategiske tiltak uten å ha utbredt planverk og gir uttrykk for høy grad av innovasjon og kreativitet på tiltakssiden. Mens R har mye å vise til av planer, har NE flere konkrete tiltak som tyder på et strategisk mønster. Mønsteret vises både faglig ved at de er i forkant på for eksempel palliativ omsorg, og metodisk, ved at de benytter velferdsteknologiske løsninger få andre kommuner bruker. Dette resultatet er et viktig korrektiv til empiri hvor kommuner som har vektlagt strategi som plan blir løftet frem som foregangskommuner innenfor strategisk arbeid. Det er også et viktig funn

for kommuner med begrenset økonomisk handlingsrom, da det viser at strategisk arbeid ikke er forbeholdt de ressurssterke.

Videre kunne man tenke seg at R med omfattende analyser og planer, utøver mange strategiske tiltak. Datainnsamlingen tyder på at R sitt fokus lå på planarbeid og ikke like mye på operasjonaliseringen. R hadde også strategiske grep på tiltakssiden, slik som kompetanseheving og gjennomgang av arbeidstid for helsepersonell, men min tolkning er at fokuset i større grad omhandlet utforming av strategiske analyser og planer. Satt på spissen tyder resultatene på at mange strategiske planer ikke automatisk kan koples til mange strategiske tiltak, og få strategiske planer heller ikke kan koples til få strategiske tiltak.

Slik jeg beskrev i avsnitt 2.3 vil en benyttet strategi gjenspeile hvilken strategiske stilling kommunen har. Strategiske dokumenter hos R viser i høy grad til stilling som forsvarer av eksisterende posisjon og kjerneoppgaver sett i lys av fremtidige utfordringer (Boyne 2004, 241). De synes å adoptere etter at andre har foreslått og utprøvd nye tiltak, men er utforskende ved bruk av virksomhetsanalyser. Imidlertid ser bruken av analyser ut til å oppfylle formålet om å bevare kjerneoppgavene i kommunen, heller enn å benyttes for å bli ledende innenfor helsetjenestene. Ut i fra dette konkluderer jeg med at R har strategisk stilling som forsvarer. I følge Boyne og Walker kan man i offentlig sektor forvente at virksomheter man kan betegne som utforskere er innovative og fremoverlent gitt nye situasjoner. Disse virksomhetene vil ofte være ledende innen sitt område, med en mer uredde holdning enn andre virksomheter (Boyne 2004, 241). NE viser en utforskende stilling med sine teknologiske og innovative tiltak og er ledende på fagområder i kommunal sammenheng. Analyse av NEs strategiske stilling gir ikke et tydelig svar. På en side har de innovative, strategiske tiltak som få andre kommunale helse- og omsorgstjenester i Norge har, men undersøkelsen kan ikke konkludere med at årsaken til disse tiltakene kommer som følge av at kommunen selv har valgt denne stillingen, eller om den er påtvunget av omgivelsenes krav om drastiske tiltak for å redusere utgifter. Hvis det siste er årsaken, vil de også kunne kategoriseres som etternøler. Informantene i NE var tydelige på at de tilstrebet å yte gode og forsvarlige tjenester, noe som tyder på beskyttelse av kjerneoppgaver og da også ha karakteristikk fra kategorien forsvarerstilling.

Om strategiske tiltak omtaler Boyne og Walker dette som differansen mellom tiltenkte strategier og strategier som faktisk er iverksatt. Figur 4.1 illustrerte hvor de to kommunene plasserte seg i forhold til strategi som plan, eller strategi som et mønster av gjennomførte tiltak. NE har mange strategiske tiltak, men det er uvisst i hvor stor grad disse var tiltenkte strategier. R har mange tiltenkte strategier, men få funn som tyder på at disse er iverksatt. Det skal tilføyes at min undersøkelse er et tverrsnitt av 2016 som gjør at ny strategi ikke ennå vil være operasjonalisert.

Den andre konkretiseringen av problemstillingen var å undersøke hvorvidt sosioøkonomiske forhold i kommunen har betydning for strategiene. Antall innbyggere og alderssammensetningen er lik i de to kommunene, men befolkningssammensetningen er ellers ganske ulik. NE beskrives som en gammel industrikommune hvor majoriteten av innbyggerne har lav utdanning og lav inntekt. Kommunen har høye utbetalinger av sosialhjelp og er slik sett en motsetning til R som ligger under landsgjennomsnittet i utbetaling av sosialhjelp. Resultatene gir inntrykk av at sosioøkonomiske forhold i de to kommunene er forholdsvis ulike når man ser på utbetaling av sosialhjelp og avsatt beløp til helse- og omsorgstjenester. Imidlertid vil jeg ikke trekke slutning om at dette funnet underbygger at sosioøkonomiske forhold har betydning for strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten direkte. Jeg tolker funnet som at det er en sammenheng mellom kommunens økonomiske handlingsrom og sosioøkonomiske forhold i kommunen. Svekkede sosioøkonomiske forhold i en kommune, slik jeg fant i NE, kan føre til antagelsen om at befolkningen er i større behov av helse- og omsorgstjenester og dermed legger større press på tjenestene. Hvis dette er tilfellet, vil det være stort press på helse- og omsorgstjenesten som påvirker strategiene og ikke en direkte følge av sosioøkonomiske forhold.

## 5.0 Konklusjoner

Mitt formål med undersøkelsen var å belyse hvilke strategier to kommuner benytter for å oppnå bedre koordinering av helse- og omsorgstjenesten. Resultatene viser at kommunene har tatt til følge virkemidler fra Samhandlingsreformen, slik som KAD, samarbeidsavtaler og samarbeidsmøter. De styringsinstrumenter som ble benyttet mest for å koordinere helse- og omsorgstjenesten, var de strukturelle virkemidlene. Møtestrukturer, samlokalisering av ulike tjenester, kompetanseheving og teknologisk utvikling, er hva de observerte kommunene gjør mest av for å koordinere. Imidlertid viser to tilsynelatende like kommuner i stor grad variasjoner i sine strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten. Dette tyder på at lokale forhold og det kommunale handlingsrommet har betydning for de strategiene som tas i bruk.

Problemstillingen ledet videre til spørsmålet om i hvilken grad lokale variasjoner kan si noe om de strategier som er tatt i bruk. Problemstillingen ble konkretisert med forskningsspørsmålet: hvordan har kommunens økonomi hatt betydning for strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten? Resultatene fra både dokumentanalysen og fra intervjuene tyder på at NE i stor grad har strategiske tiltak ved bruk av velferdsteknologiske løsninger, pakkeforløp for personer i korttids døgnopphold og stort fokus på tjenester i hjemmet. NE begrunner liten bruk av virksomhetsanalyser og strategisk og systematisk planarbeid med at de ikke har ressurser til dette. Min konklusjon er at svekket økonomisk handlingsrom gjør at NE omgir seg med strategier som tar utgangspunkt i konkrete handlinger ute i tjenesten, heller enn administrativt strategisk planarbeid.

Videre undersøkte jeg hvordan sosioøkonomiske forhold i kommunen kan ha hatt betydning for strategier for koordinering av helse- og omsorgstjenesten? Her tydet resultatene på at sosioøkonomiske forhold slik som lav utdanning, lave lønninger og høye utbetalinger av sosialhjelp indikerer større press på helse- og omsorgstjenesten og via dette påvirker kommunens handlingsrom. Det kan imidlertid ikke konkluderes med at sosioøkonomiske forhold har direkte betydning for strategier for koordineringen av helse og omsorgstjenesten.

Strategier for koordinering av kommunale helse- og omsorgstjenester kan undersøkes fra mange relevante og interessante innfallsvinkler. Derfor synes jeg det var utfordrende å avgrense hva jeg skulle undersøke. For eksempel ser jeg at kommuneledelsens kompetanse på strategi, sammen med prioritering av denne oppgaven, kanskje kan ha betydning. I denne omgang var det ikke rom for å undersøke dette. Jeg fant at NE hadde mange gode strategiske

handlinger uten at de hadde omfattende strategisk planverk, mens R hadde mye strategiske planverk, men mindre som indikerte operasjonalisering av disse. Det ville derfor være interessant å se nærmere på sammenhengen mellom utarbeidelse av strategiske planer og operasjonaliseringen av strategiske tiltak. Fører strategiske planer til strategiske tiltak, og fører mangelen på strategiske planer til færre strategisk tiltak?

Bedre koordinering og samhandling blir ofte trukket fram som en løsning på å redusere kostnadene i helse- og omsorgstjenesten, og som noe kommunene (fortsatt) må bli flinkere til. Koordinering av samhandling er ikke et direkte målbart fenomen, eller noe som kan isoleres når man skal se på suksess. Ei heller er samhandling kostnadsfritt, men kan i noen tilfeller faktisk pålegge ganske store ressurskrevende handlinger i form av transaksjonskostnader. I videre utforming av den kommunale helse- og omsorgstjeneste trenger vi derfor økt kunnskap om kostnadene ved samhandling.

## Bibliografi

- Ajzen, Icek. «The Theory of Planned Behaviour.» *Organizational behaviour and human decision process*, 2 1991: 179-211.
- Askildsen, Jan Erik, Holmås, Tor Helge, Kaarbøe, Oddvar, Monstad, Karin. «Evaluering av kommunal medfinansiering.» *Tidsskrift for omsorgsforskning*, februar 2016: 135-142.
- Bouckaert, Geert, Peters Guy, Verhoest, Koen. *The Coordination of Public Sector Organizations-Shifting Patterns of Public Management*. Palgrave Macmillan UK, 2010.
- Boyne, George A. Walker, Richard M. «Strategy Content and Public Service Organizations.» *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2 2004: 231-252.
- Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. «St.meld. nr. 47 (2008-2009).» *Samhandlingsreformen, Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Oslo: Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement, 10 2011.
- Det kongelige helse- og omsorgsdepartement. «Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.» *Omsorg 2020 Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. oslo: Det kongelige helse- og omsorgsdepartement, 04 05 2015.
- Det kongelige kommunal- og moderniseringsdepartementet. *Regjeringen.no*. 11 12 2017.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunalrett-og-kommunal-inndeling/forholdet-kommune-stat/id2340288/>.
- Diesen, Sverre. «Strategisk styring og ledelse i norsk offentlig sektor.» *Minerva*, 2013: 1-12.
- Fylkesmannen. *Fylkesmannen.no*. 8 01 2018.  
<https://www.fylkesmannen.no/Buskerud/Kommunalstyring/Kommuneokonomi/Nedre-Eiker-kommune---lovlighetskontroll-av-budsjett-2016/>.
- Gautun, Heidi, Syse, Astri. *NOVA rapport 8/13- Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2013.

- Gautun, Heidi, Martens, Christine Thokle, Veenstra, Marijke. «Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivningsklare pasienter.» *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 2016: 88-94.
- Hanssen, Gro Sandkjær, Helgesen, Marit, Ann Karin Holmen. «Den forhandlende kommunen i Samhandlingsreformen- forhandlingspraksis og lederegenskaper.» *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift*, 30 2014: 22.
- Helgesen, Marit, Hanssen, Gro Sandkjær. «Kommunalt handlingsrom etter Samhandlingsreformen.» *Tidsskrift for velferdsforskning*, 3 2014: 27-41.
- Hinderaker, Elisabeth, Nikolaisen, Nina. *Strategisk planlegging og styring i kommunesektoren*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Fakultet for samfunnsfag, 2012.
- Holmås, Tor Helge, Kjerstad, Egil, Lurås, Hilde, Straume, Odd Rune. «Does monetary punishment crowd out pro-social motivation?» *Journal of Economic Behaviour & Organization*, August 2010: 261-267.
- Hood, Christopher. «The New Public Management in the 1980s, Variations on a theme.» *Accounting, Organizations and Society*, 1995.
- Howlett, Michael. *Designing Public Policies*. New York: Routledge, 2011.
- <http://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>. u.d.
- Huxham, Chris, Vangen, Siv. *Manging to collaborate- the theory and practice of collaborative advantage*. London: Routledge, 2005.
- Jacobsen, Dag Ingvar. *Interkommunalt samarbeid i Norge. Former, funksjoner og effekter*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.
- Johannessen, Asbjørn. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag, 2016.
- Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne, Christoffersen, Line. *Forskningsmetode for økonomiske og administrative fag*. Oslo: Abstrakt forlag, 2011.
- Johnsen, Åge. «Nye styringsverktøy og modeller- redskap eller legitimering?» *Praktisk økonomi & finans*, 1 03 2017: 17-35.

- Johnsen, Åge. *En strategisk offentlig sektor*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.
- Johnsen, Åge. «Strategic management thinking and practice in the public sector: A strategic planning for all seasons.» *Financial Accountability & Management*, 12 2014: 1-33.
- Johnsen, Åge. *Resultatstyring i offentlig sektor*. Bergen: Fagbokforlaget, 2007.
- Johnsen, Åge. «Strategic Planning and Management in Local Government in Norway: Status after Three Decades.» *Scandinavian Political Studies*, 12 2016: 333-365.
- Joyce, Paul. *Strategic Management in The Public Sector*. London: Routledge, 2015.
- Kommunal- og moderniseringdepartementet. *Regjeringen.no*. 8 01 2018.  
<https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneokonomi/robek-2/id449305/>.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (Helse- og omsorgsdepartementet, 24 06 2011).
- Lovdata. *Lovdata*. 01 01 2011. [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=forskrift om kommunal betaling \(funnet 04 27, 2018\)](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=forskrift%20om%20kommunal%20betaling%20(funnet%2004%2027%2C%202018)).
- Mintzberg, Henry, Ahlstrand, Bruce, Lampel, Joseph. *Strategy Safari- Your Complete Guide Through The Wilds of Stategic Management*. Harlow: Prentice Hall, 2009.
- Mulgan, Geoff. *The art of public strategy- mobilizing power and knowledge for the common good*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Nylehn, Børre. «Strategy in Local Government.» *Scandinavian Political Studies*, 4 1996: 359-375.
- Poister, Theodore H. Pitts, David W. Edwards, Lauren H. «Strategic Management Research in the Public Sector: A Review, synthesis, and Future Directions.» *Sage journals*, 18 5 2010: 522-545.
- Quinn, James B. *Strategies for Change, The Strategy Process*. New Jersey: Prentice Hall, 1988.
- Ranson, Stewart, Stewart John. «Citizenship and Government: The Challenge for Management in the Public Domain.» *Political Studies*, 03 1989: 5-24.



- Regjeringen. *regjeringen.no*. 21 12 2011. <http://www.regjeringen.no/nodep/hod/id421/> (funnet 8 31, 2015).
- Regjeringen, Finansdepartementet Solbergregjering 2017. *Regjeringen.no*. 31 03 2017. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/sec1> (funnet 06 22, 2017).
- Repstad, Pål, Knudsen, Harald m.fl. *Dugnadsånd og forsvarsverker- tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget, 2013.
- Ringdal, Kristen. *Enhet og Mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget, 2014.
- Røiseland, Asbjørn, Vabo, Signy Irene. *Styring og samstyring- Governance på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget, 2012.
- Stortinget. *Stortinget.no*. 10 04 2010. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=43331> (funnet 12 06, 2017).
- Tjerbo, Trond, Skinner, Marianne Sundlisæter. «Interkommunal samarbeid om døgnåpne kommunale akuttenehter og legevakt- Tar helsekommunen form?» *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 01 02 2016: 117-124.
- Tjerbo, Trond, Zeiner, Hilde Hatleskog. *Interkommunale samarbeid på helseområdet*. ISSN-0801-1702, Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning, 2014.
- Vabo, Signy Irene og Røiseland, Asbjørn. «Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen.» *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 2 2008: 86-107.
- Van Maanen, J. «Reclaiming Qualitative Methodes for Organizational Reserarch.» *Administrative Science Quarterly*, 12 1979: 520-526.

## Innhold

Dokumentanalyse .....	1
Semistrukturert intervjuguide .....	7
Innledende spørsmål: .....	7
Nøkkelspørsmål: .....	8
Holdningsspørsmål:.....	11
Intervju 2NE, virksomhetsleder tildelingskontoret Nedre Eiker kommune .....	12
Semistrukturert intervjuguide .....	12
Innledende spørsmål: .....	13
Nøkkelspørsmål: .....	14
Holdningsspørsmål:.....	15
Intervju 1R, kommunalsjef helse og omsorgstjenesten Røyken kommune .....	17
Semistrukturert intervjuguide .....	17
Innledende spørsmål: .....	17
Nøkkelspørsmål: .....	18
Holdningsspørsmål:.....	19
Transkribering .....	21
Intervju 2R, leder tildelingskontoret Røyken kommune.....	22
Innledende spørsmål: .....	22
Nøkkelspørsmål: .....	22
Holdningsspørsmål:.....	24
Transkribering .....	24

## Dokumentanalyse

Hvilke samhandlingsstrategier har to kommuner rigget seg med, hvilke planer har de, hva er nedskrevet? Hvilke tiltak? Hvilke verktøy? Hvilke virkemidler påvirker og hvilke virkemidler har kommunene for bedre koordinering-marked hierarki,

### 1. Mål, visjoner og satsningsområder for helse og omsorgstjenesten i kommunen

NE	R
Folkehelse er utpekt som hovedsatsningsområde i kommunen	Satsningsområder er bemanning, kompetansesammensetning, Opplæring og kunnskap og Systemer i organisasjonen.

NEs helseprofil skal være på høyde med de beste i landet. (hvordan skal de gjøre det?)	Utarbeide standard for kompetanse
Tar utgangspunkt i tre strategiske prinsipper: føre var, forebyggende, forutsigbar.	Rekruttere kompetanse i hht standard
NE skal redusere ulikheter i levekår og bidra til god oppvekst	Sikre minimumskunnskap i generell datakunnskap
NE skal legge til rette for sunne levevaner	Sikre gjennomføring av opplæring
NE skal være pådriver for å skape et inkluderende, sosialt og aktivt liv for alle.	Medarbeiderskap er en del av organisasjonskulturen i sektoren
NE har godt koordinerte tjenester som bygger på prinsippet om egemestring. Innbyggerne tar ansvar for egen helse. Omsorgsteknologi er nevnt, bo hjemme lengst er nevnt, dimensjonering av tjenester ut i fra forventet økning i demens i befolkningen.	Sikre at kompetanse benyttes på tvers av enhetene
NE arbeider strategisk for å ha et godt koordinert tjenestetilbud, sambruk og flerbruk, men ikke beskrevet hvordan.	Velferdsteknologi er tatt i bruk som en integrert del av tjenestetilbudet
Bringe helse- og omsorgstjenestens budsjett i balanse	Det utarbeides en plan for utvikling av legetjeneste, folkehelse og samfunnsmedisin
Mål om redusere liggedøgn på sykehus	Kommunale plasser for døgnakutt(KAD) er kjent og gir et godt tilbud før og i stedet for sykehusinnleggelse
Redusere kjøp av eksterne sykehjems plasser fra 11 til 7	Legevaktspersonalet sin kompetanse er kartlagt, og det er utarbeidet en plan for kompetanseheving for 2016 både for leger og Øvrige personell
Mål om økt egenmestring med hverdagsrehabilitering og innsatsteam, tidlig innsats.	Øke prosentdel av fagarbeidere og høyskoleutdannede i tråd med Strategisk kompetanseplan
Ta i bruk velferdsteknologiske løsninger med formål å øke selvstendigheten og tryggheten til brukerne	Velferdsteknologi er implementert og er en integrert del av tjenesteapparatet
Ta refusjon for ressurskrevende brukere	Antall døgn med utskrivningsklare pasienter på sykehuset er redusert
Beskriver fokus på etter- og videreutdanninger for å møte morgendagens behov	Hverdagsrehabilitering er etablert i kommunen
Tjenestekontoret skal revurdere kriterier for alle helse- og omsorgstjenester. Justere omfanget på tjenestene, redusere kjøp av utenbygds plasser og forberede innføring av innsatsstyrt finansiering.	Tverrfaglige faggrupper er etablert innen: demens, psykiatri, palliasjon, kols ol.
	Demenskoordinatorfunksjonen er kjent i Røyken
	Brukermedvirkning er sikret gjennom etablering av brukerråd
	Økt fokus på samarbeid med frivillige - Bråset bo og aktivitetssenter integreres som en del av den ordinære helse og

	omsorgstjenesten i Røyken kommune IKS- Interkommunalt selskap?
--	----------------------------------------------------------------

2. Budsjettets og årsberetnings omtale av helse og omsorgstjenestene. Her differensierte beløpene seg svært mye.

NE	R
Ved innlemming av tilskudd til <i>øyeblikkelig hjelp</i> i rammetilskuddet er har kommunen blitt tilført midler som kompensasjon for bortfall av inntekter fra sykehuset. Personer som trenger brukerstyrt personlig assistent (BPA) har fått økte rettigheter og kommunes økte utgifter er kompensert, men om dette dekker de reelle merutgiftene er	Lå noe lavere enn gjennomsnittet i 2016 når det gjelder driftsutgifter per innbygger til kommunehelsetjenester.
Har etter flere år med merforbruk oppnådd balanse	Budsjettbalanse på sosiale tjenester i 2016
Redusert kjøp av private sykehjemsplasser fra 24 til 7	Tildelingsenheten hadde mindreforbruk
Økt tilbud på dagsentre og fokus på velferdsteknologiske løsninger	Hele programområdet pleie- og omsorg hadde mindreforbruk på grunn av lavere pensjonskostnader enn budsjettet.
Gjennomsnittlig driftsutgift per innbygger til kommunehelsetjenester var kroner 2002	Kroner 1796 KOSTRA tall.
	- Det skal legges særlig vekt på tiltak for å øke integreringsapparatet/evnen. - Innvirkning på andre programområder innenfor bla Oppvekst og Helse.
Reduksjon av sykefraværet med 1,6 %	Administrasjonen får i oppdrag å utarbeide en oversikt over ufrivillig deltid innen pleie og omsorg og tiltak for å redusere dette samt utrede alternative turnussystemer
Innsatsteam og hverdagsrehabilitering jobber bedre koordinert	Peker på økning av 4,7 årsverk i den kommunale legevakten (som deles med Hurum) fra 2017.
	Folkehelsebarometeret gir kommunen god score på mange sosiale variabler, vi ligger blant annet langt lavere enn landsgjennomsnittet når det gjelder antall mottagere av langtids sosialhjelp
	I tråd med samhandlingsreformen må det legges større vekt på folkehelsearbeid og satses på forebyggende tiltak for kommunens innbyggere.
	Nasjonale krav til rett bemanning og rett kompetanse i avdelingene foreligger. Det er forskriftsfestet svartid på telefon både for

	legevaktssentral og for fastlegekontor. Befolkningsveksten og turisme/økt bruk av fritidsboliger stiller økte krav til å ha nok ressurser tilgjengelig innenfor alle avdelinger.
	Samhandlingsreformen resulterer i at større andel av diagnostikk, behandling (og etterbehandling) nå skal gjøres i kommunene. Røyken kommune merker allerede endret praksis hos Vestre Viken HF, hvor det tydelig forventes mer av de kommunale helsetjenestene både før og etter sykehusbehandling. Utviklingen fører til økt press på tjenestene (fastlegetjenesten, KAD), hvor det på sikt vil bli behov for styrking av ressurser

### 3. Strategidokumenter/plandokumenters omtale av helse og omsorgstjenestene

NE	R
Har ikke eget strategidokument for helse og omsorg i 2016. Førre var og forebyggende.	Strategisk kompetanseplan for helse og omsorg 2015-2019
Har en kommuneplan samfunnsdel og en handlingsdel 2016-2019. Handlingsdelen beskriver i praksis ingen handlinger, da denne handlingsdelen er først gang gjort.	Har årshjul for helse- og omsorgstjenesten
Handlingsdelen skal i fremtiden samkjøres med budsjettet og økonomiplan for å koble prioriterte tiltak fra smfunnsdelen opp til budsjettet.	Har kartlagt kompetanseporteføljen i kommunens helse- og omsorgstjeneste
	Har kartlagt årsverk innenfor helsekategori
	Har egen plan for flyktninger. Flyktningeplan 2015-2017 omtaler helseoppfølgingen av flyktningebosettingene. Omtaler utfordringer slik som svakhet i kompetanse og kartlegging av flyktingenes psykiske helse på et tidligere stadium. Planene avsluttes med tiltak for gjennomføring av flyktningplan for eksempel økes helsesøsterfunksjon fra 50 til 100 % i 2016 i budsjettprosessen.
	Budsjett og øvrige plandokumenter forklarer målet med tiltaket og måleindikator- større sjans for måloppnåelse?

### 4. Utpekte utfordringsområder

NE	R
Økonomi- ROBEK liste i 2014 som følge av merforbruk fra 2008, lav skatteinngang	Kommunesammenslåing med Hurum og Asker
Må dekke inn underskudd fra tidligere år	Sterk befolkningsvekst

Må betjene stadig økende gjeld	Økt behov for kompetanse og arbeidskraft i kombinasjon med et stramt arbeidsmarked
Økende kostnader pga. økt etterspørsel av h- og omsorgstj.	Press på tjenester og ressurser som fordrer forbedringsarbeid og innovative prosesser
Høyt sykefravær i deler av tjenesten- mål å komme i aktivitet så snart som mulig.	Kommunen må rustes til å møte fremtidens behov for helsepersonell
	Skape flere heltidsstillinger i helsetjenesten
Samhandlingsreformen medførte en kostnad for kommunene dersom de ikke kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Antall overliggerdøgn pr. juli 2015 var 89 døgn med en samlet kostnad på 378.000 kroner. Høy beleggsprosent på egne sykehjemsplasser gjør at sum kostnader til overliggerdøgn varierer en del og det har vært en økning i overliggerdøgn de siste månedene. Det er etablert pakkeforløp for den enkelte bruker på Bråta for å forberede på hjemreise fra første dag av et korttidsopphold.	Kommunen har hatt en svak vekst i antall klienter og utbetalinger pr klient i år, men har fortsatt utgifter som ligger svært lavt sammenlignet med mange andre kommuner. En økning i sosialhjelpsutgiftene er det største risikoområdet innenfor programområdet. En negativ utvikling på sosialhjelpsbudsjettet vil kunne påvirke handlingsrommet innenfor andre tjenesteområder i kommunen.
Støttekontakt, avlastning og BPA har hatt store budsjettoverskridelser	En rask befolkningsvekst kan gi økte sosiale problemer. I 2015 ses en tendens til økt arbeidsledighet. Røyken kommune kan bli sterkere berørt enn andre fordi mange i kommunen har høy kompetanse og jobber innenfor bransjer som nå nedbemanner. Økt ledighet kan på sikt utløse sosiale problemer, og derav en økning i utbetalinger av sosialhjelp.
	Legevakten er lavt bemannet sammenlignet med mange andre kommuner. Det vil bli vanskelig å innfri kravet til responstid som er vedtatt i ny forskrift
	Det er variabel kompetanse hos legene som deltar i legevakt. I tillegg mangler tilstrekkelig oversikt over kompetansebehov hos de ansatte. Legevaktsmedisin utvikler seg mot mer spesialisering i diagnostikk og behandling, og det er derfor viktig at legevaktslegene har oppdatert kunnskap
	Belegget på kommunale døgnakutt plasser er for lavt. Samarbeidet med kommunens fastleger må få større fokus. Det er viktig å få opp bruken av plassene i tråd med intensjonen i Samhandlingsreformen. Plassene inngår i det ordinære rammetilskuddet til kommunene fra 01.01.2016.
	Røyken kommune er i stor vekst, og antall eldre over 80 år vil øke i årene fremover. Sykdomsbildet endres og blir mer komplekst. Økt levealder på brukergruppe med utviklingshemming medfører flere tilleggssykdommer

	Det er nødvendig å etablere nok tiltak for å unngå unødige sykehusinnleggelses, samt å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus og unngå overliggerdøgn
	Det oppleves at spesialisthelsetjenesten har trappet ned tilbud i raskere fart enn kommunen har klart å bygge opp. Dialog med spesialisthelsetjeneste og samhandling mellom enheter og sektorer er et viktig område for å sikre rett kompetanse til rett tid
	Strategisk kompetanseplan, vedtatt i 2015, viser for lav prosentdel av fagarbeidere og høgscoleutdannede. Dersom organisasjoner skal lykkes i fremtiden, må de være bevisste på å utnytte potensialet som ligger i å mobilisere hele personalet i en virksomhet. (Senge, 1990). Konsekvensen av for lav fagdekning i sektoren kan bli at det ikke er noe potensiale å mobilisere. Dette er et stort risikoområde. Tilstrekkelig fagdekning er derfor avgjørende for å innfri gjeldende lovverk, samt opprettholde kvalitet og stabilitet i tjenesteutøvelsen
	Det er lagt inn et realistisk effektiviseringskrav i økonomi- og handlingsplan 2016 – 2018. Men det er risiko for at det kan være vanskelig å realisere i perioden

#### 5. Samarbeidsavtale mellom Vestre viken helseforetak og kommune NE og R

R nevner ikke samarbeidsavtalen i noen av sine strategidokumenter. Gjenspeiles samarbeidsavtalene i kommunens dokumenter og arbeide?

#### 6. Oversikt over strategiske verktøy funnet i nedtegnede dokumenter

NE	R
Ros analyse	SWOT analyse funnet i Strategisk kompetanseplan 2015-2019 som kun omhandler helse- og omsorgstjenesten
	ROS analyse
Prosjekt for velferdsteknologi hvordan best organiseres for å utnytte effekten av velferdsteknologi.	
Holde tilsyn med risikoområder for budsjettoverskridelser, som BPA ol.	

7. Strukturelle, informasjonsbaserte og finansielle virkemidler eller tiltak for å oppnå mål som samsvarer med samref.

NE	R
Innkjøp av elektronisk medisinkabinett, og i intervjuene nevner de teknologi som en viktig titlak/virkemiddel	Forhindre ufrivillig deltid i helse- og omsorgstjenesten, samt utrede alternative turnussystemer. Er strukturelle virkemidler
Omorganisering av virksomheten med :	Utarbeide oversikt over behovet for helsetjenester hos flyktninger
Innsatsteamet er blitt samorganisert med ergo-fysio og hjemmetjenesten i 2015. Dette har økt kompetanseoverføringen og kapasiteten. Strukturelt verktøy	Øke belegget på KAD plasser fra 11% til 30%. Dette tar unna UP. Strukturelt virkemiddel
Informasjonsbasert- legge til rette for grunnetter og videreutdanning	Utarbeide kompetanseplan-som de har gjort. Finansieres av tilskudd- finansielt virkemiddel
Infomøte for kommunens 75 åringer for å sette den enkelte bedre i stand ansvar for egen helse.	Økning med to stillinger i hverdagsrehabilitering
Opprettelse av 2 KAD plasser og legevaktsplasser	

## Semistrukturert intervjuguide

1. Uformell samtale 2-5 min. Spør om å få dokumenter, spør om det er noe jeg bør vite før intervjuet, spør om de har interkommunalt samarbeid på helseområdet.
2. Informasjon om prosjektet og problemstillingen, forklare hva intervjuet skal brukes til. Avklare spørsmål rundt anonymitet og taushetsplikt. Undersøk om informanten har spørsmål. Informer om lydopptak
3. Spørsmål rundt lydopptak og samtykke til lydopptak
4. Spørsmål rundt erfaringer, faktaspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål, kompliserte og sensitive spørsmål.
5. Spørsmål om fokusering her og nå.
6. Spørsmål om Tilbakeblikk. Oppsummering, avklare uklare punkter og er det mer du ønsker å legge til.
7. Stopp lydopptak

## Innledende spørsmål:

1. Hvor lenge har du hatt denne stillingen? Siden April 2015.



2. Kan du beskrive en vanlig arbeidsuke ut for deg? Møter, morgenmøter, rapporter, samarbeidsmøter, interkommunal samarbeid for å oppnå balanse i maktforholdet mellom kommune og statlig spesialisthelsetjeneste. Fast hver uke har jeg ledermøte med alle virksomhetslederne og staben i etaten min hver mandag. 1. mandagene i måneden har jeg møte med mine virksomhetsleder 7 stk. og disse har avdelingsledere igjen under seg. 7 virksomhetsledere som rapporterer direkte til meg så har de fleste av disse avdelingslederne under seg igjen ca. 2-6 under der. 25 stk. er alle lederne i utvidet ledermøte. 1. dag i månede er det . Rådmanns ledermøte hver tirsdag. Medbestemmelsesmøter i etaten og på rådmannsnivå, AMU møter, lokalt samarbeidsutvalg med sykehuset og de 8 kommunen i Drammensregionen. Kommunehelsesamarbeid med sykehuset og høyskolen sør øst norge, fagutvikling, kvalitet, tjenesteutvikling knyttet til samarbeidsreformen. Vi har hatt en FOU gruppe for, sammen med 8 kommuner. Kontaktutvalg for legevakt i drammensregionen IKS. Mye samarbeid med Øvre Eiker; samf. medisin friskliv, kommuneoverlege. Samarbeid om kommunereform er det som vil ta tid framover. Samarbeidet med Øvre Eiker vil ikke bli det samme fordi de ikke skal inn i Drammen kommune, men vi kan samarbeide med disse hvis vi vil. Noe vil bli viderefør, noe vil bli aqvviklet.
3. Kan du beskrive samhandlingen ved utskrivningsklar pasient mellom HF og kommunen? Dette er det vanskelig med reformen, nettopp det ordet samhandling. Vi opplever at dette ikke er samhandling mellom to likeverdige parter. De opplever at det ikke er rett maktforhold og sykehuset som sitter med definisjonsmakten. For syke brukere, vi har store utfordringer med å ta i mot UP, vi betaler en del overliggerdøgn fordi vi har ikke nok sykehjemsplasser. Samhandling er krevende. Men dialogen er god, selv om vi ikke alltid er enig med sykehuset. Krevende øvelse å omgjøre økonomien til balanse. Styrket kompetansen i hjemmetjenesten for å ta i mot dårligere pasienter.
4. Kan du beskrive samhandlingen internt i kommunen for eksempel for å gi tilbud til utskrivningsklar pasient? (Her får jeg svar på både intern strategi innad i kommunen og ekstern strategi)

### Nøkkelspørsmål:

1. Hvilke mål har kommunen for helse- og omsorgstjenesten? Helse og velferdsplan, og strategiplan som ikke er ferdig ennå. Målekort i økonomiplan. Enkelt målbare, kapasitet på heldøgn, tidlig innsats, rekruttering, gode lokale tjenester, leve hele livet. Tidlig innsats hele livet. Arbeider med flere planer nå enn før.
2. Benytter dere noen verktøy for evaluering av styrker, svakheter kommunen står ovenfor når det gjelder samhandling om helsetjenestene? Eks. SWOT, ROS, Interessentanalyse,

konkurransanalyse, markedsanalyse, verdikjedeanalyse? Hvilke verktøy? Ros analyser gjør vi hele tiden. Ikke andre analyser. Men brukerundersøkelse hj. Tjenesten og sykehjem. Vi har ikke muskler i stabsfunksjon til å gjøre slike analyser. Strategiplan for implementering av velferdsteknologi. Det ble gjort en stor analyse av etaten av Skagerak konsulting. Og i forbindelse med ROBOK har KS gjort noen analyser. Brukerundersøkelser har vi.

3. Har kommunen utviklet nye mål for helse- og omsorgstjenesten den siste tiden. Mer planarbeid nå enn før 2016. KAD plasser er opprettet på Bråta to plasser og en plass på legevakta, men denne siste er mer til rus/psyk. 45% belegg. Vi er en hjemmetjenestekommune. Vi har ikke sykehjems plasser og må rigge oss for å ta dårlige pasienter hjemme.
4. Har kommunen foretatt endringer eller omorganisert helse- og omsorgstjenesten de siste fem årene? Isåfall hvilke endringer er gjort? Er det opprettet nye avdelinger, eller samordet noen, eller lagt ned noen avdelinger? Opprettet innsatsteam. Stor omorganisering i 2015. Skagerak consulting hadde gjort en analyse og på bakgrunn av rapporten, ble det gjort en ganske stor omorganisering, Innsatsteam ble startet opp, mer dag og aktivitetstilbud, både til PU og til demente. Også plasser for ordinære eldre tre ulike dagtilbud. Endringer med sammensetninger i virksomheten for å få mer likeartet drift. Bråta ble lagt til hjemmetjenestene for å få bedre flyt mellom institusjon og hj. Tj. Her ligger dagtilbud, korttidsplasser og dagtilbud på ett sted og All heldøgns til eldre er på ett sted. Planer om å bygge nytt sykehjem, som skulle vært ferdig, men dette har ikke skjedd på grunn av økonomi. Vi vil organisere tjenestene. Frisklivssentral ble startet sammen med Ø. Eiker og forebyggende i forbindelse med samhandlingsreformen. Denne ble lagt ned nå ved nyttår, men de planlegger å starte egen friskliv. Overvekt og aktivitet hos barn og unge. Hverdagsrehabilitering, sette folk i stand til å mestre egen sykdom og Innsatsteamet gir også. På folkehelsebarometeret ligger vi høyt på psykiske lidelser og medikamentbruk. Satt i gang tiltak ifb.
5. Hvem følger opp samarbeidsavtale med Helseforetaket hos dere? Jeg følger opp dette.
6. Hvordan følges samarbeidsavtalen opp? Hvor ofte og Hvem deltar her?
7. Hvilke nedskrevne plandokumenter og strategier for de kommunale helse- og omsorgstjenestene har dere?
8. Hvordan er helse- og omsorgstjenesten i kommunen organisert nå? Benytter der bestiller/utfører modell? Hvorfor/hvorfor ikke? Vi har bestiller utfører – modell. Når det gjelder ISF har vi vurdert å innføre modellen Røyken kommune benytter, men har valgt å ikke gjennomføre det fullt ut. Tjenestene er rammefinansiert, men vi fører månedlige

skyggebudsjett for å ha oversikt over forbruket. Nedre Eiker benytter et verktøy, m\_solution, til å kartlegge tidsbruk i hjemmetjenesten, så vi har god oversikt over bestilte tjenester kontra utførte tjenester og har også beregnet hvor mange timer hjemmesykepleie og hjemmehjelp tjenestetildeling kan bestille hver måned. Ved Alle rapporter til Rokke, LCP Liverpool care mapping, Livets siste dager. De som ønsker å dø hjemme får det. Vi har god kompetanse. Prosjekt mobil 2 smertekartlegging av demente og PU. Vi er en foregangskommune på dette. Vi må ha fokus på egenmestring og teknologiske løsninger pga. dårlig økonomi.

9. Har dere omorganisert avdeling siste fem årene? I såfall; hvordan? Er det opprettet nye avdelinger? Fagrådgivere i de store virksomhetene på fag og struktur, pakkeforløp på korttidsopphold for å ha så kort liggetid som mulig.
10. Er det ansatt flere til å jobbe med helse og omsorgstjenester de siste fem årene? Er det ansatt en el. flere fast personer som jobber med koordinering av helsetjenestene i kommunen? Nei vi har redusert bemanningen pga. økonomien. En fast persone som jobber med koordnering opp mot sykehus. Disse har egen møter med sykehuset. Samahandling på flere nivåer i forskjellige foraer.
11. Er det opprettet nye møter/fora de siste 5 årene? I såfall hvilke? Både interne samhandlingsmøter innad i kommunen og eksterne med HF oa.
12. Samarbeider dere med andre kommuner om helse- og omsorgstjenester? Mestring, egenmestring, velferdstekologi. Rask psykisk helsehjelp og recovery. Søker mye tilskudd, FACT team, ruskonsulent, bli boende er et nytt prosjekt, brukerstillinger og kompetanse.
13. Hvilke tjenestesteder og personer deltar i disse møtene? Er det andre personer enn før som deltar? (Er det mer ledertyngde?)
14. Hvilke tilbud om kurs og kompetansehevende tiltak har kommet de siste fem årene? Øke vurderingskompetanse et program som heter alert. Utdanner egne instruktører i alert, for å sikre at det er de rette pasientene som legges inn og hvilke undersøkelser. Puls, blodtrykk, hud, temp. sikrer at man ikke legger inn de pasientene som ikke trenger. Samarbeid med sykehuset som er direkte relatert til samhandlingsreformen. Har vært ett enn "å høyere fokus på kompetansehevende tiltak. Det handler om at vi har så mye sykere pasienter i kommunen. Helsekonferansen av KS sa at 90 % av helsetjenesten ytes i kommune. Tilbudet om videreutdanningen er blitt bedre og mer omfattende de siste åra. Mange ønsker videreutdanning, med kompetansemidler fra fylkesmannen. Vi har alltid noen i videreutdanning. En med master i klinisk spesialist. Kommune blir kritisert for ikke å ha økt

bemanningen og kompetansen. Dette handler om økonomiske muligheter til gjøre dette. Vi er en av landets fattigste kommuner og derfor er dette en stor utfordring.

15. Hvilke tiltak fokuserer dere på i helse og omsorgstjenesten nå og fremover? Vi Søker mye prosjektmidler og tilskudd. Blir kalt innovative i "miljøet". Prosjektmidler er en måte å få til satsninger. Som fattig kommune er vi helt avhengig av prosjektmidler.
16. Planlegger kommunen noen endringer i organiseringen av arbeidet med helse- og omsorgstjenestene fremover? Mye av utviklingen går ifht. Kommunesammenslåing. Når vi gjør endringer må vi hele tiden tenke på kommunereformen. Velferdsteknologi fortsetter vi å bredde ut dette i samme fart, litt uavhengig av Drammen, men vi må sjele til at vi skal sammen med disse og kan ikke gå i en helt annen retning. Vi er bedre enn ny kommune på dette. Vedtak om å ikke vedta nye planer på grunn av kommunesammenslåing.

### Holdningsspørsmål:

1. Hvilke fordeler og ulemper opplever du med samhandlingsreformen?
2. Hvordan opplever du samhandlingen om UP mellom dere i kommunen og HF er? Hf sitter med definisjonsmakta. Men dialogen er god.
3. Hvordan opplever du samhandling mellom tjenestestedene i kommunen om UP?
4. Hva anser du som den største utfordringen med UP? At det ikke følger med penger med oppgavene.
5. Hvordan opplever du kommunens økonomi påvirker måten dere jobber med helse på? Påvirker arbeidet veldig. Nød lærer nøgen kvinne å spinne. Drålig økonomi gjør at man må bli veldig kreativ for å løse oppgavene. Jobber hele tiden med å finne Klokere måter å gjøre ting på . Et prosjekt i to år nå om velferdsteknologiske løsninger Velferdstk. ABC. De ansatte etterspør teknologi og dette er morsomt, men det er krevende for personalet å stå i. Vi har ikke rolige dager på jobben. Vi har mye flinke folk og god kompetanse hos oss, heldigvis. Vi får for mange overligge- døgn på sykehus. Vi får ikke bygget sykehjemmet vi trenger. Solberglia sykehjem yter svært god faglig kvalitet, men de trenger nytt bygg og flere resurser. Vi har rapporteringsrutiner, men ikke flere møter på økonomi enn vanlig. Alle må rapportere til meg og jeg må følge opp der hvor de sliter med å holde rammene og gå i balanse.
6. Hvordan opplever du at avstanden til nærmeste sykehus påvirker måten dere jobber med helse på?
7. Hvordan opplever du politisk ledelse i kommunen påvirker måten dere jobber med helse på? Pol. Er opptatt av helse og velferdstjenesten i kommunen. NE har et utvalg på helse og velferd, med leder og nestleder av kommunestyret. Jeg opplever at det er veldig interessert

og støttende. De påvirker gjennom de vedtak de fatter, men de er avhengig å få god informasjon fra meg. De bidrar til utviklingen av helse og omsorgstjenesten.

8. Hvordan opplever du at sosiale problemer i kommunen påvirker helse- og omsorgstjenesten? Ja vår demografi, går i arv, Nedre Eiker har en et annet utgangspunkt som industrisamfunn og vi trekker til oss en annen befolkning. Vi ligger lavt på utdanningsnivå, disse har dårligere helse enn de med høy utdanning. Høyere arbeidsledighet, lavtlønnte på grunn av lav utdanning som trenger supplerende sosialhjelp. Prosjekt for vurdering av langtidsmottakere av sosialhjelp. Helse hjelp. 20% av innbyggerne er innvandrere
9. Hvilken, eller hvilke befolkningsgrupper opplever du at krever mest ressurser fra kommunens helsetjeneste? ¾ derl under 67. ca 50 stk vi fikk 50 mill i 2017. Høyt på PU personer. Det er høy egenandel før man får refusjon for ressurskrevende tjenester, så det er uvisst om vi får noe mer for disse. Vi har høyere andel ikke vestlig minoriteter og arbeidsinnvandrere ca. 20 % kommer. Disse etterspør ikke så mye helse og omsorgstjenester, men de etterspør sosialhjelp, 1. generasjon hjelper sine egne. ¾ av de som krever mye av helse- og omsorgstjenester er unge under 67 år.
10. Jeg har ingen flere spørsmål, men er det noe du ønsker å tilføye?

## Intervju 2NE, virksomhetsleder tildelingskontoret Nedre Eiker kommune

### Semistrukturert intervjuguide

8. Uformell samtale 2-5 min. Spør om å få dokumenter, spør om det er noe jeg bør vite før intervjuet, spør om de har interkommunalt samarbeid på helseområdet.
9. Informasjon om prosjektet og problemstillingen, forklare hva intervjuet skal brukes til. Avklare spørsmål rundt anonymitet og taushetsplikt. Undersøk om informanten har spørsmål. Informer om lydopptak
10. Spørsmål rundt lydopptak og samtykke til lydopptak
11. Spørsmål rundt erfaringer, faktaspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål, kompliserte og sensitive spørsmål.
12. Spørsmål om fokusering her og nå.
13. Spørsmål om Tilbakeblikk. Oppsummering, avklare uklare punkter og er det mer du ønsker å legge til.
14. Stopp lydopptak

## Innledende spørsmål:

5. Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen? 8 år. Jobbet siden 2000 og var saksbehandler i en del år og jeg var tjenesteleder.
6. Kan du beskrive en vanlig arbeidsuke ut for deg? Møter, morgenmøter, rapporter, samarbeidsmøter, interkommunal samarbeid for å oppnå balanse i maktforholdet mellom kommune og statlig spesialisthelsetjeneste. Jeg har jo en del faste møter i uka: mandag har jeg ledermøte kommunalsjef og alle virksomhetslederne i helsetjenestene. Hver 4. uke er det utvidet ledermøte med avdelingsleder med andre virksomhetene for at de skal bli inkludert, få informasjon og ikke føle seg tilsidesatt. Neste tema er sykefravær, vi fant ut at NÅ må vi ha et møte om dette igjen. Hege så alle tjenesteldere under henne. Den som driver sykehjemmet er direkte under Hege. . Mandager leder jeg også et samarbeidsfora for barn med psykisk syke foreldre, sammen med bv, forebyggende, ergo og fysio. For å favne og vite om disse barna og ta tak i det. Tirsdag leder jeg tjenestetildeling for samordning: Så da har jeg møte med boligkontoret som jeg også er leder for. Her diskuterer vi saker og saker som de vil ta opp. Boligkontoret har sakabhandler og startlån ol. Personalmøte hver 4. uke med alle 16 som er under meg. Onsdagene er det boligtildingsutvalg hvor boligkontoret og meg og en fra psykisk helse og PU, tjenester til utviklingshemmede Her tar vi opp tildeing av boligene i kommunen Bosetting av flyktninger er ikke her og ikke midlertidige boliger. Nav har noen boliger for flyktninger og akutt overnatting. Torsdager så har vi noe som vi noe vi kaller tiltaksteam. Det blir meldt inn saker som vi drøfter for eksempel. omsorgslønn er det andre tjenester kommunen kan tilby? BPA, avlastningstiltak og klagesaker, Men vi tar også opp institusjonsplasser fordi vi har så trøkk på institusjonsplasser.
7. Fortell om de samarbeidsmøter dere har. Mandager sitter jeg somleder i et samarbeidsfora som er i fht barn som pårørende sammen med bv, forebyggende og familiesenter helsestasjon, psykisk helse, ergo fysio møtes hver 4. uke om samarbeid på tvers av etater. For å favne og vite om disse barna. Noe må ta tak i dette.Rent internt møte.
8. Kan du beskrive samhandlingen ved utskrivningsklar pasient mellom HF og kommunen? Elink, fast koordinator som er saksbehandling, men beslutninger tas i tildelingsmøtene. Tjenestetildeling er en veldig koordinert tjeneste. Vi samarbeider med alle virksomheter i etaten. Vi skulle ha innsatsteam, men vi fikk ikke dreis på dette. De føler heller at de avlaster hj. Tj. Hva er best bruk av innsatsteam? Demenskoordinator skal legges under tjenestetildeing fra mars. En fra innsatsteam skal dra til sykehuset en gang i uka for å begynne tidlig med å tenke hjem og tilrettelegging. Forebyggende tiltak. Vi må være sikker på at plassen vi har blir brukt riktig. Prosjekt i 2012 mot sykehuset om kommunen og

sykehuset har samme vurdering til grunn om hvem som skal hjem og hvilke tjenester de trenger. Sykehuset blir presset av legene på at pasient skal hjem. De er også i en skvis. Men tilnærmingen er litt forskjellig i kommunen og sykehus. Når vi drar til sykehuset og prøver å få opp en. Sykehuset har ikke prøvd å få opp pasienten og rapporterer at denne ikke kan stå opp, men når kommunen prøver å få pasienten ut av sengen går dette helt fint.

9. Kan du beskrive samhandlingen internt i kommunen for eksempel for å gi tilbud til utskrivningsklar pasient? (Her får jeg svar på både intern strategi innad i kommunen og ekstern strategi) vi har mye samarbeid på tjenestetildeling. Langtidsplassene er belagt med personer i akutte korttidsplasser.

### Nøkkelspørsmål:

17. Hvilke mål har kommunen for helse- og omsorgstjenesten? Visjonen vår er mulighet for alle nærhet til alt. Livskvalitet og egenmestring. Siste året har vært økonomibalanse, men vi skal også gi gode tjenester. Selv med en stram økonomi og det er klart med rettighetfesting av BPA, vil gjøre noe med kommuneøkonomien. Fordi flere vil søke på det og vil få det innvilget. Det vil bli mere slik som dette, ikke bare BPA, HOL når den kom så vi at det kom til å bli mye forskrifter og det har det blitt og det stiller mer krav til kommunene til tjenesteyting. Også større krav til oss at vi skal være ajour ifht å kunne lovverket og være oppdatert. Jeg har selv uten penger til kursing, så er dette noe jeg må prioritere i lovverk.
18. Benytter dere noen verktøy for evaluering av styrker, svakheter kommunen står ovenfor når det gjelder samhandling om helsetjenestene? Eks. SWOT, ROS, Interessentanalyse, konkurranseanalyse, markedsanalyse, verdikjedeanalyse? Hvilke verktøy?
19. Har kommunen utviklet nye mål for helse- og omsorgstjenesten den siste tiden.
20. Har kommunen foretatt endringer eller omorganisert helse- og omsorgstjenesten de siste fem årene? Isåfall hvilke endringer er gjort? Er det opprettet nye avdelinger, eller samordet noen, eller lagt ned noen avdelinger?
21. Hvem følger opp samarbeidsavtale med Helseforetaket hos dere? Hege og saksbehandlere under henne i utvalgte saker.
22. Hvordan følges samarbeidsavtalen opp? Hvor ofte og Hvem deltar her?
23. Hvilke nedskrevne plandokumenter og strategier for de kommunale helse- og omsorgstjenestene har dere?
24. Hvordan er helse- og omsorgstjenesten i kommunen organisert nå? Benytter der bestiller/utfører modell? Hvorfor/hvorfor ikke? Ja fra et prosjekt i 1999 pga. økonomien og i 2002 ble det et politisk vedtak. Vi ser endringer og ser viktigheten, og vi tror selv at det vil avlaste utfører leddet å slippe å stå i den skvisen og i vurderingen å vurdere tjenestetilbudet.

Ved å ha den modellen kan vi lettere se alle og ha oversikt det gir også mer rettferdige tjenester. Tidligere når alle hadde ansvar for vurdering av tjenestene så ble det forskjell på vurderingene mellom tjenestestedene.

25. Har dere omorganisert avdeling siste fem årene? I såfall; hvordan? Er det opprettet nye avdelinger?
26. Er det ansatt flere til å jobbe med helse og omsorgstjenester de siste fem årene? Er det ansatt en el. flere fast personer som jobber med koordinering av helsetjenestene i kommunen?
27. Er det opprettet nye møter/fora de siste 5 årene? I såfall hvilke? Både interne samhandlingsmøter innad i kommunen og eksterne med HF oa.
28. Samarbeider dere med andre kommuner om helse- og omsorgstjenester? Nei ikke pr. i dag. Vi har noe samarbeid med Øvre Eiker med avlastning og dagaktivitetsplasser, men denne avvikles pga. kommunereformen. Frisklivssentral også med Ø. Eiker.
29. Hvilke tjenestesteder og personer deltar i disse møtene? Er det andre personer enn før som deltar? (Er det mer ledertyngde?)
30. Hvilke tilbud om kurs og kompetansehevende tiltak har kommet de siste fem årene? Kurs i lovverk, mer kurs nå enn før samhandlingsreformen. Ja det opplever jeg og HOL Jeg har kjørt tre stk som har gått på videreutdanning i saksbehandling. Brukt penger på dette. Det var et nettstudie i Østfold. Det krever mye å gå på. Også kurs i vurderingskompetanse i hj. Tj. Og instusjonstjenesten for å unngå unødvendig innleggelse. For å legge inn personer til rett tid.
31. Hvilke tiltak fokuserer dere på i helse og omsorgstjenesten nå og fremover? ISF er ett tiltak vi vurderer. Sykefravær, Jeg har lite sykefravær og er heldig sånn, men det er vel så viktig å tenke nærvær. Utførerne som har sykefravær. Redusering av overliggedøgn, Mange tiltak handler om å få økonomien å gå i balanse. Hjemmetjenestekommune gir for drøplige personer hjemme og utførerne bli syke av disse tunge pasientene som kanskje egentlig skulle vært i institusjon? Dette fører til høyt sykefravær.
32. Planlegger kommunen noen endringer i organiseringen av arbeidet med helse- og omsorgstjenestene fremover? Ikke frem mot kommunereformen.

### Holdningsspørsmål:

11. Hvilke fordeler og ulemper opplever du med samhandlingsreformen?
12. Hvordan opplever du samhandlingen om UP mellom dere i kommunen og HF er?



13. Hvordan opplever du samhandling mellom tjenestestedene i kommunen om UP?  
Samarbeidet har blitt veldig mye bedre enn hva det var før. Mellom tildeingskontor og utfører- Isolution måler hvor lenge utøferer er inne og dette kan bistå å regulere vedtakene.
14. Hva anser du som den største utfordringen med UP?
15. Hvordan opplever du kommunens økonomi påvirker måten dere jobber med helse på? Sånn som jeg ser det så har det påvirket på en litt positiv måte. Vi må være kreative og vi må være skjerpet og tenke alternative tjenester. Jeg har veldig tro på at vi kommer i mål balanse md øk. De siste årene har vi sett på vedtak på hj. Tj. Og vi har tenkt å innføre ISF opp mot samordna tjeneste rog de har samarbeidsmøter hver 4. uke for å drøfte. Og det skrives journal når det skal økes eller reduseres tjenester. Vi har målingsverktøy for hvor lang tid de er inne hos brukerne for å se om det er riktig omfang av tjenester som blir gitt. I solution. Vet ikke om ISF vil bli innført pga kommunesammenslåing. Samarbeidet mellom utfører bestiller er blitt mye bedre.
16. Hvordan opplever du at avstanden til nærmeste sykehus påvirker måten dere jobber med helse på?
17. Hvordan opplever du politisk ledelse i kommunen påvirker måten dere jobber med helse på?  
Poltikierne er nødt til å få god nok informasjon om status i tjenestene for å kunne Ta gode politiske beslutninger. og dette ligger på oss, men de gir oss litt urfordringer for eksempel. vi ønsker dobbeltrom på Bråta og dette, så sier politkerne at det er begrenset hvem som skal få sånn og sånn rom. De detaljstyrer, men det er blitt mindre nå etter 2015. Før sa pol at vi kunne bare kjøpe eksterne plasser nå sier de nei til dette pga. kommune økonomien.
18. Hvordan opplever du at sosiale problemer i kommunen påvirker helse- og omsorgstjenesten? Det går i arv. Der har vi en utfordring. Dette er en kommune som sliter både med Navere, Vi har også mye ledighet, psykisk helseproblemer som går i arv. Både boligtildeling, mange søker bolig, de prøver ikke en gang. De har holdninger om at det offentlige skal gjøre ting for dem. Dette handler også om holdninger og hvem som har ansvar for sitt eget liv. Med sosiale problemer som går i arv, går også slike holdninge ri arv og dette er veldig vanskelig å snu.
19. Hvilken, eller hvilke befolkningsgrupper opplever du at krever mest ressurser fra kommunens helsetjeneste? Eldre, men vi har også mange unge som har utfordrende tjenester og dfe er mere kostnadskrevende enn hva de eldre gjør- Unge med MS har andre krav enn hva eldre har. Vi ser mye av ikke vestlige innvandrere i omsorgstjenesten, men de har jo veldig ofte omosrgslønn. Det vet de hva er, men vi prøver å tnek alternativt der for at

de skal integreres i samfunnet. Mange Tyrkiske som har bodd i mange år som skal pleie sin syke mann.

20. Jeg har ingen flere spørsmål, men er det noe du ønsker å tilføye?

## Intervju 1R, kommunalsjef helse og omsorgstjenesten Røyken kommune

### Semistrukturert intervjuguide

15. Uformell samtale 2-5 min. Spør om å få dokumenter, spør om det er noe jeg bør vite før intervjuet, spør om de har interkommunalt samarbeid på helseområdet.
16. Informasjon om prosjektet og problemstillingen, forklare hva intervjuet skal brukes til. Avklare spørsmål rundt anonymitet og taushetsplikt. Undersøk om informanten har spørsmål. Informer om lydopptak
17. Spørsmål rundt lydopptak og samtykke til lydopptak
18. Spørsmål rundt erfaringer, faktaspørsmål, introduksjonsspørsmål, overgangsspørsmål, nøkkelspørsmål, kompliserte og sensitive spørsmål.
19. Spørsmål om fokusering her og nå.
20. Spørsmål om Tilbakeblikk. Oppsummering, avklare uklare punkter og er det mer du ønsker å legge til.
21. Stopp lydopptak

### Innledende spørsmål:

10. Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen? April 2015
11. Kan du beskrive en vanlig arbeidsuke ut for deg? Møter, morgenmøter, rapporter, samarbeidsmøter, interkommunal samarbeid for å oppnå balanse i maktforholdet mellom kommune og statlig spesialisthelsetjeneste. Varierer veldig, fullbooket med møter, politiske, eldrerådet, råd for mennekser med nedsatt funksjon, helse og sosialutvalget, faste ledermøter med mitt lederteam og i rådmannen lederteam, dialog med tillitsvalgte. Individuelle oppfølgingsmøter og lederavtaler, ISO sertifisering, økonomi oppfølging, Virksomhetsleder under meg og så avdelingsleder under der igjen. Mye i forhold Asker kommune, med ulike prosjektgrupper og styringsgruppe. Samarbeid med krisesenter.
12. Fortell om de samarbeidsmøter dere har. Jeg sitter i lokalt samarbeidsutvalg. Vestre Viken, Drammen sykehus. Kommunehelsesamarbeid med 8 kommuner, men dette avvikles nå. Fire ganger i halvåret lokalt su.

13. Kan du beskrive samhandlingen ved utskrivningsklar pasient mellom HF og kommunen?  
Eletronisk meldingsutveksling, dialog med sykehuset. Vi har hatt en forvaltningsrevisjon etter samhandlingsreformen fordi vi hadde mange uUtskrivningsklare pasienter. Bruker styringsportalen lite, men har en kontroller som kan den og.
14. Kan du beskrive samhandlingen internt i kommunen for eksempel for å gi tilbud til utskrivningsklar pasient? (Her får jeg svar på både intern strategi innad i kommunen og ekstern strategi) Kontor for tjenestetildeling får beskjed og må ta en vurdering på tjenestebehov. Og vurdere om det er bhov for hj. Tj. Eller heldøgn.

### Nøkkelspørsmål:

33. Hvilke mål har kommunen for helse- og omsorgstjenesten? Ref. økonomi og handlingsplan.  
Denne er delt inn i programområder. Har ikke en egen helse- og sosialplan. Livskvalitet i alle livets faser. Både på tjenestene og medarbeiderområde.
34. Benytter dere noen verktøy for evaluering av styrker, svakheter kommunen står ovenfor når det gjelder samhandling om helsetjenestene? Eks. SWOT, ROS, Interessentanalyse, konkurranseanalyse, markedsanalyse, verdikjedeanalyse? Hvilke verktøy?
35. Har kommunen utviklet nye mål for helse- og omsorgstjenesten den siste tiden. Nei ikke ny mål nå mot kommunesammenslåingen.
36. Har kommunen foretatt endringer eller omorganisert helse- og omsorgstjenesten de siste fem årene? Isåfall hvilke endringer er gjort? Er det opprettet nye avdelinger, eller samordet noen, eller lagt ned noen avdelinger? Bråset bosenter var IKS mellom Røyken og Asker og ble driftet på siden av kommunen og fulgt opp via et representanskap og styret og så ble det besluttet sommeren 2015 at dette skulle gå over til vertskommunemodell.  
Vikrsohetsoverdragelse klar januar 2016. Intern på Bråset har det vært en del endringer. Vi drifter 100 plasser for asker 95 plasser selv og Hurum har 5 plasser. Endringer på struktur og drift på ledernivå. Vi fjernet et ledernivå. Ellers ingen endringer siste tiden
37. Hvem følger opp samarbeidsavtale med Helseforetaket hos dere? Jeg.
38. Hvordan følges samarbeidsavtalen opp? Hvor ofte og Hvem deltar her? Fire ganger i året.  
Under her nedsettes det noen ganger andre arbeidsgrupper.
39. Hvilke nedskrevne plandokumenter og strategier for de kommunale helse- og omsorgstjenestene har dere?
40. Hvordan er helse- og omsorgstjenesten i kommunen organisert nå? Benytter der bestiller/utfører modell? Hvorfor/hvorfor ikke? Ja har bestiller.
41. Har dere omorganisert avdeling siste fem årene? I såfall; hvordan? Er det opprettet nye avdelinger?

42. Er det ansatt flere til å jobbe med helse og omsorgstjenester de siste fem årene? Er det ansatt en el. flere fast personer som jobber med koordinering av helsetjenestene i kommunen? ISF i hjemmetjenesten gjør at de må justere volum på tjenesten. Men de har hatt nedgang i volum. Ja vi har fått nye stillinger. Vi har etablert hverdagsrehabiliteringsteama. Forebyggende team, ferdighetssenter hvor man kan trene og simulere øvelser på dokke og ferdigheter for sykepleie med hjerte lungeredning. Aktivitør. Mange flere er ansatt legevakt 4,7 årsverk.
43. Er det opprettet nye møter/fora de siste 5 årene? I såfall hvilke? Både interne samhandlingsmøter innad i kommunen og eksterne med HF oa.
44. Samarbeider dere med andre kommuner om helse- og omsorgstjenester? Hurum om legevakt. Driftes av Røyken legevakt og KAD. Asker om Bråset.
45. Hvilke tjenestesteder og personer deltar i disse møtene? Er det andre personer enn før som deltar? (Er det mer ledertyngde?). Har endle prosjektmidler fra fylkesmannen.
46. Hvilke tilbud om kurs og kompetansehevende tiltak har kommet de siste fem årene? Strategisk kompetanseplan hvor vi plukker ut noen satsningsområder. Vi har nedel ufaglærte og vi forsøker å stimulere til at de tar utdanning. Og vi dekker videreutdanning. Ikke mer fokus på kompetanse enn før, men kravene til en viss type kompetanse og mer kompleksitet etter samhandlingsreformen. Sykepleiren gjør ting de ikke gjorde før og vi må sette de i stand til dette. For eksempel. palliasjon teste så opplæring og så test. Det er en utfordring at ikke alle er like faglig sterke. Vi søkte om mer midler fra fylkesmann. Fikk 800 000 i 2017 til å videreutdanne mer praktisk kompetanse.
47. Hvilke tiltak fokuserer dere på i helse og omsorgstjenesten nå og fremover? Samtykkevurderinger, mye foregår lokalt på hvert enkelt tjenestested. Behov for vernepleiere. Satset mye på lederutvikling, Hdir. Har stimulert tillederutdanning. Hatt seks hittil.
48. Planlegger kommunen noen endringer i organiseringen av arbeidet med helse- og omsorgstjenestene fremover? Nei, ikke på grunn av sammenslåing

### Holdningsspørsmål:

21. Hvilke fordeler og ulemper opplever du med samhandlingsreformen? Overordnet samfunnsøkonomisk at tjenesten er nærmest der pasienten bor, er bra på et vis. Kommunene har ikke fått ressursen til rigge seg godt nok. Blanding av negativt og positivt. Det har vært minimalt av overførte ressurser.

22. Hvordan opplever du samhandlingen om UP mellom dere i kommunen og HF er? Den er blitt bedre enn hva den var, men jeg tror nok at Samhandlingen knyttet til de mest krevende pasientene kunne vært bedre og tidligere ute.
23. Hvordan opplever du samhandling mellom tjenestestedene i kommunen om UP? Bestiller utfører redder dette. Det er ikke en draging om hvem som har ansvar for pasienten, men vekslingene kunne vært bedre. Bruk av KAD plasser f ungerer dårlig fordi vi har for dårlig dekning på dette. Fastlegen mener det handler om medisinske avklaringer. Vi har en jobb å gjøre, men vi har hatt for lav bemanning til å ta de sykeste pasientene. legger de inn i sykehus enn i KAD. Har en jobb å gjøre på dette. Det har vært for lav bemanning på legevakt. Betydelig styrking av legevakt 4,7 helårs effekt. Dette vil påvirke bruk av KAD plassene.
24. Hva anser du som den største utfordringen med UP?
25. Hvordan opplever du kommunens økonomi påvirker måten dere jobber med helse på? Det er klart man kunne rigget tjenestene bedre med en sterkere økonomi. Vi opplever at vi har gjort tiltak. Men kommune toppet statistikken for overliggedøgn i 2015. Så etablerte vi i 2016 tetter samarbeid og 5 nye sykehjemsplasser og 27 omsorgsboliger, slik at denne statistikken har endret seg. Vi kunne rigget enda flere egen tilbud hvis vi hadde hatt mer midler. Dette har vært en satsning. Røyken har hatt en dårlig økonomi tidligere og lider under dette.
26. Hvordan opplever du politisk ledelse i kommunen påvirker måten dere jobber med helse på? Har alltid hatt strøst fokus på barn og unge. Satsningen har ligget her. Merkes iforhold til saker som er oppe at fokuset her er på barn og unge. Føler vi har fått igjennom og prioritert en del ting, men har hatt lite handlingsrom på kompetanseutviklingsiden har vi hatt desidert minst, men nå kommer en økning.
27. Hvordan opplever du at sosiale problemer i kommunen påvirker helse- og omsorgstjenesten? Røyken kommune har lite sosiale problemer. Mye barnefamilier mange med høyere utdanning. Nav kontoret jobber veldig bra her. Tidlig ute veksling mellom statlig og
28. Hvilken, eller hvilke befolkningsgrupper opplever du at krever mest ressurser fra kommunens helsetjeneste? Vi har et økende antall eldre og disse vil beslaglegge en del ressurser. Funksjonshemmede på grunn av lovverk. Kompetansekrav i lovverket. Om få år vil eldre ha en formidabel økning i Røyken.
29. Jeg har ingen flere spørsmål, men er det noe du ønsker å tilføye?

## Transkribering

Politiske møter følge opp eldre rådet, funksjonshemmede, helse- og sosialhjelpsutvalget, kommunestyre møte, ellers så har jeg både faste ledermøter med mitt lederteam og jeg er en del av rådmannens lederteam. Faste møter med tillitsvalgte. Drøftingsmøte, ellers så har jeg oppfølgingsmøter individuelt med mine ledere. Ledelsens gjennomgang, økonomioppfølging har jeg med mine under og med mine over. De har budsjettansvar for egne områder, ellers så er det jo alt av oppfølging av ulike enechter og bygging av nye asker kommune. Det er etablert et stort prosjekt på dette.

Samarbeidsmøter: Jeg sitter i lokalt samarbeidsutvalg som er med andre kommuner. Der har vi også hatt kommunehelsesamarbeid med 8 kommuner med kommunalsjefene som går på at vi er samkjørt om dialogen opp mot HF. Fire møter i halvåret er lokale samarbeidsutvalg. Interkommunale samarbeid jeg sitter i styret på. § 27 samarbeid med Hurum om legevakt og jeg har de ansatte i min portefølje og Kad senger. Kad og legevakt er samlokalisert.

Samhandling om Up: Trine svarer ut dette. Det er både elektroniske meldingsutvekslinger og det er dialog med sykehuset. Vi har hatt en forvaltningsrevisjon etter samhandlingsreformen og vi hadde veldig mye UP på sykehuset. Og ett tiltak var da å ha stedlig oppmøte på sykehuset for å ta imot pasient, særlig inn mot helg. Bruker ikke stryingsportalen veldig mye. Kontrolleren kjenner til denne. Vi får uansett jevnlig statistikk av sykehuset.

Samhandling internt på UP: Kontor for tjenestetildeling får dette og må gjøre en vurdering på behovet. Det er flere som tar i mot henvendelser fra sykehuset, men jeg er usikker på rutinene her.

Mål: Jeg vil referer til økonomi og handlingsplan. Den er delt opp i programområder. Det er også planverk som ligger der uavhengig. Vi har demensplan strategisk kompetanseplan, nylig vedtatt rus plan og psykisk helse. Det vi ikke har er en overordnet helse- og sosialplan, men dette står mye om i samfunnsdelen i kommuneplanen. Politisk visjon er livskvalitet i alle livets faser. Mange mål går på ansatte og på tjenestekvalitet.

Omorgansiering av Bråset. Bråset er ikke ISF.

Bar jeg som følger opp samarbeidsavtalen på overordnet nivå, men vi har også samarbeid på ulike områder hvor saksbehandlere sitter. Ja vi har bestiller utfører modell og vi skal fortsette med dette. Men vi har ISF penga følger brukern og det vet jeg ikke om blir videreført i ny kommune. Asker har ikke ISF.

Kurs og kompetanse: Vi har en strategisk kompetanseplan som peker ut noen satsningsområder. Vi har en del ufaglærte og prøver å stimulere disse til å ta fagutdanning ved Askerskolen. De trenger både teori og praksis. Vi har alltid hatt fokus på kompetanse, jeg tenker ikke at det er noe mer nå, men det er klart at noe sykepleierkompetanse pga mer kompleksitet øker behovet for spesifikk kompetanse. Spes sykepleierne. De har dårligere pasienter. Her er ferdighetssenteret en følge av dette, med praksisnær undervisning. Vi har hatt kurs om palliasjon hvor vi har test før undervisning, så undervisning og så ny test, for å sjekke om de har tilegnet seg kompetanse. Dette viste at ikke alle

er like faglig sterke. Dette er en utfordring. Vi vurderer en sertifisering til sykepleieren i praktiske ferdigheter. Alle har sine egne planer på kompetanse for sine tjenester i kommunen. Så det vil være forskjellig hva andre trenger. Eks. samtykkevurderinger. Ikke alle trenger dette kurset. Vi ønsker et bedre system på bruk av ferdighetssenteret. Vi stimulerer til å ta utdanning og masternivå. 8 ledere har master. Komptansemidler fra fylkesmannen.

## Intervju 2R, leder tildelingskontoret Røyken kommune

### Innledende spørsmål:

15. Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen? 10,5 år
16. Kan du beskrive en vanlig arbeidsuke ut for deg? Møter, morgenmøter, rapporter, samarbeidsmøter, interkommunal samarbeid for å oppnå balanse i maktforholdet mellom kommune og statlig spesialisthelsetjeneste. 2 tildelingsmøter, beslutningsmøter pr. uke. 1 for hj.tjenester. ett møter for institusjon. Også tildelingsenhet for kommunale boliger. Hver 2. uke har enten fagmøte eller personalmøte og ledermøte hver 14. dag. Kvalitetsutvalg, virksomhetsutvalg. VTA plasser to ganger i året, PU boliger og tjenester til alle de. De har Innsatsstyrt finansiering siden 2007. Samarbeidsmøte med helseforetaket er med kommunalsjef og saksbehandler. Har en ansatt som er kontaktperson mot sykehuset, en vanlig saksbehandler. Har hatt alltid dette.
17. Fortell om de samarbeidsmøter dere har.
18. Kan du beskrive samhandlingen ved utskrivningsklar pasient mellom HF og kommunen? E-link benyttes og fungerer veldig bra. Oppkobling mot legekantorene. Når det gjelder å melde innen 24 timer fungerer stort sett veldig bra. I blant får man ikke melding. Mange av pasientene er kjent fra før. God dialog fordi sykehuset har egen kontakt som de har svært godt samarbeid med.
19. Kan du beskrive samhandlingen internt i kommunen for eksempel for å gi tilbud til utskrivningsklar pasient? (Her får jeg svar på både intern strategi innad i kommunen og ekstern strategi) Tildelingsmøter to ganger i uka. Saker legges opp til tildelingsmøter, men dette er det liten tid til. Koordinator kan beslutte når leder Trine Stein ikke er tilstede. Har tillit til sine ansatte.

### Nøkkelspørsmål:

49. Hvilke mål har kommunen for helse- og omsorgstjenesten? Stor vekt på forebygging og rehabilitering. Komme tidligere inne og med friskliv, tenke at man vektlegger at pasient skal læres opp i engemestring fremfor at .
50. Benytter dere noen verktøy for evaluering av styrker, svakheter kommunen står ovenfor når det gjelder samhandling om helsetjenestene? Eks. SWOT, ROS, Interessentanalyse,

konkurransanalyse, markedsanalyse, verdikjedeanalyse? Hvilke verktøy? Vi bruker både SWOT innenfor organisering. ROS analyse gjøres på mange områder. Flyt diagram

51. Har kommunen utviklet nye mål for helse- og omsorgstjenesten den siste tiden. Kompetanse og medarbeiderskap, trivsel, forutsigbar og helhetlig tjeneste, tilbud om kulturelle aktiviteter, brukermedvirkning.
52. Har kommunen foretatt endringer eller omorganisert helse- og omsorgstjenesten de siste fem årene? Isåfall hvilke endringer er gjort? Er det opprettet nye avdelinger, eller samordet noen, eller lagt ned noen avdelinger? Omorganisering: Hjemmebaserte tjenester var inndelt i to områder som nå delt inn i tre. Enhet for funksjonshemmede område.
53. Hvem følger opp samarbeidsavtale med Helseforetaket hos dere?
54. Hvordan følges samarbeidsavtalen opp? Hvor ofte og Hvem deltar her? Spør Tone.
55. Hvilke nedskrevne plandokumenter og strategier for de kommunale helse- og omsorgstjenestene har dere?
56. Hvordan er helse- og omsorgstjenesten i kommunen organisert nå? Benytter der bestiller/utfører modell? Hvorfor/hvorfor ikke? Bruker bestiller mod. Fordel har skille mellom forvaltning og drift, rollen er helt avklart, enekt for brukerne å vite hve en skal forholde seg til. Klare og tydelig linjer. Bestiller utfører må gå hånd i hånd med innsatsfinansiert finansiering. Penger med vedtak.
57. Har dere omorganisert avdeling siste fem årene? I såfall; hvordan? Er det opprettet nye avdelinger?
58. Er det ansatt flere til å jobbe med helse og omsorgstjenester de siste fem årene? Er det ansatt en el. flere fast personer som jobber med koordinering av helsetjenestene i kommunen? Ja fast perosne, men dette har det vært hele tiden.
59. Er det opprettet nye møter/fora de siste 5 årene? I såfall hvilke? Både interne samhandlingsmøter innad i kommunen og eksterne med HF oa.
60. Samarbeider dere med andre kommuner om helse- og omsorgstjenester?
61. Hvilke tjenestesteder og personer deltar i disse møtene? Er det andre personer enn før som deltar? (Er det mer ledertyngde?)
62. Hvilke tilbud om kurs og kompetansehevende tiltak har kommet de siste fem årene? Bråset skolen, undervisning, feridghetscenter på Bråset, serftifisering innefor en del områder. Medikamenthåndtering. Opplever mye større fokus på kompetanse enn hva det var før. Åpner et ferdighetscenter fordi en ser behovet for å gjøre sykepleierne i stand til å utføre de mer komplisert tekniske oppgaver.



63. Hvilke tiltak fokuserer dere på i helse og omsorgstjenesten nå og fremover? Tone må svare på dette.
64. Planlegger kommunen noen endringer i organiseringen av arbeidet med helse- og omsorgstjenestene fremover?

### Holdningsspørsmål:

30. Hvilke fordeler og ulemper opplever du med samhandlingsreformen?
31. Hvordan opplever du samhandlingen om UP mellom dere i kommunen og HF er?
32. Hvordan opplever du samhandling mellom tjenestestedene i kommunen om UP?  
Samarbeidsmøter med alle utførerne slik at de blir enige om hva de skal tilby. Slik at ikke sykepleierne som skal utføre må finne ut av dette. Vi må tenke videre.
33. Hva anser du som den største utfordringen med UP?
34. Hvordan opplever du kommunens økonomi påvirker måten dere jobber med helse på?  
Fordel med ISF. Budsjettet basere seg på volum året før. Hele budsjettet ligger hos Trine og dermed lett å disponere. To viktige prisnipper, volum og for utfører er det krav at de har direkte brukerkontakt Ansikt til ansikt kontakt. Full kontroll.
35. Hvordan opplever du at avstanden til nærmeste sykehus påvirker måten dere jobber med helse på?
36. Hvordan opplever du politisk ledelse i kommunen påvirker måten dere jobber med helse på?  
Utvalget har noen føringer på hva de ønsker å prioritere, men god
37. Hvordan opplever du at sosiale problemer i kommunen påvirker helse- og omsorgstjenesten?
38. Hvilken, eller hvilke befolkningsgrupper opplever du at krever mest ressurser fra kommunens helsetjeneste? Psykisk utviklingshemmede, de er instusjonspasienter på grunn av store sammensatte behov. Enorme ressurser som kreves. Jeg forslår andre grupper; hva med minoriteter og rus-psykiatri. Vi har boliger til disse, men denne gruppen glipper.  
Flyktinger kommer mer med traumer nå og psykisk helse. Lite ressurser mot helsetjenester.
39. Jeg har ingen flere spørsmål, men er det noe du ønsker å tilføye?

### Transkribering

Ja det er sånn at jeg har i løpet av en uke to tildelingsmøter i forhold til beslutninger om vedtak som fattes. Og da har jeg en ukedag for hjemmebaserte tjenester og en dag i uka for institusjonbaserte tjenester. Jeg er leder for alle tjenester etter hol. I tillegg har vi da tildeling for bolig, for vanskeligstilte, men der er jeg ikke med på tildelingsutvalget. Og så har jeg da annenhver uke enten fagmøte eller personalmøte og så har jeg ledermøte med kommunalsjefen hver 14. dag. Og så er det jo en del møter blant annet kvalitetsutvalg og virksomhetsoppfølging på bråset, som er sykehjemmet some rer ute. Vi har kun en institusjon hvor vi disponerer 100 plasser også kjøper Asker 100 plasser

av oss. Og så er det de faste møtene. Det merkes at vi driver med kommunesammenslåing. Jeg har oppfølging av VTA plasser. Dette er et møte vi har to ganger i året. Vi tildeler tjenester til PU. Vi har ISF så budsjettet ligger hos meg, så når vi fatter vedtak så følger det med penger etter hva vedtaket omtaler. Vi har bestiller og utfører modell og har hatt bestiller utfører siden 2007. Også er det, for jeg har egentlig ikke så veldig mange faste møter. Samarbeidsmøte med Helseforetaket er det faste saksbehandler hos meg som sitter i og så er det kommunalsjef. Når det gjelder samarbeidsmøter med HF, blant annet hun som er kontaktperson mot HF, for det er veldig praktisk og samarbeidsmøte. (Et møte her og ett på kommunalsjefsnivå).

Vi har en fast kontaktperson og stedfortreder for henne som holder i kontakten med sykehuset. Vi har stedfortrederfunksjon for alle ved sykdom ol. Vi har hele tiden hatt en fast person som har kontakten med sykehuset. Det er sånn at vi har jo e-link og det fungerer jo veldig bra. I Røyken er det en fast person som følger opp e-link og disse meldingene og oppkobling mot legekantorene. Det jeg opplever når det gjelder å melde pasienter til oss fra sykehuset innen 24 timer, så fugerer dette stort sett veldig bra. Innimellom hører jeg at vi ikke har fått melding om at noen er innlagt, men det er velig sjelden. Så får vi melding om inneliggende pasient og da er det jo sånn at veldig mange av de er jo kjente for oss og har tjenester fra før, men da registrere jo vi det og begynner å tenke planlegging om utskrivning og hvordan vi skal ivareta dette. Det har ofte vært en dialog underveis også i innlegelses perioden. Hvis en person plutselig må vi ivaretas raskt pga utskrivning, så tar ofte koordinator en ekstra telefon til sykehuset. Et er veldig god dialog med sykehuset fordi de har fått egne kommunekontakter. Dette er noe som er satt i system i Drammen som fungerer veldig bra. Og når vi får meldt en utskrivningsklar, så gjør vi en vurdering om vedkommende skal hjem eller inn i institusjon el.

Du kan si det at når det blir meldt en utskrivningsklar at vi har ikke lenger tid å gå på. Beslutninger om hvilket tilbud som skal gis kommer før selve vedtaket, mens tidligere ble saken lagt opp andre vei. Så dersom det da er slik at som saksbehandler kan komme hjem med behov for hj. Tjenesten, så går dette rett til hj. Tj.

Informant er første som tar beslutning, men koordinator mot sykehuset kan gjøre beslutninger for å få framdrift i sakene. Jeg tenker at jeg har bygget opp min avdeling slik at saksbehandlerne gjør kvalifiserte beslutninger (tillitsbasert), men jeg er jo den som har beslutningsansvaret, men det er jo en formsak.

Mål: Det legges jo stor vekt på forebygging og rehabilitering. En ønsker å komme tidligere inn å forebygge. Det er veldig fokus på det og tenke at en i mye større grad kan gi opplæring til pasiente, slik at han mestrer selv, heller enn å gi tjeneste som gjør ting for pasienten. I handlingsprogrammet har vi mål ifht. De ulike sektorene. Det lages jo målsettinger på hvert område og det går jo mye på kompetanse og medarbeider, trivsel, forutsigbar og helhetlig tjeneste, tilbud om kulturelle aktiviteter på sykehjem og brukermedvirkning. Friskliv og hverdagsrehabilitering (hot i 2016)

Verktøy: Vi bruker både SWOT, men litt på ulike områder (brukt på organisering) ROS vurderinger gjør vi på veldig mange områder og det ligger inne i handlingsplanen at vi skal risikovurdere to, eller tre områder hvert år. Vi bruker også Internrevisjoner. Det som er litt morsomt ifht.

Kommunesammenslåing med 22000 innbyggere, så ser jeg at det er mye mindre byråkratisk og klarer ansvarsforhold enn i en stor kommune som Asker med flere nivåer.

Vi kan lage flytdiagram, for eksempel når vi får søknad om støttekontakt. Der er det mye å hente på å effektivisere.

Omorganisering: I hjemmebaserte tjenester var delt inn i to områder, men ble i 2016 delt inn i tre områder. I enhet for funksjonshemmede er det noen endringer.

Bråset, der har det vært en stor omorganisering fra trenivå til to-nivå (2017).

Den klare fordelten med bestiller utfører modellen er skillet mellom forvaltning og drift. Det er helt avklart hvilken rolle man har. Dette gjør det enkelt for brukerne å forholde seg til. Tydeliggjøre hvem som har ansvar for hva er viktig og et annet prinsipp er likhet og rettferdighet som går på at det er en kompetanse til å fatte vedtak og annen kompetanse med utføring av tjenester. Jeg skjønner ikke at Oslo går vekk fra B-Utfører, men bestiller utfører fungerer best samtidig med ISF. Jussen i vedtak og vurdere er krevende og alle de som bor i en kommune har rett på å få samme nivå på tjenestene. I Røyken har det vært en kamp om ressursene.

Kompetanse: Bråsetskolen og et feridghetssenter, sertifisering på ulike områder. Kurs holdes på bråset. Jeg opplever at det er et mye større fokus på kompetanse og kartlegging av hva slags kompetanse de ansatte i kommunen har og at man åpner Bråset skolen tyder på dette. Vi har også fått en annen type brukere også. Nå er vi tilbake til mer krevende oppgaver i kommunen.

Tiltak: Tone må svare på dette.

Samhandling internt i kommune. Alle utførerne har samarbeidsmøter. Det som vi akkurat nå har fått en tilbakemelding på er at det noen ganger kommer brukere som ikke er kjent for tjenesten. Så fattes det vedtak herfra, men så blir utfører ansvarlig for å gå hjem til personen og ta en vurdering på hva vedkommende trenger. Dette tar vi tak i for dette skal ikke vi overlate til hj.tj. Da må vi heller prioritere å gå ut å få gjort en endring i vedtaket. Dette blir nok viktigere nå som vi se flere sider av tilbud og vi må tenke annerledes om hva vi tilbyr.

Økonomi i kommune: er kommer fordelten med ISF. Når vi legger budsjettet for nytt år så baserer dette seg på volum i året før og iom. At hele budsjettet hos meg så ligger også pengene for ressurskrevende brukere gir dette et handlingsrom vi kan disponere. Hvis vi ser at volumet er for høyt, må vi gå til politikerne og si at vi ikke klarer å holde samme kvalitet.

Utfører skal ha direkte brukerkontakter viktig å vår modell. Realistisk budsjett og alt forvaltes fra ett sted. Vi har full kontroll

Politisk ledelse: Neei. Det jeg ser er at utvalget har noen føringer som vi legger inn i våre områder og ette skjer gjerne i budsjettforhandlinger. Det virker som omdet er en god dialog.

Ressurskrevende grupper: Psykisk utviklingshemmede etter reformen på 80 tallet. En god del av de er institusjonspasienter fordi de har såpass store og sammensatte behov. Det er klart at det er enorme ressurser som går til dette og det kan synes som om grupper av befolkningen vektes forskjellig i befolkningen. Det er en forventning at deres fritidsaktiviteter når disse er eldre skal være helt annerledes enn for normale eldre. Noe rus og psykisk helse (vi har boliger til psyk) Gruppen glipper vedlig for oss. Flyktninger kommer det mer av psykiske lidelser med traumer som vi må være oppmerksom på. Veldig lite helsetjenester til flyktninger i forhold til det behovet de kanskje har egentlig.