

Gro Sandkjær Hanssen  
Marit K. Helgesen

# Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?



**NIBR**

Norsk institutt for by- og regionforskning

Hvordan påvirker statlige  
juridiske og pedagogiske  
styringsvirkemidler  
prioriteringene i den  
kommunale omsorgssektoren?

## Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2012:3	Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting
NIBR-rapport 2012:4	Kommunalt psykisk helsearbeid 2012
NIBR-rapport 2012:13	Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering
NIBR-rapport 2012: 17	Flink med folk i første rekke. Sluttrapport fra evalueringsprosjektet
NIBR-rapport 2011:25	Den vanskelige samhandlingen

Rapportene koster  
fra kr 250,- til kr 350,-og kan bestilles  
fra NIBR:  
Gaustadalléen 21  
0349 Oslo  
Tlf. 22 95 88 00  
Faks 22 60 77 74

E-post til  
[nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

Publikasjonene  
kan også skrives ut fra  
[www.nibr.no](http://www.nibr.no)  
Porto kommer i tillegg til de oppgitte  
prisene

Gro Sandkjær Hanssen  
Marit K. Helgesen

# Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?

NIBR-rapport 2012:26

**Tittel:** **Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?**

**Forfatter:** Gro Sandkjær Hanssen og Marit K. Helgesen

**NIBR-rapport:** 2012:26

**ISSN:** 1502-9794  
**ISBN:** 978-82-7071-948-8

**Prosjektnummer:** 3016

**Prosjektnavn:** Statlig bruk av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler på den kommunale omsorgssektoren

**Oppdragsgiver:** Helse- og omsorgsdepartementet

**Prosjektleder:** Marit K. Helgesen

**Referat:** Kommunene får større ansvar for velferdsstatens tjenester. I sin styring av kommunene benytter staten blant annet juridiske og pedagogiske virkemidler. Rapporten presenterer observasjoner av hvordan kommunale aktører oppfatter at slike virkemidler styrer den kommunale helse- og omsorgssektoren.

**Sammendrag:** Norsk og engelsk

**Dato:** Desember 2012

**Antall sider:** 135

**Pris:** kr 250,-

**Utgiver:** Norsk institutt for by- og regionforskning  
Gaustadalléen 21,  
0349 OSLO  
Telefon: (+47) 22 95 88 00  
Telefaks: (+47) 22 60 77 74  
E-post: [nibr@nibr.no](mailto:nibr@nibr.no)

**Vår hjemmeside:** <http://www.nibr.no>

Trykk: Nordberg A.S.  
Org. nr. NO 970205284 MVA  
© NIBR 2012

---

# Forord

Dette er sluttrapporten for prosjektet ”*Statlig bruk av juridiske og pedagogiske virkemidler i omsorgssektoren*” som Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Prosjektet har hatt som formål å frembringe mer empirisk kunnskap om hvilke konsekvenser statlig bruk av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler har for den kommunale omsorgssektoren, både for hvordan tjenester utformes (prioriteringer innad i omsorgssektoren) og for prioriteringer mellom ulike kommunale sektorer. Rapporten inngår også som en del av rapporteringen fra Qualicare-prosjektet (”*Autonomy and quality in care. The comparative case of multilevel governance in local service provision for the elderly and the mentally ill*”), i og med at datainnsamlingen har vært felles for de to prosjektene. Qualicare-prosjektet er finansiert av HELSEOMSORGs-programmet i Norges forskningsråd.

Prosjektet ble ledet av Marit K. Helgesen, med Gro Sandkjær Hanssen som prosjektmedarbeider.

Oslo, desember 2012

Trine Myrvold  
Forskningssjef

# Innhold

Forord .....	1
Sammendrag.....	6
Summary .....	11
1 Innledning.....	16
1.1 Tema og problemstillinger.....	16
1.2 Bakgrunn: Utviklingen i den statlige styringen av kommunene i omsorgssektoren.....	18
2 Forskningsdesign og datagrunnlag.....	26
2.1 Forskningsdesign.....	26
2.2 Om den kvalitative case-studien i syv kommuner.....	27
3 Oversikt over juridiske og pedagogiske virkemidler i omsorgssektoren.....	31
3.1 Juridiske virkemidler.....	31
3.1.1 Oversikt .....	31
3.2 Pedagogiske virkemidler.....	35
3.2.1 Handlingsplaner og planer.....	35
3.2.2 Veiledere og brosjyrer .....	37
3.2.3 Konsultasjonsordningen, avtaleverk .....	37
3.3 Utvalgte forskrifter og rundskriv som spesielt har blitt fokusert på i intervjuene.....	38
4 Juridiske og pedagogiske virkemidler: Hvor styrende oppleves de? .....	41
4.1 Innledning .....	41
4.2 Informantenes oppfatninger .....	41
4.2.1 Omsorgssektoren oppleves generelt ikke som sterkt statlig styrt .....	42
4.2.2 De juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene er et uoversiktlig landskap.....	49
4.2.3 Tolkes regelverket likt? Fylkesmannens rolle.....	51

4.2.4	Tolkes regelverket likt? Brukere og pårørendes oppfatninger av lovverket.....	58
4.2.5	Nasjonale krav om dokumentasjon.....	60
4.2.6	Nasjonale juridiske og pedagogiske styringssignaler gir retning: Fra behandling til forebygging – Samhandlingsreformens rolle.....	63
4.2.7	Legger juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler føringer på rekruttering og fagkompetanse i kommunene?.....	68
4.2.8	Økonomiske styringsvirkemidler tvinger frem strukturendringer i kommunal omsorgssektor .....	71
4.3	Drøfting av observasjoner i lys av tidligere forskning.....	76
5	Styringen av sektoren sammenliknet med andre sektorer .....	81
5.1	Innledning .....	81
5.2	Informantenes oppfatninger .....	81
5.3	Drøfting av observasjoner i lys av tidligere forskning.....	87
5.4	Implikasjoner for prioritering av helse og omsorg.....	88
6	Spiller organisatoriske forhold inn for hvordan kommunene ivaretar nasjonale målsetninger og prioriterer omsorgssektoren? .....	91
6.1	Innledning .....	91
6.2	Om den kvantitative undersøkelsen – nasjonal statistikk.....	92
6.3	Finner vi variasjon etter organisasjonsvariabler i nasjonal statistikk?.....	93
6.3.1	Hva påvirker generell prioritering av omsorgssektoren?.....	93
6.3.2	Dekningsgrad i heldøgns pleie og omsorg på 25 prosent av innbyggerne over 80 år .....	94
6.3.3	Enerom.....	96
6.3.4	Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem .....	97
6.3.5	Individuell plan.....	97
6.3.6	Oppsummering .....	98
6.4	Den kvalitative studien – hvordan mener våre informanter at organisatoriske forhold spiller inn for hvordan kommunene ivaretar nasjonale normer og prioriterer omsorgssektoren? .....	99



6.4.1	Flat struktur – ivaretar den de organisatoriske behovene en mer forebyggende omsorgssektor vil ha? .....	99
6.4.2	Stort behov for internt samarbeid i kommunen – sikres ved å lage tversgående arenaer/team .....	101
6.4.3	Minimumsstørrelse – på virksomheter? .....	105
6.4.4	Minimumsstørrelse – på kommuner og kommunesamarbeid? .....	106
6.5	Oppsummering .....	108
7	Oppsummering .....	109
7.1	Problemstillinger .....	109
7.2	Juridiske og pedagogiske virkemidler: hvor styrende? .....	110
7.3	Sammenligning med andre sektorer .....	112
7.4	Organisatoriske forholds rolle .....	113
7.5	Avslutning .....	113
	Litteraturliste .....	115
Vedlegg 1	Oversikt over alle forskrifter som er knyttet til Helse- og omsorgstjenestelovens § 13-2 .....	121
Vedlegg 2	Resultatet av regresjonsanalyser referert til i kapittel 6. ....	123

---

## Tabelloversikt

Tabell 2.1	Oversikt over kommuner.....	30
Tabell 3.1	Oversikt over lover, forskrifter, rundskriv og veiledere som er relevant for den kommunale omsorgssektoren .....	31

## Figuroversikt

Figur 1.1	Andel årsverk i institusjon og «åpen» omsorg i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, 1987–2007.....	23
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

# Sammendrag

*Gro Sandkjær Hanssen og Marit K. Helgesen*

## **Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?**

NIBR-rapport; 2012:26

Problemstillingene som behandles i rapporten er:

- I hvor stor grad opplever kommunene (ulike aktører i kommunene) den statlige bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler innenfor pleie- og omsorgssektoren som styrende for sin virksomhet?
- Hvor sterk opplever kommunene at den statlige styringen av sektoren er sammenliknet med den statlige styringen av andre sektorer?
- Hva slags konsekvenser får dette for prioriteringen av pleie- og omsorgssektoren sammenliknet med andre sektorer?
- Hvordan påvirker juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler den interne dynamikken i kommunene angående holdninger til og arbeidet med å imøtekomme nasjonalt formulerte målsettinger for sektorene (som formidles gjennom disse styringsvirkemidlene).
- Hvorvidt, og eventuelt hvordan, spiller organisatoriske forhold inn for kommunenes prioritering av og i omsorgssektoren og for hvordan de ivaretar nasjonale målsettinger.

Den viktigste datakilden for å besvare problemstillingene er kvalitative intervjuer fra syv case-kommuner. Kommunene varierer etter størrelse og geografi. Vi har intervjuet aktører som representerer ulike deler av kommunen; lokalpolitikere (først og

fremst ledere av helse- og omsorgsutvalgene i kommunestyret), kommunal administrativ ledelse (kommunalsjef eller rådmann), enhetsledere og profesjonsutøvere (Kapittel 2). Metodisk bygger studien også på andre typer data, ved å analysere statistiske data fra KOSTRA og organisasjonsdatabasen til KR D for å utdype om og hvordan organisatoriske forhold spiller inn for kommunenes prioritering av og i omsorgssektoren og hvordan de ivaretar nasjonale målsetninger.

Den første problemstillingen behandles i kapittel 4. Hovedinntrykket som formidles i dette kapittelet er at kommunenes arbeid med omsorgstjenestene varierer og at juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler som omhandler omsorgssektoren oppleves som å gi retning, men samtidig gi et ganske stort spillerom, heller enn å være juridisk bindende. Deres egen økonomiske situasjon – kombinert med statlige overføringer og nasjonale økonomiske virkemidler – oppleves på den andre siden som sterkt begrensende på kommunens handlingsrom (Avsnitt 4.1.1).

Videre er inntrykket at alle informantgrupper opplever det store omfanget av statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler som uoversiktlig og at den totale mengden er vanskelig å forholde seg til i hverdagen (Avsnitt 4.1.2).

Fylkesmannen oppleves av mange informanter å ha en annen fortolkning av lovverket enn de kommunale aktørene, og fylkesmannen (fylkeslegen) oppleves til dels å ha en mer rigid forståelse som kommunale aktører mener de vanskelig kan og bør etterleve i praksis. Fylkesmannen ble karakterisert som strukturkonservativ og konserverende i sitt tilsyn og i sin tolkning av statlige styringssignaler. Samtidig går kommunene i dialog med fylkesmannen. I dialogen har de utfordret fylkesmannens regelfortolkning, og i noen tilfeller har de vunnet frem med sin forståelse. Fylkesmenn oppleves også som å være ulike mht. hva de legger vekt på i tilsyn og hvordan de fortolker statlige signaler (Avsnitt 4.1.3).

Også brukere og pårørende oppfattes til dels å ha en annen fortolkning av de statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene enn kommunene har – særlig gjelder dette de individuelle rettighetene. Noen tar i bruk alle sine ressurser for å kreve at deres pårørende mottar best mulige tjenester og kunne

henvise til advokat i sine klager, mens andre er mer forsiktige og venter med å stille krav. I et system som er basert på søknad og klage kan dette skape sosiale ulikheter i fordeling av hjemmetjenester til eldre (Avsnitt 4.1.4).

Juridiske styringsvirkemidler inneholder i større og større grad krav om dokumentasjon. Kommunale aktører opplever dette som problematisk fordi det er kapasitetskrevenende. Det medfører i mange tilfeller at det settes av personellressurser som kun arbeider med grunnlaget for vedtak. Personellressursene er i mange tilfeller løftet ut i en forvaltningsenhet, i et spesielt team eller tverrfaglig gruppe. Dette går på bekostning av de ressursene kommuner kan sette av til operativt arbeid med brukerne. I en situasjon med knappe ressurser oppleves dokumentasjonskravene som å konkurrere med brukerne om profesjonsutøveres tid og oppmerksomhet (Avsnitt 4.1.5).

Hovedinntrykket fra intervjuene er at lover, forskrifter og pedagogiske styringsvirkemidler faktisk gir kommunene et opplevd handlingsrom de kan bruke til å innrette omsorgssektoren etter lokale behov og vurderinger. Selv om landskapet av statlige virkemidler og signaler oppleves som uoversiktlig, rapporterer mange kommunale aktører at virkemidlene til sammen gir signaler om i hvilken retning den kommunale omsorgssektoren bør dreies. Aktørene tolker nye styringssignaler i den retning at lokal helse- og omsorgspolitik skal vurderes helhetlig og at flere tjenester må ses i sammenheng, for eksempel rehabilitering og institusjonstjenester. Informantene trekker fram styringsvirkemidlene i Samhandlingsreformen, og våre undersøkelser tyder på at kommunale aktører er villige til å la kommunal helse- og omsorgstjeneste gå i den retningen Samhandlingsreformen foreskriver (Avsnitt 4.1.6).

Kommunale aktører gir uttrykk for at statlige virkemidler ikke legger sterke føringer på hvordan det rekrutteres og bygges opp fagkompetanse i kommunene. Likevel oppfatter de det dit hen at Samhandlingsreformen dreier deres fokus mot en mer aktiviserende og forebyggende heller enn en tradisjonelt pleiende helse- og omsorgstjeneste. Dette innebærer at det rekrutteres nye kompetansegrupper som fokuserer rehabilitering og aktivitet, for eksempel grupper som fysioterapeuter og ergoterapeuter (Avsnitt 4.1.7).

Det er prisvridende incentiver i finansieringssystemet som medfører at omsorgsboliger (HDO-heldøgnsomsorg) prioriteres fremfor institusjonsplasser. Dette gjelder både for opprettelsen av nye plasser, og endring, eller avhjemling, av institusjonsplasser til HDO-plasser. Disse prisvridende mekanismene har medført at strukturendringer har funnet sted i kommunal helse-omsorgssektor. I tillegg til at endringene ser ut til å være en respons på nasjonale økonomiske incentiver, spiller også kommunens økonomiske situasjon inn. Inntrykket fra de syv kommunene er at de responderer på disse prisvridende incentivene. Det kommer også tydelig fram i intervjumaterialet at de økonomiske incentivene som ligger i Samhandlingsreformen medvirker til å endre kommunal helse- og omsorgstjeneste. En del kommuner har allerede gjennomført endringer som ligger i reformen og oppfatter den nye loven dit hen at den kommer etter og regulerer endringer de allerede har gjennomført. For andre kommuner står de mer gjennomgripende endringene enda igjen, og gjennomføringen er på planleggingsstadiet (Avsnitt 4.1.8).

De neste tre problemstillingene er behandlet i kapittel fem. Informantene ble systematisk spurt om hvor sterk den statlige styringen i omsorgssektoren er sammenliknet med andre sektorer. Det varierte i hvilken grad informantene hadde gjort seg opp en mening om dette. Den statlige styringen av omsorgssektoren opplevdes ikke som sterk, men det ble pekt på at Samhandlingsreformen medførte at det ble forskjell i styringen av eldreomsorg og folkehelse. Oppfatningen var at mens reformen medførte mer styring av omsorgen enn tidligere, medførte den ikke styring av folkehelsen. Informantene hadde inntrykk av at skolesektoren er sterkere statlig styrt enn omsorgssektoren, og at helse og omsorg blir prioritert til fordel for andre sektorer (Kapittel fem).

I kapittel 6 spør vi i tillegg om organisatoriske forhold i kommunene spiller inn for prioriteringer i og av omsorgssektoren. I den kvantitative analysen ser det ut til at organisatoriske faktorer ikke har så sterke signifikante effekter på prioriteringen av omsorgssektoren i kommunene. De har heller ikke effekter på hvordan kommunene oppfyller konkrete nasjonale målsetninger. Det kan observeres en tendens til at hvordan ledernivået er organisert har en viss signifikant effekt (Avsnitt 6.4). Dette kommer tydelig fram i den kvalitative undersøkelsen, som viser at overgangen til en helhetlig og forebyggende helse- og omsorgs-

tjeneste krever at det er et ledelsesnivå som har myndighet og evne til å se på tvers av tjenester og sektorer. Kommunalsjefmodellen ble dermed pekt på som en god modell. Kommunene legger dermed også opp til å etablere større enheter, samt tverrsektorielle arenaer. Kommunale aktører omtaler også at det skal etableres interkommunale arenaer, dette er særlig de minste kommunene opptatt av (Avsnitt 6.5).

Juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler antas å påvirke kommunenes prioritering på to måter. For det første gjennom de signalene kommunene selv fanger opp, som i vårt materiale framstår som å være forholdsvis mange, selv om inntrykket også er at de forholder seg ganske fritt til dem. For det andre formidles de statlige signalene gjennom fylkesmannens kontroll og tilsyn med kommunene. Kommunene opplever ofte at fylkesmannen (fylkeslegen) tolker statlige signaler annerledes enn de gjør selv.

---

# Summary

*Gro Sandkjær Hanssen and Marit K. Helgesen*

## **How do legal and pedagogical steering instruments affect the priorities and development in municipal health and care services?**

NIBR Report 2012:26

The report discusses the following research questions:

- To what degree do municipal actors experience that the juridical and pedagogical steering instruments in fact do steer their activities within the health and care services?
- To what degree do municipal actors experience the health and care services to be steered by the state compared to other sectors?
- What consequences do this have for the municipal prioritization of the health and care sector compared to other sectors?
- How do juridical and pedagogical steering instruments impact upon the municipal internal dynamics according to attitudes towards and how to work with nationally formulated goals for the health and care services?
- Do, and if so, how do organizational variables affect the prioritizing and development of health and care services in the municipalities, and if these are in compliance with nationally formulated goals?

The most important data source used to shed light on the research questions is the qualitative interviews from seven case municipalities. The municipalities vary according to size and localisation. Actors representing different levels in the municipal organization are interviewed; local politicians (leaders of the health and care committees), administrative leaders (chief executives),



leaders of agencies and departments and professionals (Chapter 2). Methodologically this study also builds on other kinds of data, as national statistics (the databases of KOSTRA and the organizational database of the Ministry of regional and local government, KRD) are used to study if and how organizational variables affect the prioritizing and development of health and care services in the municipalities, and for how the municipalities ensure national decided goals.

The first research question is treated in chapter four. The main impression communicated in this chapter is that how the municipalities work with their health and care services is highly variegated. Further; that juridical and pedagogical steering instruments directed at the health and care sectors are experienced to give guidance to their work and to give municipalities a room of maneuver, rather than being juridical binding. Their own economic situation – combined with economic transfers from the state and national economic steering instruments are on the other hand experienced to be highly constraining on their room of maneuver (Paragraph 4.1.1).

It is also the impression that all interviewees experience the great number of national juridical and pedagogical steering instruments to be non-transparent and that the total number are difficult to elaborate on in working with the everyday health and care services (Paragraph 4.1.2).

Municipal actors experience that the county governor understands and interprets the laws in a different way than themselves. The county governor, represented by the chief medical officer, is reported to have a more rigid understanding and one that municipal actors themselves argue they cannot and should not implement. The county governor was characterized to be conserving existing structures and content in the municipal health and care services as they were carrying out controls and audits. At the same time municipalities enters into dialogue with the county governor. In this dialogue they challenge the county governors understanding of rules and the county governors sometimes experience arguments of municipal actors to be convincing. The county governors thus are experienced to focus different aspects of municipal health and care services as to what they consider in

---

their audit and how they understand national steering signals (Paragraph 4.1.3).

The municipal actors also experience that users and relatives understands and interprets the laws in a different way than themselves. Some put all their resources into use when they argue that their family members should receive the best services possible and some refer to their lawyers when they file their complaints. Others are much more careful and do not pose their claims immediately but wait. In a system based on applications and complaints this can create social inequalities in the allocation of services to elderly people (Paragraph 4.1.4).

Juridical steering instruments to a great degree contain demands on documentation. Municipal actors experience this as highly problematic, as it constrains the use of professional capacity. To many municipal actors it means that professional capacity have to be used to work administratively only to elaborate the basis for single decisions to be made on individual services. Professional resources are in more instances transferred to an administrative agency, a special team or an inter-sectorial team. This is done on the expense of resources municipalities could have used on the operative work with patients. In a situation where resources are scarce the need to document are experienced to compete with patients about the professionals` time and attention (Paragraph 4.1.5).

The main impression from the interviews is that laws, regulations and pedagogical steering instruments in fact gives the municipalities a room of maneuver they can use to orient their health and care services to comply with local needs and considerations. Municipal actors experience that the steering instruments in concert give signals on how to orient the municipal health and care sector. The actors understand new steering signals in the direction that the local health and care sectors are to be carry out as joined-up policies, as for example according to the rehabilitation and services given in care institutions. Interviewees point to the steering instruments used in the Coordination Reform, this is observed to imply that municipal actors are willing to let the municipal health and care services develop according to the national signals (Paragraph 4.1.6).

Municipal actors voice the opinion that national steering instruments do not constrain how they recruit professionals and build the professional competence needed. Nevertheless they understand the Coordination Reform to orient health and care services towards activity and preventive services rather than towards the traditional care oriented services. This implies for municipalities that they recruit new groups of professionals who focus activity and rehabilitation. These groups are physiotherapists and ergo therapists (Paragraph 4.1.7).

There are economic incentives among the steering instruments that make municipalities change their policies from care institutions to accommodated housing; this implies that the health and care services are restructured. There can also be observed that the economic situation of municipalities is as important as the national economic incentives to promote this restructuration. The impression from the seven municipalities is that they respond to the economic incentives. It is also obvious in the interview material that the economic incentives in the Coordination Reform are reasons that municipal health and care services are restructured. Some municipalities have already made the alterations embedded in the reform and they experience the new law to regulate in the aftermath of own changes in policies. For others the law confronts them with thorough changes to carry out and they have not developed beneath the planning stadium (Paragraph 4.1.8).

The three next research questions are treated in chapter five. Interviewees were systematically asked about how strong the national steering instruments are according to their health and care services as compared to other sectors. Not all interviewees had an opinion on this. The national steering of the municipal health and care services was not experienced to be strong but they pointed to that the Coordination Reform was the reason why a difference could be observed between health and care services on the one hand and health promotion and prevention on the other. The opinion was that the reform implied more national steering of the health and care services but not of health promotion and prevention. Indices were given that schools are more strongly nationally steered and that the health and care services are prioritized on behalf of other sectors (Chapter five).

---

In chapter 6 the last research question is discussed, first by quantitative analyses of national statistics. Here, organizational variables are found not to have any significant effect on the prioritizing of the municipal health and care services. Neither has it any significant effect on how municipalities work with specific national norms. A tendency can be observed thus that how the administrative management is organized do have a certain significant effect (Paragraph 6.4). This is explicit in the qualitative analysis, the interviews from the seven municipalities, that show that the change to joined-up governed and preventive health and care service need managers at a level that give them the authority and possibility to steer services and sectors in concert. A purely flat model is therefore not considered to ensure this kind of steering, as the chief executive alone is not considered to be able to have the overview and insight that is needed to perform the necessary steering required. We also observe that municipalities restructure their services into bigger units or departments and they establish inter-sectorial arenas for cooperation and coordination. Municipal actors, especially representing small municipalities, stress the importance of these arenas (Paragraph 6.5).

Summing up, juridical and pedagogical steering instruments impact on municipal prioritization in two ways. First, the national steering signals have high acceptance and legitimacy in the municipalities. In the data material municipal actors report these to be many, but they are perceived to give them a relatively extensive room of maneuver. Secondly; by the county governor audits and controls. These two ways are not necessarily in compliance with each other.

# 1 Innledning

## 1.1 Tema og problemstillinger

De siste års utvikling har medført at kommunene får stadig større ansvar for velferdsstatens tjenester, og det pågår en akademisk diskusjon om hvorvidt staten styrer kommunene tett og behandler dem som iverksettingsorganer for statlig politikk (Fimreite mfl 2007) eller om kommunene fortsatt har noen frihetsgrader til selv å prioritere, vurdere og tilpasse tjenestene til innbyggernes behov (Vabo, 2011). Det viktigste formålet med denne studien har vært å få frem hvordan informanter fra ulike nivåer i syv casekommuner *opplever* de statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene i omsorgssektoren.

Omsorgssektoren – særlig knyttet til eldre menneskers omsorgsbehov – er preget av ambisiøse nasjonale målsettinger som hyppig kontrasteres med manglende kommunal kapasitet og ressurser (Vike 2004, Kjersem og Aarseth 2009). Som beskrevet i Omsorgsplanen 2015 (St.meld.nr.25, 2005-2006) skal pleie og omsorgstilbudet i størst grad avhenge av individuelle preferanser og behov, og være uavhengig av sosioøkonomisk status (Hagen mfl 2011:28). At ansvaret for sektoren er desentralisert til kommunene er basert på forutsetningen om at det er de lokale myndighetene som har de beste forutsetningene for å få dette til – fordi de står nærmest brukerne og dermed har best kunnskap om lokale behov, preferanser og kostnader. Denne lokale kunnskapen skal sikre effektiv ressursutnyttelse ved at tilbudet tilpasses lokale behov og gunstige produksjonsmåter (allokerings effektivitet, kostnadseffektivitet). Som det står i forarbeidene til den nye helse- og omsorgstjenesteloven; ”Det er særlig nærhet til brukerne, effektiv tjenesteproduksjon og hensynet til demokratisk styring av tjenestene, som begrunner lokal handlefrihet” (Prop.91 L (2010-11) s. 49). Et sentralt spørsmål er derfor om det nåværende stat-

kommune-forholdet legger til rette for – eller tvert imot er et hinder for – at dette kan skje.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vil vi i denne rapporten fokusere spesielt på de juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene, og diskutere følgende problemstillinger:

1. I hvor stor grad opplever kommunene (ulike aktører i kommunene) den statlige bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler innenfor pleie- og omsorgssektoren som styrende for sin virksomhet?
2. Hvor sterk opplever kommunene at den statlige styringen av sektoren er sammenliknet med den statlige styringen av andre sektorer?
3. Hva slags konsekvenser får dette for prioriteringen av pleie- og omsorgssektoren sammenliknet med andre sektorer?
4. Hvordan påvirker juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler den interne dynamikken i kommunene angående holdninger til og arbeidet med å imøtekomme nasjonalt formulerte målsettinger for sektorene (som formidles gjennom disse styringsvirkemidlene).
5. Hvorvidt, og eventuelt hvordan, spiller organisatoriske forhold inn for kommunenes prioritering av og i omsorgssektoren og for hvordan de ivaretar nasjonale målsettinger.

Generelt opererer vi med fire statlige styringsvirkemidler som er juridiske, økonomiske og organisatoriske, samt pedagogiske eller informasjon (Vedung 1998). Disse kommuniserer på varierende måte med koordineringsmekanismene hierarki (juridiske, økonomiske og organisatoriske virkemidler) og mer nettverksorienterte mekanismer som samarbeid og dialog (pedagogiske og informasjonsbaserte virkemidler). I denne rapporten er det den statlige styringen gjennom juridiske og pedagogiske virkemidler som er i fokus. *Juridiske virkemidler* forstås her som *lover* og *forskrifter*, men også sikring av *materielle og prosessuelle rettigheter for innbyggerne*, for eksempel rett til nødvendig helsehjelp og individuelle planer, som er juridisk regulert. Veiledere knyttes her til juridiske virkemidler fordi de veileder om hvordan en lov skal fortolkes (Difi, 2010), men kan også grupperes innenfor de pedagogiske virkemidlene fordi de ikke har status som juridisk bindende. *Pedagogiske virkemidler* vil først og fremst være rundskriv,

planer, informasjonsbrosjyrer, håndbøker og generelle dokumenter som Stortingsmeldinger og lignende.

Problemstillingene vil i denne rapporten primært bli belyst ved hjelp av kvalitative intervjuer i 7 norske case-kommuner. I disse kommunene er lokal politikere, administrative ledere, og profesjonsutøvere blitt intervjuet. Funnene blir diskutert opp mot tidligere forskning.

I tillegg ser vi om analyser av statistisk datamateriale fra KOSTRA og KRDs Organisasjonsdatabase også kan belyse noen av problemstillingene.

## 1.2 Bakgrunn: Utviklingen i den statlige styringen av kommunene i omsorgssektoren

Det er særlig tre trender som trekkes frem i de siste tiårs utvikling i den kommunale omsorgssektoren (Hagen mfl 2011:48). For det første har ansvarsområdet blitt større, på grunn av desentralisering av omsorgstjenester fra statlig til kommunalt nivå. De viktigste reformene er overføringen av ansvaret for sykehjemmene fra fylkeskommunene til kommunene i 1988, HVPU-reformen fra 1991, Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 (forlenget til 2008). Den kommunale omsorgstjenesten er mer enn fordoblet de siste 30 årene. Årlig bruker kommunene i overkant av 83 milliarder kroner til drift av helse- og omsorgstjenester, og det utføres om lag 118 000 årsverk (Indset mfl 2012:160). For det andre så har disse reformene ført til at nye brukergrupper har blitt integrert i de ordinære kommunale tjenestene, og brukerne av kommunale tjenester er dermed blitt mer mangfoldige. For det tredje har det skjedd en avinstitusjonalisering i den kommunale omsorgssektoren.

Disse tre trendene virker også inn på det generelle stat-kommuneforholdet i Norge, i og med at omsorgssektoren omfatter en viktig og ressurskrevende del av velferdssektoren. Hvordan dette forholdet har utviklet seg er imidlertid mer omdiskutert i litteraturen. I en del av den statsvitenskapelige litteraturen beskrives en utvikling i retning av mer omfattende statlig styring, ikke minst gjennom bruk av rettslige virkemidler (se

for eksempel Maktutredningen, Tranvik og Fimreite 2006). Juridiske analyser beskriver en langvarig endring fra autonomi-modell til en integrasjonsmodell, som har gitt seg markante utslag i lovverket (Smith 2012). Denne utviklingen ble på mange måter fullbyrdet gjennom kommuneloven i 1992, hvor formålsparagrafen bruker begrepet lokalt «folkestyre» heller enn «selvstyre» og slår fast at forvaltningen av de kommunale interessene skal skje «innenfor rammen av det nasjonale fellesskap». Kommuneloven innebar en vidtgående endring som førte til at kommunene generelt ble underordnet statsforvaltningen som klageinstans. Endringen omfattet ikke bare spørsmålet om lovligheten av kommunale vedtak, men også hvordan rommet for skjønn i loven skulle brukes (Smith 2012, Reitan mfl 2012:343). Til en viss grad ble dette modifisert gjennom endringer i forvaltningsloven noen år senere, der det ble bestemt at statsforvaltningen i klagesaker skulle legge vekt på hensynet til det kommunale selvstyret. I tillegg bygger den kommunale autonomien på rettsregler, og nasjonal politisk styring av kommunesektoren i stor grad må skje i form av politiske vedtak i juridisk bindende form (lov, forskrift, budsjettvedtak osv).

Bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler i omsorgssektoren har vært tiltakende det siste tiåret. Utviklingen er i første rekke kjennetegnet av at det er flere lover som gir individuelle rettskrav, skjerpede krav til saksbehandling og prosess, og økte krav til styringskompetanse (Indset mfl 2012). Difi-rapport 2010:4 har sett på helse- og omsorgssektoren i kommunene i stort, og viser at de juridiske virkemidlene har økt i omfang, med 7 nye lover som regulerer sektoren fra 1999-2009 og en økning fra 16 til 56 forskrifter i den samme perioden (Difi 2010:4, 32-41). Også bruken av pedagogiske virkemidler har økt i løpet av 2000-tallet. I 2004 talte antall rundskriv, veiledere, planer og annet 33; i 2009 var antallet oppe i 55<sup>1</sup>. Det er i første rekke antall veiledere som har

---

<sup>1</sup> Oversikten til Difi er basert på en opptelling av dokumenter som er listet opp som bakgrunnsinformasjon i Fylkesmannens embetsoppdrag på Helse- og sosialdepartementets område for hhv 2004 og 2009. I disse embetsoppdragene listes det opp en lang rekke dokumenter, langt fra alle kan karakteriseres som styringsdokumenter for kommunene. Her er utelukkende dokumenter som eksplisitt retter seg mot kommunene tatt med, og oversikten er ikke fyllestgjørende.



økt i perioden. Antallet rundskriv har ligget mer eller mindre på stedet hvil (Difi 2010:4, 41).

Selv om lover, individuelle rettskrav og forskrifter er blitt flere, må det likevel diskuteres hvor store begrensninger i kommunenes handlefrihet de representerer. Her har det med rette vært påpekt at mange av de aktuelle rettighetene (som i flere tilfelle i virkeligheten er formulert «bare» som plikter for kommunen) overlater ikke ubetydelig handlefrihet til kommunene (se for eksempel Stokstad 2012 og Vabo 2012); hva er for eksempel «nødvendige helse- og omsorgstjenester», jfr. helse- og omsorgstjenesteloven 24.6.2011 nr. 30 § 3-1? Et viktig poeng i denne sammenheng er at lovgivningen ikke sjelden gjør det mulig å tolke de aktuelle bestemmelsene slik at de åpner for å vektlegge også de økonomiske ressursene som står til kommunens disposisjon. (Indset mfl 2012: 80). Dette gjelder også for *forskrifter*. Selv om forskriftene vil kunne binde kommunene på samme måte som instruksjer, ser det ut til at forskriftsmyndigheten har vært brukt på en ganske forsiktig måte på omsorgsfeltet. For eksempel angir verdighetsgarantien (forskrift 12.11 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg) eldreomsorgens formål og verdigrunnlag. Det er også gitt en bestemmelse om tjenestens innhold, men den nøyer seg med å angi målsetninger og en forpliktelse til å legge til rette for at bestemte hensyn ivaretas. Forskriften sier altså for eksempel ikke at kommunene har plikt til å tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom, men at de skal legge til rette for at dette hensynet ivaretas jf. § 3 bokstav h.26.

Pedagogiske virkemidler som nasjonale faglige retningslinjer og *veiledere* er ikke rettslig bindende for kommunene. I helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 er Helsedirektoratet pålagt å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, men det er ikke gitt bestemmelser som gir slike dokumenter instruksvirkninger overfor kommunene, og i proposisjonen til Stortinget er det presisert at de ikke er rettslig bindende for kommunene (Stokstad 2012:87). Stokstad (2012) viser imidlertid flere eksempler på at bevisstheten om disse overordnede trekkene ser ut til å være lav, både innenfor offentlige institusjoner og i juridisk teori. Også Difi-rapporten (2010) påpeker (den juridiske) statusen til pedagogiske virkemidler som rundskriv, veileder og handlingsplaner og planer i mange tilfeller er uklar, og at både formål og formidlet status varierer. I en veileder (Overgrepsmottak. Veileder for helsetjenesten) blir

formålet og status beskrevet på følgende måte; ”De faglige rådene i veilederen er direktoratets anbefalinger om hva som anses å være god praksis... Anbefalingene er ikke direkte rettslig bindende, men skal langt på vei være styrende for de valg som skal tas” (IS 1427, s11, Difi 2010:4, 42).

Samtidig som staten styrer gjennom juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler, så ser man en parallell tendens til at staten i økende grad også styrer gjennom nye og mer indirekte styringsteknikker og gjennom prosesser som i større grad er toveis (Tranvik og Fimreite, 2006, Vabo 2012). Begreper som partnerskap, dialog og nettverkstyring har etter hvert fått innpass både i den politiske debatten som normative standarder for styring (NOU 2005: 6) og som akademiske begreper for å beskrive endringer i relasjoner mellom styringsnivåer (Andersen og Røiseland 2008, Røiseland og Vabo 2012, Baldersheim og Ståhlberg 2002).

Mange av disse mer dialogbaserte styringsmekanismene er sektorovergrepene, og er ofte betraktet som mykere enn de hierarkiske fordi de baserer seg på at kommunene skal samarbeide, enten med staten, fylkeskommunen, andre kommuner eller instanser i markedet og frivillig sektor for å løse sine oppgaver (Dent et al, 2007). Til grunn for dette ligger det en erkjennelse av at et slikt samarbeid er nødvendig for å realisere politiske mål så vel nasjonalt som lokalt (Sørensen og Torfing 2005). Nyere juridiske og statsvitenskapelige studier (Smith 2012, Stokstad 2012, Reitan mfl 2012 a,b) viser likevel at forholdet mellom stat-kommune på ingen måte kan beskrives som noen entydig overgang fra hierarki til en 'partnerskapsmodell' preget av gjensidighet. Nye dialogbaserte styringsformer erstatter ikke i vesentlig grad de etablerte hierarkiske styringsmidlene basert på over- og underordning, men kommer snarere i tillegg. For å bruke Scharpfs formulering, utvikles og virker nye ordninger «in the shadow of (national) hierarchy» (Scharpf 1999).

Denne utviklingen har ført til at ulike styringsvirkemidler, basert på ulike styringslogikker, eksisterer parallelt. Det vil si at store deler av kommunenes oppgaver og ansvar styres av virkemidler tilhørende en eller flere typer, samtidig som kommunene har noen frihetsgrader som ligger i at kommunene er fri til å organisere seg som de vil, samt tilpasse oppgaver til egne forhold i kommunen. Denne mer eller mindre autonome stillingen som kommunene har

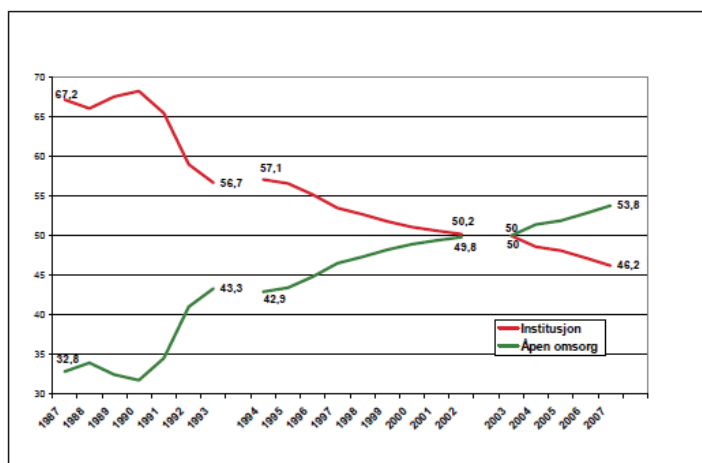
i forhold til det statlige nivået er preget av to grunnleggende forutsetninger: Kommunene er etablert som selvstendige rettssubjekter gjennom kommuneloven, og de inngår ikke i statsforvaltningens hierarkiske organisasjon under regjeringen slik den er etablert med grunnlag i Grunnloven § 3. Dette innebærer som utgangspunkt at statsforvaltningens styring av kommunene må ha hjemmel i lov, noe som utgjør et kjerneelement i det kommunale selvstyrets rettslige vern (Stokstad 2012). Stokstad (2012, se også Reitan mfl 2012) viser imidlertid flere eksempler på at bevisstheten om disse overordnede trekkene ser ut til å være lav, både innenfor offentlige institusjoner og i juridisk teori.

Kommunens doble rolle som iverksetter av statlig politikk og som egen politisk beslutningsmyndighet trer tydelig frem i den nye loven om helse- og omsorgstjenester i kommunene. Loven understreker kommunenes ”sørge-for-ansvar”, dvs. gir dem en plikt til å yte tjenester, men lar det være fritt hvordan de vil organisere sin tjenesteyting innenfor feltet (Indset mfl 2012). Videre gir lovverket en overordnet og profesjonsnøytral angivelse av kommunens plikter. Begrunnelsen er at profesjonsnøytralitet vil gi kommunene større frihet til å organisere tjenestetilbudet. Argumentet er at dette vil underlette tjenestenes tilpasning til lokale forhold og behov, ressursenes utnyttelse på den måten kommunen finner best for sine innbyggere og tilpasning av tjenestene hvis nye behov eller ny kunnskap skulle tilsi det (Innst. 424 L, 2010-2011). Dette argumentet medfører også at bestemmelser om organisasjon ikke vil benyttes som et statlig styringsvirkemiddel overfor kommunene. Økonomiske virkemidler tas i bruk i forbindelse med ny lov, for eksempel ved å øke rammebevilgningene til kommunene og ved å øremerke økonomiske midler til samhandlingsforsøk. I grenseflaten mellom juridisk og økonomiske virkemidler finner vi for eksempel lovfestingen av kommunenes ansvar for medfinansiering av noen pasientgruppers behandling i spesialisthelsetjenesten (Prop. L. 91, s 446). Dette er i grenseflaten fordi kommunene får tilskudd fra staten til å bære store deler av sine utgifter i forbindelse med dette ansvaret samtidig som det er en målsetting for HOD at dette skal være et incitament for kommunene til å øke sin egeninnsats.

Det er tidligere gjennomført en del forskning på hvordan ulike nasjonale økonomiske incentivordninger virker inn på kommunenes innretning av omsorgssektoren. Flere av disse

bidragene viser at etter Gjærevollutvalget<sup>2</sup> anbefalte en avinstitusjonalisering i omsorgstjenesten (NOU 1992:1, Hagen mfl 2011:23) har ulike statlige økonomiske incentivordninger og styringsvirkemidler bidratt til at kommunene har endret innretning i omsorgssektoren fra å være institusjonstung til nå å være preget av hjemmebasert omsorg (Hanssen og Vabo 2012, Hagen mfl 2011:23, Kjersem og Aarseth 2009, Romøren og Svorken 2003:50, Brevik 2010a,b). Tendensen illustreres godt av figuren under, som viser utviklingen i andel årsverk i institusjon og ”åpen” (hjemmebasert, omsorgsbolig) omsorg.

Figur 1.1 *Andel årsverk i institusjon og «åpen» omsorg i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, 1987–2007.*



Kilde: Brevik 2010a:10

<sup>2</sup> *Gjærevollutvalget*, la særlig vekt på at eldre skulle kunne bli boende hjemme, i egen bolig, så lenge som mulig, og foreslo en større satsing på hjemmetjenester og ulike former for service- eller omsorgsboliger som kunne forhindre unødige eller for tidlige institusjonsinnleggelse. *St.meld. nr. 35 (1994-95) Velferdsmeldingen* legger Gjærevollutvalget til grunn, og uttrykker som et politisk mål at pleie og omsorg i størst mulig grad skal knyttes til ordinære boliger. Samtidig sies det at sykehjem fortsatt skal være en del av en samlet eldreomsorg. Sosialkomiteen i Stortinget sluttet seg til dette ved behandlingen av Velferdsmeldingen (Innst. S.nr. 180). Komiteens innstilling viser bred politisk enighet om at det bør være fleksibilitet og veksling mellom sykehjem, omsorgsboliger og hjemmebaserte tjenester. I Velferdsmeldingen uttales følgende om behovet for institusjonsbaserte tjenester i fremtiden: ”Når flere oppgaver legges til omsorgsboligene, vil sykehjemmene i større grad kunne innrettes mot mer helserettede pleieoppgaver, men oppgavefordelingen mellom sykehjem og omsorgsbolig vil i praksis kunne variere avhengig av lokale forhold. Sykehjemmene skal fortsatt være del av en samlet pleie- og omsorgstjeneste i kommunene, og bør først og fremst tilby oppgaver knyttet til rehabilitering, avlastning, overgangspleie etter sykehusopphold, krevende langtidspoleie og terminalpleie.”

De økonomiske incentivordningene som trekkes frem som forklaringsfaktorer for denne utviklingen er først og fremst tilskuddsordningene til boligene som ble startet i 1994, som gjaldt både sykehjem og omsorgsboliger, men i retningslinjene ble det ytret ønske om boligjøring. Tilskuddsordningene ble senere utvidet i Handlingsplanene for eldreomsorgen. Dagens system med tilskuddsordninger gir rom for kostnadsvridninger i den forstand at kommunen kan tilpasse tjenestetilbudet etter hva som reduserer egne kostnader (om det er stat eller kommune som har det finansielle ansvaret) (Hagen mfl 2011:28).

Et relevant spørsmål i så måte er om juridiske og pedagogiske virkemidler bygger opp under dette, og hvor sterk påvirkning disse da har for kommunenes prioriteringer. Kjersem og Aarseth (2009:51) konkluderer med at de nasjonale mål (og økonomiske incentiver) om nedbygging av institusjonsplasser (sykehjem og aldershjem) er basert på en ide om selvstendighet også i livets siste fase, som ikke nødvendigvis gjenspeiler lokale behov og preferanser. Den nasjonale politikktutforming og virkemidlene kan dermed "sies å begrense kommunenes muligheter til å tilpasse politikken til lokale særtrekk og eldre menneskers behov" (Kjersem og Aarseth 2009:51). I tillegg bærer ikke innretningen i den kommunale omsorgssektoren preg av å være lokalkunnskapsbasert – forstått som basert på behov og preferanser til målgruppen (Kjersem og Aarseth 2009:48, Brevik og Daatland 2007, Daatland 2006). Hvis dette er tilfelle faller argumentet om allokerings-effektivitet og prioriteringseffektivitet bort – fordi denne baserer seg på en forutsetning om at det er et lokalt handlingsrom til å kunne benytte kunnskap om lokale behov og preferanser i den lokale politikktutforming/ utforming av tjenesteinnretningen. Hvorvidt dette handlingsrommet oppleves å eksistere er imidlertid et empirisk spørsmål – som vil bli nærmere belyst i denne rapporten. Denne rapporten har derfor et fokus på hvordan de juridiske og pedagogiske statlige styringsvirkemidlene oppfattes, fortolkes og operasjonaliseres lokalt – og hva slags konsekvenser dette får for lokale prioriteringer både innad i omsorgssektoren og mellom kommunale sektorer.

Framdriften i rapporten er at kapittel to presenterer forskningsdesignet og datagrunnlaget. Kapittel tre presenterer de juridiske og pedagogiske virkemidlene vi har sett på. Kapittel fire analyserer de kvalitative data med fokus på hvor styrende representanter for

case-kommunene oppfatter at de juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene er for egen virksomhet innenfor helse og omsorg. Kapittel fem ser denne problemstillingen sammenlignet med andre kommunale sektorer. Kapittel seks spør hvordan kommunal organisering virker inn, og kapittel sju er en oppsummerende diskusjon.

## 2 Forskningsdesign og datagrunnlag

### 2.1 Forskningsdesign

Studien bygger på flere typer data. Den viktigste datakilden for å besvare problemstillingene er *kvalitative intervjuer fra syv case-kommuner*. Kommunene varierer etter størrelse og geografi. Vi har intervjuet aktører som representerer ulike deler av kommunen; lokalpolitikere (først og fremst ledere av helse- og omsorgsutvalgene i kommunestyret), kommunal administrativ ledelse (kommunalsjef eller rådmann), enhetsledere og profesjonsutøvere. Ikke alle aktører som ble forespurt så seg i stand til/var villige til å la seg intervjuer, og andre igjen hadde ikke tid/kapasitet. Dermed varierer antallet intervjuede i hver kommune. Selv om vi ikke har like mange intervjuer fra hver kommune, har et bredt spekter av aktører blitt intervjuet – og intervjuene gir dermed et godt innblikk i hvordan situasjonen oppleves i disse kommunene. Likevel gir case-studier som metode mer begrensede muligheter til å generalisere funnene til alle Norges kommuner.

Vi har også studert *viktige politikkdokumenter* som omhandler omsorgssektoren for å få oversikt over de juridiske og pedagogiske virkemidlene som tas i bruk. Disse er nedfelt i lover, forskrifter, planer og veiledere, samt andre politikkdokumenter. Dette er blant annet gjort for å få innsikt i hvordan de enkelte styringsinstrumentene er ment å virke. I tillegg har vi kontrastert våre funn og observasjoner mot tidligere forskning og andre empiriske undersøkelser. Dette har gitt innsikt i hvordan de statlige signalene forstås, fortolkes og omsettes til praktisk politikk og tjenester i kommunene.

Vi har i tillegg *analysert statistiske data* på kommunenivå fra KOSTRA-databasen og KRDs organisasjonsdatabase (oversikt

over kommunal organisering), for å forsøke å se om det er noen sammenheng mellom organisasjonsvariabler og prioritering av og i omsorgssektoren. Vi har satt sammen variabler fra KOSTRA om pleie- og omsorgstjenester med variabler fra KRDS organisasjonsdatabase (2008).

## 2.2 Om den kvalitative case-studien i syv kommuner

Vi vil nedenfor presentere de syv kommunene som inngår i studien, og gi en oversikt over hvilke informanter som er blitt intervjuet.

**Kommune 1** er en stor kommune med ca. 60 000 innbyggere. Den er lokalisert sentralt i fylket og har sykehus og høyskole lokalisert innenfor sine grenser. Kommunen er en bykommune med industri og servicenæringer og har ordfører fra Høyre. Politisk er kommunen organisert med tre komiteer: Byutvikling og kultur, Helse, sosial og omsorg, samt Oppvekst og utdanning. Kommunen er lokaliseringssted for interkommunal legevakt, og inngår i interkommunale samarbeid om pålagte oppgaver knyttet til Samhandlingsreformen.

Administrativt har kommunen virksomhetsorganisering. Pleie og omsorg består av flere virksomheter med felles direktør som er medlem av rådmannens team. Institusjons- og hjemmetjenestevirksomhetene er områdeorganisert. Det er etablert et spesialisert institusjonstilbud innenfor geriatri, og det ytes psykisk helsetjeneste som en del av de etablerte omsorgstiltakene i virksomheten. Det er altså ikke etablert flat struktur på omsorgsfeltet, men det kommer fram i intervjuer at slik organisasjon kommer til å bli etablert. Det er etablert bestiller-utfører modell som et kontor for tjenestetil-delning, ansvarsoppgaven samordning er også lagt til dette kontoret.

**Kommune 2** er en mellomstor kommune og har i underkant av 10 000 innbyggere. Den er lokalisert sentralt i fylket med kort avstand til nærmeste store kommune og sykehus. Kommunen er en landbrukskommune med noe industri og har ordfører fra Arbeiderpartiet. Politisk er kommunen organisert med tre hovedutvalg: Hovedutvalg for næring, miljø og kommunalteknikk, Hovedutvalg for helse og sosial og Hovedutvalg for kultur og oppvekst. Kommunen har en frivillighetssentral med eget styre og



er med i et IKS for legevakt sammen med fem andre kommuner. Kommunen er også med i utvalg knyttet til interkommunalt samarbeid i forbindelse med pålagte oppgaver i Samhandlingsreformen.

Administrativt har kommunen en virksomhetsorganisering med fire virksomheter organisert under en kommunaldirektør for helse og velferd. Kommunaldirektøren er med i rådmannens team. Familietjenesten omfatter blant annet psykisk helse, fastleger, (re)-habilitering, helsestasjon og skolehelsetjenester. Omsorg omfatter blant annet institusjons- og hjemmetjenesten for eldre, hjemmehjelp, dagsenter og omsorgsboliger. Kommunen har likevel ikke helt flat struktur, i og med at flere tjenester er organisert under en virksomhet. Det er reorganisert fra flat struktur i løpet av de to siste år. Det er ikke etablert bestiller-utfører modell i den forstand at det er en egen forvaltningsenhet, men det er organisert et vedtaksteam som har spesialisert seg på vedtak innenfor helse- og omsorgssektoren. Vedtaksteamet gjennomfører også hjemmebesøk før vedtak om tjenester fattes. Profesjonelle medarbeidere forholder seg til disse vedtakene når de utfører tjenestene. Det er etablert en dialogisk relasjon mellom medarbeidere og vedtaksteamet, der det oppfattes at vedtak lett kan endres etter innspill fra medarbeidere.

**Kommune 3** er en liten kommune på om lag 1000 innbyggere. Den er usentralt lokalisert med lange avstander til nærmeste store kommune og sykehus. Kommunen er en landbrukskommune med satsing på handel. Den har ordfører fra en lokal liste. Politisk er kommunen organisert med et fast utvalg for plansaker og et administrasjonsutvalg i tillegg til formannskapet. Kommunen deltar i interkommunale samarbeid.

Administrativt har kommunen flat struktur med resultatenheter. Pleie og omsorg er egen resultatenhet, den omfatter blant annet hjemmesykepleie, institusjonstjeneste, praktisk bistand og dagsenter. Fysioterapitjenesten er også organisert til denne resultatenheten.

**Kommune 4** er en relativt stor kommune, med ca. 17 000 innbyggere. Administrativt har kommunen flat struktur med et rådmanns/kommunalsjefsnivå med fire kommunalsjefer, og et resultatenhetsnivå. Det er flere resultatenheter under kommunalsjefen for helse og omsorg. Politisk er kommunestyret delt inn i tre

komiteer som innstiller overfor kommunestyret, men som ikke har vedtaksmyndighet selv. Den relevante komiteen for omsorgssektoren er Komité for helse- og omsorg. Ordfører representerer Høyre. Kommunen har en Kommunedelplan for helse og omsorg 2010-2021, og er inne i en stor omstillingsprosess som omfatter omsorgssektoren. Denne omstillingen presenteres i omtalen på internett og i delrapporter som i stor grad å være motivert av at kommunen som helhet må redusere sine driftsutgifter med 35 millioner kroner.

**Kommune 5** er en kommune med mellom 6- og 7000 innbyggere. Politisk er kommunestyret delt inn etter hovedutvalgsmodellen, med tre hovedutvalg. Ordfører representerer Høyre. Administrativt har kommunen en halvflat struktur med et rådmanns/kommunalsjefsnivå, to rådgivere (mellomledere) – en for helse- og omsorgssektoren og en for oppvekstsektoren, samt et resultat-enhetsnivå. Kommunen har en relativt høy andel innbyggere over 80 år som er beboere på institusjon (22 prosent) i forhold til hva som var landsgjennomsnittet i 2011 (14,1 prosent). Kommunen har etablert et prosjekt som kalles ”Framtidens helse og omsorg”, hvor innretningen av omsorgssektoren tas opp til diskusjon.

**Kommune 6** er en liten kommune med mellom 1- og 2000 innbyggere. Politisk er kommunestyret delt inn etter hovedutvalgsmodellen, med tre hovedutvalg – blant annet et omsorgsutvalg. Ordføreren representerer Sp. Administrativt har kommunen flat struktur med en virksomhetsorganisering. Det er et rådmanns/kommunalsjefsnivå og virksomhetene har egne ledere. Virksomhet ”Pleie og omsorg” omfatter sykehjem, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, PU og individuelle døgnbaserte opplegg.

**Kommune 7** er en bydel i en stor kommune. Området har om lag 35 000 innbyggere. Den politiske organiseringen er en komitemodell. Det er fire komiteer, der helse og omsorg utgjør en. Kommunens politiske ledelse kommer fra Høyre. Administrativt er kommunen inndelt i geografiske områder og områdene har ansvar for helse- og omsorgstjenester. På kommunenivå er det etablert etater, der hjemmetjenesten og institusjonstjenesten er to etater. Det er nylig reorganisert fra en modell med flat struktur mot en mer hierarkisk struktur.. I området er det 4 hjemmetjenesteenheter, samt omsorgsboliger og institusjoner.

Tabell 2.1 *Oversikt over kommuner*

Kommune	Antall innb	Politisk farge	Politisk Org	Adm org	Bestiller-utfører modell
1	60000	H	Komite-modell	Hierarki, tre ledernivåer	Ja
2	10000-	AP	Hovedutvalgsmodell	Hierarki, to ledernivåer	Ja
3	1000	Lokal liste	Komite-modell	Flat struktur	Nei
4	17000	H	Komite-modell	Flat struktur Resultat-enheter	Nei
5	6- 7000	H	Hovedutvalgsmodell	Resultat-enheter, halvflat struktur	Nei
6	1-2000	Sp	Hovedutvalgsmodell	Flat struktur Resultat-enheter	Nei
7	35000	H	Komite-modell	Områdeorganisert, hierarkisk struktur	Ja

Kommunene er lokalisert i tre regioner i Norge: Østlandet, Vestlandet og Midt-Norge. Det er gjort intervjuer med representanter fra ulike nivåer innenfor omsorgsfeltet i alle kommunene. Det er intervjuet ordførere, komitéledere, administrasjonssjefer, kommunalsjefer/kommunaldirektører, etats-, virksomhets- og enhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere og prosjektledere. Alle posisjoner er ikke representert for alle kommuner. En av komitélederne er utdannet lege, fire av kommunalsjefene har sykepleierutdanning i bunn. Til sammen er det gjennomført 30 intervjuer. Intervjuene refereres i teksten med dato, hvis det er gjort flere intervjuer samme dato er intervjuene nummerert.

## 3 Oversikt over juridiske og pedagogiske virkemidler i omsorgssektoren

### 3.1 Juridiske virkemidler

Juridiske virkemidler er lover og forskrifter samt sikring av materielle og prosessuelle rettigheter for innbyggerne. Statsforvaltningens styring av kommunene må ha hjemmel i lov. Lov er et hierarkisk virkemiddel og medvirker til at styring av kommunene foregår i skyggen av hierarkiet. Nedenfor gis en oversikt over de juridiske virkemidlene som er relevante for den kommunale omsorgssektoren.

#### 3.1.1 Oversikt

Det er først og fremst Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30) som regulerer den kommunale omsorgssektoren, men Pasient- og brukerrettighetsloven er også relevant. For eksempel er *kommunens plikt* til å utarbeide individuell plan og tilby koordinator regulert i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, mens *retten til* individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Likevel er det først og fremst helse- og omsorgstjenesteloven som regulerer sektoren, og oversikten nedenfor viser lovens tilhørende forskrifter og rundskriv.

Tabell 3.1 *Oversikt over lover, forskrifter, rundskriv og veiledere som er relevant for den kommunale omsorgssektoren*

§	Forskrifter	Rundskriv, veileder og brev
Ny helse og omsorgstjenestelov <b>LOV-2011-06-</b>	2011.12.16 nr 1393: (HOD) Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester	

24-30 <sup>3</sup> § 2-1		
§ 3-2	2011.12.16 nr 1254: (HOD) Forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon 2011.12.16 nr 1256: (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 2011.12.16 nr 1392: (HOD) Forskrift om oppjustering av driftsavtale for fysioterapeuter	IK-25/96: <a href="#">Merknader til forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v.</a> I-47/98: <a href="#">Om vederlag for opphold i institusjon m.v.</a> I-4/2007: <a href="#">Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem</a>
§ 7-1, § 7-2, § 7-3	2011.12.16 nr 1256: (HOD) Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator	<a href="#">Individuell plan og koordinator - klageadgang.</a> Brev fra hod til fylkesmannen i Vestfold 22.3.2012 <a href="#">Regulering av individuell plan og koordinator i nytt lovverk.</a> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Ørsta kommune 2.3.2012 <a href="#">Spørsmål om kapittel 7.</a> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Bærum kommune 27.1.2012 <a href="#">Tolkning av lov om helsepersonell § 3.</a> Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Fellesorganisasjonen 1.3.2012 <a href="#">Kapittel 7 - Koordinerende enhet og koordinatorrollen.</a> Svar fra Helse- og omsorgsdepartementet til Nettverk KE Storbykommuner 31.1.2012
§ 11-1	2011.12.16 nr 1348: (HOD) Forskrift om kommunens dekning av utgifter til helse- og omsorgstjenester	
§ 11-2	2011.12.16 nr 1349: (HOD) Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester	
§ 11-3	2011.11.18 nr 1115: (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter	
§ 11-4	2011.11.18 nr 1115: (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter	
§ 13-1	2011.12.16 nr 1252: (HOD) Delvis ikraftsetting av lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)	
§ 13-2 <sup>4</sup>	1983.11.23 nr 1779: (HOD) Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste. 1984.03.30 nr 0820: (HOD) Forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste. 1988.11.14 nr 0932: (HOD) Forskrift for sykehjem	

<sup>3</sup> 2011.12.16 nr 1253: (HOD) Delegering av Kongens myndighet på Helse- og omsorgsdepartementets område til Helse- og omsorgsdepartementet for å gjøre tekniske og begrepsmessige forskriftsendringer som er nødvendig som følge av ikraftsetting av helse- og omsorgstjenesteloven

<sup>4</sup> Total oversikt over alle forskrifter som er knyttet til § 13-2 finnes i vedlegg 1.

	<p>og boform for heldøgns omsorg og pleie</p> <p><u>1988.12.11 nr 1018</u>: (HOD) Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.</p> <p><u>1992.10.02 nr 0690</u>: (BLD) Delegering av myndighet etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.</p> <p><u>1992.12.04 nr 0915</u>: (HOD) Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.</p> <p><u>2000.04.14 nr 0328</u>: (HOD) Forskrift om fastlegeordning i kommunene</p> <p><u>2000.12.21 nr 1385</u>: (HOD) Forskrift om pasientjournal</p> <p><u>2001.12.21 nr 1478</u>: (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgs-departementet.</p> <p><u>2001.12.21 nr 1479</u>: (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet etter lov om helsetjenesten i kommunene § 2-3 tredje og femte ledd og etter lov om anke til Trygderetten § 4 annet ledd.</p> <p><u>2002.12.20 nr 1731</u>: (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.</p> <p><u>2003.04.25 nr 0486</u>: (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern.</p> <p><u>2003.06.27 nr 0792</u>: (HOD) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.</p> <p><u>2003.12.19 nr 1728</u>: (HOD) Forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.</p> <p><u>2004.02.17 nr 0408</u>: (HOD) Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt.</p> <p><u>2005.03.18 nr 0252</u>: (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.</p> <p><u>2005.06.17 nr 0610</u>: (HOD) Forskrift om smittevern i helsetjenesten</p> <p><u>2006.06.30 nr 0731</u>: (AD) Forskrift om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.</p> <p><u>2008.04.03 nr 0320</u>: (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp</p> <p><u>2010.03.18 nr 0425</u>: (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet</p> <p><u>2010.11.12 nr 1426</u>: (HOD) Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)</p> <p><u>2010.11.22 nr 1466</u>: (HOD) Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land</p>	
		<p>RUNDSKRIV</p> <p><u>I-55/2001</u> Handlingsplan for eldreomsorgen. Rapportering av resultat- og plandata fra helse- og sosialtjenesten 2001 – 2005</p> <p><u>I-50/2001</u> Statsbudsjettet 2002 - oversikt over tilskudd til kommunene m.v. på sosial- og helsedepartementets budsjett</p> <p><u>I-1/2001</u> Nasjonale mål,</p>

		hovedprioriteringer og tilskudd for 2001 Styrings- og informasjonshjulet for helse- og sosialtjenesten i kommunene <u>L-29/2000</u> Rapportering av resultat- og plandata fra helse- og sosialtjenesten 2000-2004 <u>L-1/2000</u> Nasjonale mål, hovedprioriteringer og tilskudd for 2000 <u>L-50/99</u> Statsbudsjettet 2000 – oversikt over tilskudd til kommunene m.v. på Sosial- og helsedepartementets budsjett <u>L-30/99</u> Handlingsplaner og kommunal planlegging
Pasientrettighetsloven (lov nr 63 av 2.7.1999)		
Lov om helsepersonell m.v. (nr 64 av j.7.1999)		
	Forskrift nr 765 av 28.6. 2001 om habilitering og rehabilitering	
Folkehelse loven (Lov om folkehelse arbeid)		
Forvaltningsloven § 17 Utredning splikt		
§ 24 og 25 Begrunne se for vedtak		

### I tillegg er forarbeider til lov relevante, som for eksempel:

- St. meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (HOD 2009)
- Prop. 90 L (2010-2011): Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (HOD 2010a)
- Prop. 91 L (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- St. meld. nr. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015.

- Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak (HOD 2011b)
- Avtale og vedlegg til avtale om nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS (HOD og KS 2011a;)
- Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet om Samhandlingsreformen av 18.10.2010
- St. meld. nr. 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer:”
- St. prp. nr. 1 (2006-2007)
- St.meld.nr. 31 (2001.2002) Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen "Fra hus til hender"
- St.meld. nr. 34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år
- St.meld. nr. 28 (1999-2000) Innhold og kvalitet i omsorgstenestene - Omsorg 2000
- St.meld. nr. 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorgen: Trygghet - respekt – kvalitet

## 3.2 Pedagogiske virkemidler

Pedagogiske styringsvirkemidler er en bred kategori, som kan defineres som nasjonale styringssignaler som ikke er juridisk bindende. Slike styringsvirkemidler omfatter utdyping av lover og forskrifter, som rundskriv og informasjonsbrev, samt handlingsplaner, planer, og generelle brosjyrer og veiledere. Vi skal nedenfor nevne de viktigste for omsorgssektoren, slik vi ser det, men denne oversikten er ikke uttømmende.

### 3.2.1 Handlingsplaner og planer

#### **Omsorgsplan 2015.**

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006); «Mestring, muligheter og mening» beskrives fem langsiktige strategier: a) kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, b) kapasitet og kompetanseheving, c) samhandling og medisinsk oppfølging, d) aktiv omsorg, e) partnerskap med familie og lokalsamfunn



Strategiene konkretiseres i Omsorgsplan 2015. Helsedirektoratet skal sikre regjeringens særskilte fokus på omsorgssektoren gjennom oppfølging av Omsorgsplan 2015. Planen skal følges opp innenfor direktoratets sentrale virksomhetsområder og tverrgående satsingsområder og er organisert i tre delprosjekt; Demensplan, Kompetanseløftet og Investeringsstilskudd. I 2011 ble Nevroplan 2015 også en av delplanene innenfor Omsorgsplan 2015.

### **Demensplan 2015**

Demensplanen 2015 er en av delplanene under Omsorgsplan 2015, som ble presentert i Stortingsmelding nr. 25 (2005–2006) «Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer». Planen trekker opp følgende hovedstrategier for å møte framtidens omsorgsutfordringer: a) Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, b) Kapasitetsvekst og kompetanseheving, c) Bedre samhandling og medisinsk oppfølging, d) Aktiv omsorg, e) Partnerskap med familie og lokalsamfunn

### **Kompetanseløftet 2015**

Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan for de kommunale omsorgstjenestene. Kompetanseløftet inneholder strategier og tiltak som skal bidra til å sikre tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning i omsorgstjenestene. Kompetanseløftet er forankret i St.meld. nr. 25 (2005–2006) som en delplan under Omsorgsplan 2015. Kompetanseløftet har i perioden 2007–2010 fem delmål:

10 000 nye årsverk med relevant fagutdanning.

Heve det formelle utdanningsnivået i omsorgstjenestene.

Sikre bruttotilgang på om lag 4500 helsefagarbeidere per år.

Skape større faglig bredde.

Styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning.

### **Nevroplan 2015**

Nevroplan 2015 er en delplan under Omsorgsplan 2015, og innebærer konkrete tiltak for utvikling av tjenestetilbud til personer med nevrologiske sykdommer og skader. Tiltakene kan samles i tre satsningsområder:

Informasjon og ny kunnskap - Målet er å synliggjøre og løfte fram brukere med nevrologiske skader og sykdommer, og bidra til mer åpenhet og kunnskap på dette området. Det er nødvendig med informasjon og veiledning til brukere selv, deres pårørende, til fagfolk og beslutningstakere.

Rehabilitering i dagliglivet og aktivitets- og treningstilbud - Målet er å understøtte egenmestring og brukerinnflytelse og å bidra til meningsfulle hverdager for den enkelte.

Flerfaglig utviklingsarbeid - Målet er å styrke den faglige bredden i det kommunale tjenestetilbudet med sterkere vekt på aktivisering, rehabilitering og bistand i hverdagen. Dette forutsetter tverrfaglig samarbeid i helse- og omsorgstjenesten og tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten.

Samlet sett er målet at omsorgstjenestetilbudet til personer med nevrologiske skader og sykdommer skal utvikles som en integrert del av den samlede helse- og omsorgstjenesten.

### 3.2.2 Veiledere og brosjyrer

Det er også utarbeidet en rekke veiledere og brosjyrer for omsorgssektoren, som for eksempel følgende;

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester/Publikasjoner/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf>

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften/Publikasjoner/individuell-plan-veileder-til-forskriften.pdf>

### 3.2.3 Konsultasjonsordningen, avtaleverk

Konsultasjonsordningen, som har eksistert siden 2001, er en formalisert arena for dialog mellom staten og kommunesektoren, ved KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon). Formålet med ordningen har vært å etablere et grunnlag for enighet om hva som kan oppnås innenfor kommunesektorens inntektsrammer (Hanssen, Saglie og Smith 2012). Ordningen omfatter fire årlige møter av tematisk karakter, hvor toppledelsen i KS og den politiske ledelse i de berørte

departementene møtes. I tillegg er det inngått avtaler mellom KS og staten på forskjellige sektorområder, hvor staten forplikter seg til visse pengeoverføringer og KS forplikter seg til tiltak for å påvirke utviklingen i kommunesektoren på det aktuelle saksområdet i ønsket retning (Borge 2009). To avtaler er inngått mellom KS og HOD som dreier seg om helse- og omsorgsområdet. Disse er avtale om kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (midlertidig forlenget ut 2012) og nasjonal rammeavtale om samhandling på helse og omsorgsområdet. Nye avtaler er under utarbeiding (se Helse- og omsorgsdepartementets nettsider).

### 3.3 Utvalgte forskrifter og rundskriv som spesielt har blitt fokusert på i intervjuene

#### **Kvalitetsforskriften 2003.06.27 nr 0792: (HOD)**

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Forskriften skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Den enkelte skal sikres et verdig og meningsfullt liv i samsvar med individuelle behov vedkommende har. Forskriften er innholdsrik og omfatter de fleste sider ved menneskelig liv fra bolig til mat.

#### **Forskrift om individuell plan**

Individuell plan er nedfelt i to forskrifter; FOR-2011-12-16-1256 tilhørende Helse- og omsorgsdepartementet og FOR 2010-11-19-1462 tilhørende Arbeidsdepartementet. Vi refererer her til den første som peker på at pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette er også nedfelt i pasient- og brukerrettighetslovens § 2-5. Kommunen har det overordnede ansvaret for å utarbeide individuelle planer når også spesialisthelsetjenesten er involvert i tjenestene pasienten mottar. Planen skal utarbeides av kommunenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, kommunen skal tilby en koordinator.

- Rundskriv I-5/2007 Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud (fysioterapi-tilbud)
- Rundskrivet viser til St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, mening og mangfold* hvor regjeringen legger opp til ”Aktiv omsorg” som en hovedstrategi for framtidens omsorgstjenester. Rundskrivet peker på at en slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. I KOSTRA finnes en variabel som viser hvor mange fysioterapitimer pr.uke hver beboer i sykehjem i kommunen får i snitt.
- **Samhandlingsreformens lover og forskrifter**  
Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6 forplikter kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler og stiller minimumskrav til innholdet i avtalene. I norsk avtalerett gjelder i utgangspunktet avtalefrihet. Dette betyr både frihet til å inngå eller unnlate å inngå avtaler, frihet til å velge avtalepart, og at avtalepartene har frihet til å bestemme avtalens innhold. Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 om “plikt til å inngå avtale” innebærer en begrensning i denne avtalefriheten ved at kommuner og helseforetak nå er forpliktet til å inngå avtale. Plikt til å inngå samarbeidsavtaler er et juridisk virkemiddel som pålegger kommuner og helseforetak å samarbeide om organisatoriske og faglige virkemidler i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene.
  - 2011.11.18 nr 1115: (HOD) Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter
  - Nasjonale veileder (01.11.2011) ”Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/ helseforetak”. Plikten til å inngå samarbeidsavtaler er et juridisk virkemiddel som pålegger kommuner og helseforetak å samarbeide om organisatoriske og faglige virkemidler i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Hensikten med veilederen er å bidra til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene. Arbeidet

med de nye samarbeidsavtalene mellom kommune og foretak bør bygge videre på de avtalene som allerede er inngått mellom partene, og de erfaringene man har fra dette samarbeidet. Veilederen er ment som et praktisk hjelpemiddel i utformingen av nye avtaler i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 6.

- Folkehelseloven, som er en del av samhandlingsreformen.

## 4 Juridiske og pedagogiske virkemidler: Hvor styrende oppleves de?

### 4.1 Innledning

Med utgangspunkt i økningen av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler i omsorgssektoren som ble referert til i innledningskapittelet (Difi 2010), har et av formålene med denne studien vært å få frem:

- I hvor stor grad informanter fra ulike nivåer i de syv casekommunene opplever den statlige bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler innenfor pleie- og omsorgssektoren som styrende for sin virksomhet.

Det har vært et poeng i det metodiske designet å få frem hvordan slike virkemidler oppfattes av aktører på *flere nivåer*; politisk ledelse, administrativ ledelse på ulike nivåer og profesjonsutøvere. Kapittelet redegjør for informantenes opplevelse av disse styringsvirkemidlene. De ble også spurt om de oppfattet at handlingsrommet er stort nok til at de kan innrette omsorgstjenestene slik de ønsker og tilpasse tjenester til lokale behov og forutsetninger.

### 4.2 Informantenes oppfatninger

Hovedinntrykket som formidles i dette kapittelet er at kommunenes arbeid med omsorgstjenestene varierer og at juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler som omhandler omsorgssektoren mer oppleves som førende og å gi retning, heller

enn som juridisk bindende. Deres egen økonomiske situasjon – kombinert med statlige overføringer og nasjonale økonomiske virkemidler, oppleves på den andre siden som sterkt begrensende på kommunens handlingsrom. Vi skal i det videre utdype dette hovedinntrykket.

#### 4.2.1 Omsorgssektoren oppleves generelt ikke som sterkt statlig styrt

Hovedinntrykket fra intervjuene i de syv kommunene er relativt samstemmig; omsorgssektoren oppleves *ikke* som sterkt statlig styrt av juridiske eller pedagogiske virkemidler. Selv om sektoren er regulert av lov og forskrifter, oppleves ikke disse å være av en karakter som forhindrer kommunene i å innrette omsorgssektoren slik at den er best tilpasset lokale forhold, behov og preferanser – samt lokale faglige vurderinger. Som en leder av en politisk helse- og omsorgskomiteé uttalte;

Vi opplever at handlingsrommet er stort når det gjelder lovregulering (8.november 2012).

På direkte spørsmål om juridiske virkemidler som lovverk og forskrifter legger føringer på arbeidet i kommunen, eller om det er frihetsgrader svarer politikere;

Jeg tror dette er mest indirekte, altså. I beste fall så går det gjennom organisasjonen. For å si det sånn, jeg har ikke noe aktivt forhold til disse forskriftene (8.november 2012).

Andre politikere ser frihetsgradene kommunene har knyttet til retningslinjer og annet og arbeider med disse nettopp for å finne handlingsrommet for den lokale tilpasningen til egen situasjon;

Ja, det er utfordringen (frihetsgradene). Og noe jeg utfordrer våre kommunalsjefer på hele tiden, at de beskriver politisk handlingsrom i sakene sine. Det er jo sånn at Stortinget tror at de løser de fleste problemer med at de legger en eller annen forskrift og en lov til grunn. Men oppfølgingen (i kommunene) kan være problematisk noen ganger (22. februar, intervju 1)

---

Sitatet under er litt mer konkret enn det forrige og peker på hvordan satsningene på sykehjem kan styrkes eller svekkes, også ut fra lokal situasjon;

Jeg føler i hvert fall at det er stort rom for meg som komitéleder å påvirke dette. Alle som sier at man ikke skal engasjere seg i kommunepolitikk fordi man ikke kan bestemme noe – det er helt feil! Vi kan jo nå velge å satse mye på sykehjemsplasser, eller vi kan prøve å bremse på dette og gjøre ting på en annen måte. Vi jobber for eksempel med å få inn det med frivillighet. Som jeg tror vi må om vi skal overleve. Omsorgsteknologi, hverdagsrehabilitering, litt sånn forskjellig type praksisendringer. Alt det er sånn som vi kan velge å drive med, eller la være. Og der er det ingen som påvirker oss (8.november 2012).

Heller ikke det administrative lederskap eller profesjonsutøverne (enhetslederne) opplever sterk statlig styring;

Klart at vi er ganske styrt, men jeg opplever det ikke som veldig trangt. Men det er kanskje fordi jeg har vendt meg til det? At det skal være sånn. (21. november 2012, intervju 2).

Et argument som gikk igjen i intervjuene med administrative ledere og profesjonsutøvere var at de nasjonale målsetningene om kvalitet som kommer til uttrykk i juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler har høy legitimitet lokalt. Som en kommunalsjef for omsorg uttrykte det;

Det er jo en tredjepart her som er innbygger, pasient, bruker – som vi skal ivareta. Så det er viktig at vi har flere som har litt argusøyne på hvordan vi gjør dette her. Og det var noe av grunnen til at jeg ville at vi skulle være ISO-sertifisert også – jeg vil at noen skal se oss i kortene. Jeg vil at en annen part skal vurdere oss. Er dette godt nok? (21. november 2012, intervju 2).

Flere profesjonsutøvere (enhetsledere) gav uttrykk for at de nasjonale målsetningene som kommer til uttrykk i disse styringsvirkemidlene er viktige mål man uansett ville ha etterstrebet



i den kommunale omsorgssektoren. En mellomleder for pleie- og omsorg uttrykte;

[V]i mener jo at det er en menneskerett det som står der, så vi kjenner ikke på at det er for mye krav. Men det er jo det at vi ikke er i stand til det. Det blir fort til at vi kjenner at vi ikke strekker til. Men det som står der synes vi er helt toppers, vi ville hatt det samme om vi hadde bestemt selv. Og vi har jo alle kjente og kjære, vi må tenke slik i forhold til brukerne våre, det er grenser for hva man skal finne seg i (21. november 2012, intervju 3).

En kommunalsjef påpeker videre at det er mulig å forholde seg nokså fritt til lovverket og at det er mulig å tolke det på forskjellige måter;

[..] jeg er på en måte oppdratt i helsesektoren, så jeg er oppdratt til at lovverket skal vi lære oss å leve med. Jeg tenker ikke at det er en sånn klave, jeg tenker at det er noe vi må tilpasse oss. Men så er det jo noe med hvordan vi tolker lovverket. Vi må ikke gjøre det så strengt at vi ikke klarer å leve med det. Noen ganger må man kanskje bule littegrann.. (21. november 2012, intervju 2).

Samtidig gir den samme informanten uttrykk for en streng fortolkning av lov- og regelverket når en hendelse i kommunen omtales;

[...Så det er en av de få gangene jeg med vilje har brutt loven]. Men vi gjør det jo litt hele tiden. Som med verdighetsgarantien, med to på rommet. Så det er en utfordring for kommunen nå, det at det er så mye overbelegg. Da får de jo ikke innfridd rettigheten til enkeltrom. Men hele det her er jo en erkjennelse av at vi må gjøre noen andre grep for å unngå det trykket. Så jeg har sendt en mail til fylkesmannen om ikke vi kan få komme på besøk, og snakke om det her. For nå har vi satt opp noen tiltak som vi tror skal ha en effekt, men det kommer til å ta litt tid før vi klarer det. Og da tenker jeg at det er

bedre å ha en dialog med dem (21.november 2012, intervju 2).

Kommunen oppleves her som å bryte loven ved å ha tilfeller av to pasienter på rommet på sykehjemmene. Denne forståelsen finner vi igjen hos enkelte andre intervjuede profesjonsutøvere (enhetsledere), og er eksempler på at regelverket tolkes strengere enn det er av kommunale aktører. Selv om forskrifter vil kunne binde kommunene på samme måte som lover, kan forskriftsmyndigheten vurderes som å være brukt på en ganske forsiktig måte i verdighetsgarantien (forskrift 12.11 2010 nr. 1426 om en verdig eldreomsorg). Verdighetsgarantien angir eldreomsorgens formål og verdigrunnlag, og selv om det også er gitt en bestemmelse om tjenestens innhold, nøyer den seg med å angi målsetninger og en forpliktelse til *å legge til rette for* at bestemte hensyn ivaretas. Forskriften sier altså for eksempel ikke at kommunene har plikt til å tilby eldre som bor på helseinstitusjon enerom, men at *de skal legge til rette for at dette hensynet ivaretas* jf. § 3 bokstav h.26.

Ikke alle informanter tolker det å ikke innfri målet om enerom som et lovbrudd. De fleste informantene opplever at kvalitetsforskriften og verdighetsgarantien angir noen idealer som man kan strekke seg etter, men er såpass vage i formen at de gir stort rom for kommunale prioriteringer. Enkelte opplever at de er så vage at de har liten tyngde som retningslinjer for kommunalt arbeid. Som en uttalte;

Det som er lite nyttig, det er sånn som verdighetsgarantien. Altså ting som er bare ord. Når vi har en kvalitetsforskrift og vi har et lovverk der fylkesmannen skal overprøve om vi holder mål, så er det lite nyttig at det er det idealistiske som ofte blir frontet (22. februar 2012, intervju 2).

Dette samsvarer med hva tidligere studier finner – at disse to forskriftene oppleves som vage og tøyelige, og gir stort rom for lokalt skjønn (Hanssen og Vabo 2012, Difi 2010). Det at kvalitetsmålsetningene i forskriftene oppfattes som lite konkrete gjør også at kommunene opplever at de må utforme egne kvalitetskriterier:

Første kommunestyret i nytt år så har vi oppe til politisk behandling de kriterier for alle tjenestene som faller innenfor der. Da strammer vi dem opp for hver gang sånn at budsjettet står i forhold til hva vi klarer å levere. Det har nok også vært en styrke for oss å prøve å få noen rammer på hva som er nødvendig og hva som er godt nok, og på hvilket nivå vi skal legge oss på (22. februar 2012, intervju 2)

Dette kan tolkes på to måter. For det første at kommunen arbeider med egne kvalitetskriterier som blir forankret politisk i kommunestyret. For det andre at innholdet og kvaliteten i tjenestene blir tilpasset til det budsjettet politikerne vedtar og at prosessen sikrer at kvalitet og budsjett ses i sammenheng.

Dette avsnittet indikerer samtidig at økonomiske incentiver og vurderinger får legge viktige betingelser for hvordan tjenestene utformes og tilpasses til lokale forhold, og dermed for hvilket kvalitetsnivå som blir valgt for tjenestene i kommunen. Samtidig kan det pekes på at både politikere og representanter for administrasjonen ser framover og er villige til å satse på innovative og kreative løsninger for pleie- og omsorgssektoren nettopp for å håndtere de økonomiske utfordringene.

Likevel er det enkelte som opplever noen av de statlige juridiske virkemidlene som ”tredd over hodet” på dem, som denne lokalpolitikeren uttalte;

Nei, det meste får vi på en måte littegranne tredd nedover hodet, da. Det siste var jo samhandlingsreformen. Vi har jo de faste plassene vi har, og noen plasser til å flekse med, og de brukes jo da til å ta imot de som kommer fra sykehusene. Og de kommer litt fortere enn det vi kanskje kunne ønske de skulle, og det blir jo en del medisiner i etterkant av et sykehusbesøk. [Og dette føler du er tredd nedover hodet på kommunen?] Nei, vil ikke si at det er tredd ned, men det blir jo at administrasjonen og politikere skal lage denne avtalen, men etter det jeg forstår så har vi fått en veldig god avtale med sykehuset, sånn sett. (14.november 2012)

På spørsmålet om nasjonale juridiske og pedagogiske virkemidler gir klare signaler eller retning på hvordan den kommunale omsorgssektoren skal innrettes – så trekker flere frem at det spesielt er samhandlingsreformen som har gitt en klar retning for hvordan utviklingen i den kommunale omsorgssektoren skal gå fremover. Her mener de fleste informanter at det gis klare signaler om at kommunene bør innrette sin omsorgssektor fra behandling til forebygging (se nærmere diskusjon av dette i 4.1.6). Men kommunene opplever i liten grad at samhandlingsreformen gir strenge føringer på hvordan dette skal operasjonaliseres og iverksettes lokalt. Som en virksomhetsleder for omsorg uttalte;

Jeg er ikke helt sikker på hva de (nasjonale juridiske og pedagogiske virkemidlene) står for. Jeg tror kommunen må litt definere selv også. Jeg vet at vi som liten kommune har ingen omsorgsbolig med heldøgns bemanning. Samtidig er våre trygdeboliger lokalisert i nærheten av sykehjemmet vårt, hvor personalet som jobber både ute og inne er stasjonert. Så det er ikke noen avstander. 7 trygdeleiligheter er fysisk knyttet til sykehjemmet, med gang – hvor personalet er veldig nærme. Selv om vi ikke har døgnbemanning. Jeg tror kanskje det må være litt opp til kommunene selv, å bestemme behovet”. (19.november 2012).

Dette sitatet peker på at kommunistørrelse kan være avgjørende for hvordan tjenestene tilpasses til egen situasjon – at små kommuner kan ha andre behov enn større når det gjelder omsorgsboliger, og at det er mulig å organisere seg annerledes enn hva andre gjør. Sitatet under viser til at tilpasning til egen situasjon også kan bety at kommunene har arbeidet med å innrette eldreomsorgen en del år. I dette tilfellet ble arbeidet ikke knyttet til statlige virkemidler av pedagogisk eller juridisk karakter:

Jeg synes jeg har holdt på med dette bestandig. Sånn konkret, for en seks til sju år siden, tenker jeg, så stod vi i den situasjonen at vi måtte gjøre noe nytt. Det gamle sykehjemmet vårt var helt avleggs med små rom uten bad og toalett. ... Vi hadde et stort arbeid med prosjektgruppe; politikere, ansatte og administrasjonen som så på hvilke tilbud vi skulle ha

i framtiden ... da hadde vi den diskusjonen oppe om vi skulle bygge omsorgsboliger eller sykehjem, det var den grenseoppgangen vi måtte gå. ... For meg, i forhold til statlige føringer, så har det vært viktig å få avklaringer av forventninger til hva kommunen skal kunne stille opp med og få befolkningen til å akseptere at det er veldig mye tilbud som kan ytes til hjemmet eller en omsorgsbolig før det blir snakk om sykehjemsplass (22. februar 2012, intervju 2)

At tjenestene skulle utvikles ble poengtert også av andre, og sitatet nedenfor peker på at utviklingsprosjekter ble gjennomført ut fra det som ble oppfattet å være et eget definert behov i kommunen. For denne kommunen innebar det å sette i gang prosjekter der det ble innledet samarbeid med ulike statlige virksomheter, samt andre kommuner i interkommunale prosjektsamarbeid:

Kommunen har stor vilje til nytenking, opplever jeg, både politisk og administrativt. Så da er det litt mot å tenke tjenesteutvikling. ... Det er vilje til å sette av midler til innovasjon og nytenking i forhold til satsning på velferdsteknologi, dette med samhandling med næringsliv, samhandling med høyskolemiljøer, det litt utradisjonelle partnerskapet, og kanskje det tradisjonelle óg. Kommunen er i stor grad villig til å bidra tungt og være med og dra lasset til den typen satsninger. .... Man er ganske kreative til å søke om prosjektmidler. Og det er der jeg tenker at man er framoverlent i forhold til at vi er innovative på den biten og får midler i stor grad opplever jeg. ... Og vi er kreative og gjør nye ting Husbanken synes er spennende og vil være med på. Også i forhold til demente, dette med språkteknologi på et dagsenter som har vært stor suksess (13. april 2012)

Kommunen er mindre villig til å drive omsorgstjenestene på samme måte som det alltid hadde vært gjort. Hovedinnretningen på tjenestene er å satse mer på hjemmetjenester;

Nei, (vi tenker ikke mye sykehjem). Kommunen har hatt ganske få omsorgsboliger med heldøgnsbemanning til eldre og det kan jo både være klokt og uklokt. Der ligger vi lavt på dekningsgraden. Økonomisk sett

er det ikke sikkert det er så uklokt. ... Personer som kommer inn i omsorgsboliger, de opprettholder ikke nødvendigvis samme funksjonalitet som hvis de hadde bodd hjemme (13. april 2012)

Resonnementet er videre at når beboere i omsorgsboliger mister funksjonaliteten må kommunen inn med hjelpemidler og bemanning, og snart er omsorgsnivået like høgt i omsorgsboligen som i et sykehjem. Det lønner seg derfor at eldre bor hjemme, samt at å bo hjemme oppfattes som det som er ønsket av de eldre selv.

Alle sitatene det er vist til i dette avsnittet omtaler eller forholder seg til kommunens egen økonomi som en sterk betingelse for hvordan tjenestene kan organiseres og utvikles. Mens de juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene oppleves som å gi kommunen stort handlingsrom, oppleves deres egen økonomiske situasjon – kombinert med statlige overføringer og nasjonale økonomiske virkemidler, som sterkt begrensende på kommunens handlingsrom. De økonomiske styringsvirkemidlene ser dermed ut til å slå sterkere inn i kommunal hverdag enn juridiske og pedagogiske virkemidler.

#### 4.2.2 De juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene er et uoversiktlig landskap

Det generelle inntrykket er at alle informantgrupper opplever det store omfanget av statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler som *uoversiktlig*, og at den totale mengden er *vanskelig å forholde seg til* i hverdagen.

Det politiske nivået i kommunene gir uttrykk for at de ikke har oversikt over de statlige styringsvirkemidlene på området, og heller ikke er ment å ha det og at politikerne tar andre typer ansvar i forhold til den kommunale pleie- og omsorgssektoren;

Disse kriteriene blir først og fremst signalisert via rådmannsapparatet og ned til lederen på sykehjemmet... det er ikke vi som får dette først i fanget (14. november 2012)

Politikerne forholder seg til saker som er utarbeidet av administrasjonen i kommunene og fatter sine beslutninger ut fra

det. Derfor kan politikere også oppfatte det som sin oppgave å mobilisere innbyggerne til fordel for de løsningene kommunen velger på omsorgsområdet så vel som på andre områder;

Jeg tror den viktigste politiske jobben her er å mobilisere lokalsamfunnet rundt dette her, altså. Å få med frivillige organisasjoner, lag og foreninger rundt tankeganger (22. februar 2012, intervju 1)

I en av de mindre kommunene i casematerialet pekes det på at politikerne holdes orientert om arbeidet i helse- og omsorgssektoren i forbindelse med Samhandlingsreformen:

(Samarbeidet med politikere) er knirkefritt i egen kommune. Vi har hatt en orientering om Samhandlingsreformen i kommunestyret og ordføreren sitter i regionrådet. .... Det er et regionråd der alle ordførerne sitter og der har Samhandlingsreformen vært behandlet det siste året, de siste to kanskje (1. juni 2012, intervju 1)

Det er det administrative og profesjonelle lederskap som primært forventes å ha denne oversikten. Men også disse informantene opplever at de nasjonale styringsvirkemidlene er mange, og at det er vanskelig å ha oversikt over dem.

Ja, jeg har noen av dem (forskrifter og rundskriv) i hylla, og det er jo mer enn en meter. Vi forsøker jo det så godt vi kan (21. november 2012, intervju 2).

På spørsmål om forskrifter legger føringer på arbeidet svarte en virksomhetsleder;

Hva skal jeg si, det blir fryktelig mye, det er fryktelig mye å sette seg inn i. Det er ikke mulig å sette seg inn i alle forskrifter og ting som kommer, der er vi ikke... (19. november 2012)

Som illustrert med disse sitatene så er hovedinntrykket av intervjuene i de syv kommunene at både politikere og representanter for administrasjonen forholder seg til virkemidler og incentiver på en slik måte at det kan tolkes dit hen at de oppfatter landskapet som uoversiktlig.

### 4.2.3 Tolkes regelverket likt? Fylkesmannens rolle.

Fylkesmannen er et viktig ledd i iverksettingen av statlig politikk i kommunene. Det er Fylkesmannen som behandler klager og fører tilsyn med helse- og omsorgstjenester og helsepersonell, ved at fylkeslegen (som er blitt en del av fylkesmannsambetet) er tillagt myndighet som "Helsetilsynet i fylket". Samtidig har Fylkesmannen en faglig myndighetsrolle, og skal se til at kommunene følger opp den nasjonale politikken og gi kommunene råd (Indset mfl 2012). Begge aktivitetene er viktige for å gi retning til den kommunale virksomheten på omsorgsområdet. På dette nivået samordnes dermed politikken mot kommunene. Vabo (2012) viser at den generelle trenden i tilsyn har gått mot et dialogbasert tilsyn som har fokus på organisatorisk læring og der veilederrollen står sterkt (Vabo 2012:120). Det paradoksale er imidlertid at fylkesmannen, representert ved fylkeslegen, oppleves av flere av kommunene som en konserverende kraft som ikke er oppdatert på nye nasjonale signaler i omsorgssektoren. Dermed mister også embetets veilederfunksjon noe troverdighet. Dette dreier seg om ulike former for statlige signaler. En lokalpolitiker som ledet helse- og omsorgsutvalget i kommunen fremholdt at:

[..] vi opplever fylkesmannen som en konserverende kraft. Det er ikke samsvar mellom signaler som kommer fra sentralt hold når det gjelder fagutvikling og hvordan staten tenker at kommunen skal innrette seg, og de tilsynene vi har fra fylkeslegen [..] Og det er et mønster vi ser over hele fjøla! Fylkeslegen er veldig opptatt av individuelle rettigheter og tar ikke noe hensyn til hva man som kommunepolitiker kan oppfatte som rasjonell bruk av penger. Vi prøver å få mest mulig tjenester ut av pengene, det er det vi driver med (8. november 2012).

I dette sitatet nevnes individuelle rettigheter som noe fylkesmannen er opptatt av. Dette er faktorer som forholdsvis lett kan omgjøres til tilsynsspråket og for eksempel tallfestes som antall enerom eller antallet individuelle planer. I sitatet under pekes det også på at fylkeslegen oppfattes som å ikke være oppdatert på statlig politikk;



Jeg synes ikke alltid at fylkeslegen er oppdatert på hva som er sentral politikk. For eksempel er fylkeslegen hos oss mest opptatt av overbelegg på sykehjem, det er fylkeslegen vår veldig opptatt av. Og det er klart at det er ille med overbelegg. Men de signaler som kommer i sentral politikk nå er for eksempel at vi skal drive mer med omsorgsteknologi, mer med hverdagsrehabilitering, vi skal prøve å la folk trene mer slik at de kan bo lenger hjemme. Alle signaler fra sentralt hold går ut på at vi skal gjøre folk i stand til å bo hjemme så lenge det er mulig. Tiltak som er lenger ned på [omsorgs]trappa, jo lenger ned på trappa jo bedre. Men fylkeslegen er opptatt av at alle som skal ha sykehjemsplass må få sykehjemsplass. Og det opplever vi som en veldig struktur-konservativ holdning. ... Det er jo ikke alle som er enige i hvordan vi skal gjøre dette. Og det er klart at de som vil at vi skal satse mer på sykehjem, de har jo fylkeslegen i ryggen (8. november 2012).

Intervjupersonen peker på at dette er en ”strukturkonservativ” holdning, noe som er et godt ord for å beskrive at det dermed blir vanskelig å innrette seg mot de nye signalene som krever at kommunene må være innovative, kreative og ha en mer rehabiliterende tilnærming, som det også ble pekt på over.

Dette inntrykket deles av den administrative ledelsen i samme kommune, illustrert ved kommunalsjefen for omsorg;

Skulle ønske meg at vi hadde hatt mer fokus på det (innholdet i tjenestene) enn det med overbelegg. For fylkesmannen hos oss går veldig mye på det med overbelegg, istedenfor å gå inn og si ’hva er innholdet i tjenesten?’, altså alle de andre kulepunktene (i verdighetsgarantien). Hvordan legger dere til rette for at det skal være forsvarlig selv om noen må dele rom? Det skulle vi ønske at noen masa litt mer på (21. november 2012, intervju 2).

Videre forteller informanter i flere kommuner at fylkesmannens fokus på sykehjemsplasser og overbelegg ble brukt strategisk som argument i den lokale debatten av dem som var tilhengere av å bygge ut flere sykehjemsplasser.

Enkelte kommuner opplever at fylkesmannen har alt for ambisiøse fortolkninger, og i liten grad tar inn over seg kommunenes situasjon med knappe midler til disposisjon. Flere av kommunene opplever dette som frustrerende. En mellomleder for pleie- og omsorg uttalte;

Vi kan jo nesten si det sånn at vi har noen tilsyn, litt her og litt der jevnlig, og vi når jo aldri opp på disse tilsynene! Det er mangler her og der, vi blir litt maktesløse når vi har hatt disse tilsynene. Men vi vet jo også at de kommer til oss, ikke for å ta oss, men for å hjelpe oss videre. Det er noe å strekke seg etter, hvordan det bør være. Men maktesløsheten tar oss, på grunn av mangel på ressurser. De er på et idealistisk nivå, og bør kanskje være der, men vi vinner ikke så mye mer enn å måtte svare på hva gjør dere for å tilfredsstille disse kravene. Noen ganger er det for heftig (21. november 2012, intervju 3).

Her gis det altså uttrykk for at fylkesmannens tilsyn virker demotiverende for dem som jobber i den kommunale omsorgssektoren, fordi de allerede er klar over at knappe ressurser begrenser deres mulighet til å nå idealet som de føler formidles gjennom de statlige styringsvirkemidlene. Kommunenes forsøk på å gjøre det beste ut av situasjonen og skape best mulig tjenester av knappe midler oppleves ikke som å bli anerkjent på disse tilsynene.

Fylkesmannens økte krav til rapportering og dokumentasjon fra kommunene ble også trukket frem, og informanter forteller;

Vi hadde nettopp tilsyn i forhold til (§)4a, på sykehjemmet her ... det som er utfordringen er det utrolig strenge kravet til hvordan de der vedtakene skal skrives, som man skal skrive oppover til fylkesmannen, hvis man har behov for å bruke tvang. Så kan man få tilbakemelding på at dokumentasjonen ikke er tilstrekkelig. Det er nesten slik sykepleierne sier – at de er oppe til eksamen når de får det tilbake med røde bokstaver. Og det er så krevende, hvor mye som skal, men og hvordan det skal stå – at legen har signert på det er ikke nok. Han må ha utdypet det, og alle skal.. ikke sant? Når vi fikk lagt frem det til dem da, at så krevende opplever vi at dette er, det

tar så mye av vår tid. Går det an å gjøre dette litt enklere? Kunne bare lette litt på rutinen, ikke at vi skal lette på kravene ift bruk av tvang, for det skal vi være like strenge på. Men det er noe med å gjøre hele den dokumentasjonen litt enklere. Men det ble vi ikke møtt på (21. november 2012, intervju 2).

En annen kommune opplevde at vedtak om omsorgstjenester var utsatt for kontroll fra fylkesmannen og krav om rapportering:

Det (kontrollen) har alltid vært der. Det har alltid vært der, men praktiseringen av det og kontrollen har økt noe vanvittig de siste årene (22. februar 2012, intervju 3)

Andre intervjupersoner kunne peke på at kommunen hadde arbeidet mye med vedtakene og at de var i ferd med å profesjonalisere og standardisere dem blant annet for å møte kravene som ble stilt fra fylkesmannen om dokumentasjon. Dette ble gjort ved å etablere et eget vedtaksteam med representanter fra flere virksomheter som utarbeider og tilrår vedtakene som så fattes av virksomhetslederne:

Når mine, altså våre, ansatte sitter og skal ha intervju med fylkesmannen, og blir spurt av fylkesmannen, hvor mine ansatte helt ned på det laveste nivået sier at: jammen det står det om i enkeltvedtaket. Da var jeg imponert, da var fylkesmannen imponert. Det er veldig få hos oss som ikke vet at det finnes et enkeltvedtak i bunn og at det er det som er styrende... Enkeltvedtaket er, som jeg sier, organiseringen av tjenesten (18. januar 2012, intervju 3).

En av kommunene forholder seg i sitt helse- og omsorgsarbeid til andre kommuner i et annet fylke. Intervjupersonen refererte til konkret samarbeid om vedtak angående personlig brukerstyrt assistanse og omsorgslønn, og var klar på at kommunenes erfaring er at fylkesmennene har ulik praksis mht. vedtak i slike saker. Det ble vist til rundskriv fra fylkesmenn som sprikte i sin fortolkning av regelverket:

Det kom jo ut en rapport om omsorgslønn hvor departementet sier noe om at det er kommunene

som har så ulik praksis i forhold til tildeling av omsorgslønn. Mitt spørsmål er: Har du sett på fylkesmannen sin praksis? Har de sett på sin egen praksis? Har de sett på rundskrivene sine? Ja, der kan du tolke ganske mye (18. januar 2012, intervju 2)

Fylkesmannen oppleves av mange informanter å ha en annen fortolkning av lovverket enn de kommunale aktørene, og fylkesmannen (fylkeslegen) oppleves til dels å ha en mer rigid forståelse som kommunale aktører mener de vanskelig kan og bør etterleve i praksis. Samtidig trekker informantene frem eksempler på at de noen ganger har gått i dialog med fylkesmannen, og utfordret den regelfortolkningen fylkesmannen har hatt – og de har i noen tilfeller vunnet frem med sin forståelse. Som en kommunalsjef for omsorg illustrerte:

Noen ganger må man kanskje bule littegrann (i forhold til hva lovverket sier), men det er ikke så lett å gjøre det. Men et eksempel fra enhetslederjobben på sykehjem. Vi åpnet en skjermet avdeling for demens, og valgte å sette kodelås på ytterdørene. Og da hadde vi mye dialog med fylkesmannen ..for de sa at ”dette kan dere ikke gjøre, dere kan ikke låse folk inne”. Men jeg sa at vi ikke kunne stå for det hvis vi ikke gjorde det, for vi klarer ikke passe på alle, når det er 15 kuldegrader ute, hvis vi ikke rekker å finne ut at de har gått. Og vi har laget rutiner på at hvis det er en som går til døra så er det alltid noen som forter seg dit og hører hva de ønsker seg. Og vil de ut så får de gå en tur. Men da vet vi alltid om det. Og det har vi hatt en dialog med fylkesmannen da han var hos oss. Og da sier han, at de kodene var vi veldig opptatt av før, men det har vi jo skjønt at det må jo være sånn. Så bra! Og akkurat da de var der på besøk så kom det en og røska i døra og der kommer det en pleier og spør hva hun vil – og så vil hun faktisk på do. Og det er jo gjerne det vi vet – at det er ikke alltid de skal ut, men at de finner ikke rommet sitt. Det er noe med å bruke faget og lage gode rutiner. Så det er en av de få gangene jeg med vilje har brutt loven. Men vi gjør det jo litt hele tiden. Som med verdighetsgarantien, med to på rommet. Så

det er en utfordring for kommunen nå, det at det er så mye overbelegg. Da får de jo ikke innfridd rettigheten til enkeltrom. Men hele det her er jo en erkjennelse av at vi må gjøre noen andre grep for å unngå det trykket. Så jeg har sendt en mail til fylkesmannen om ikke vi kan få komme på besøk, og snakke om det her. For nå har vi satt opp noen tiltak som vi tror skal ha en effekt, men det kommer til å ta litt tid før vi klarer det. Og da tenker jeg at det er bedre å ha en dialog med dem (21.november 2012, intervju 2).

I intervjuene med informanter fra de syv kommunene fremstår fylkesmennene som forskjellige med hensyn til hva de vektlegger i sin kommunikasjon med kommunene. En respondent framhevet at egen fylkesmann argumenterte for at kommunene skulle vente med å begynne arbeid i forhold til Samhandlingsreformen og folkehelse til forskriftene var på plass:

I økonomiplanen har vi for eksempel konsentrert oss om Samhandlingsreformen og folkehelse. I begge disse forhold er (samarbeidende) region annerledes enn egen fylkesmann som venter til forskriftene kommer. Fastleggeforskriften for eksempel. Det gjør ikke (samarbeidende) region, der har vi satt i gang arbeid allerede. Kommuner er byråkratiske og dette tar tid, det er ingen grunn til å sitte og vente på forskriftene. Det er prosessene som er viktige å få i gang. Jeg har hatt mulighet til å si til både KS og departementet at jeg mener de er litt på etterskudd i disse prosessene. Vi kan tilpasse oss til veiledere, andre dokumenter og paragrafer også i ettertid (10. januar 2012).

Holdningen kommunen opplevde hos egen fylkesmann var opphavet til at kommunen i stor grad konsentrerte seg om et regionalt samarbeid med kommuner i nabofylket der det ble opplevd at både kommuner og fylkesmann var aktive tidlig i prosessene knyttet til Samhandlingsreformen og iverksetting av folkehelseloven.

Sitatet over peker også på veilederrollen fylkesmannen har overfor kommunene, og at fylkesmenn kan ønske å ha tilstrekkelig

kunnskapsgrunnlag for å samarbeide med kommunene om hvordan lover og forskrifter skal iverksettes. I våre intervjuer er veilederrollen mindre tydelig for kommunale representanter enn den kontrollerende rollen, men den blir likevel nevnt;

Den nye loven gjør nok at vi må dukke ned i hvordan vi organiserer det om vi kanskje skal gjøre det annerledes. Det er koordinatorrollen blant annet, vi kaller det enda leder for ansvarsgruppa, den er jo borte, vi kan ikke finne det igjen i loven. Vi får ikke tatt alt på en gang, men vi vet at den ligger der. Vi er invitert til fylkesmannen i februar. Da skal to av oss fra utvalget i koordinerende enhet inn og få en gjennomgang av lovverket som går spesielt på koordinerende enhet og utfordringer med det, så får vi se litt hva som kommer der. Jeg synes ikke det er styrende, selv så syntes jeg ikke det. Jeg opplever ikke...Jeg synes det er i tråd med det vi ser i kommunene, hvordan jeg opplever det her (18. januar 2012, intervju 1).

Mens denne intervjupersonen vektlegger at de oppfatter seg som å være på linje med fylkesmannen og at det ikke er kontrollerende elementer i kontakten de har med dette nivået, vektlegger en annen at en av årsakene til at de har et godt forhold til fylkesmannen er at utformingen av den relasjonen ikke har noe å si for det økonomiske bildet;

Vi har et veldig godt forhold til fylkesmannsembetet i .... De har ikke noen økonomiske incitamentene. .... har jo ikke det. Verken i fylkeskommunen eller hos fylkesmannen. Mitt inntrykk er at de er veldig gode rådgivere, samarbeidspartnere og stiller opp i forhold til faglige ting (22. februar 2012, intervju 1).

Dette avsnittet viser at kontakten med fylkesmannen kan oppfattes forskjellig. På den ene siden viser sitater fra noen kommuner at fylkesmannen ble oppfattet som å inneha en konserverende og til og med strukturkonservativ holdning. Det kan se ut i vårt materiale at fylkesmannen utøver tilsynet ut fra estimatet som ble utarbeidet om 25 % dekning av sykehjemsplasser for befolkningen over 80 år, og noen kommuner opplever at dette formidles som et normtall mer enn et plantall som var hensikten med det. Tallet

omfatter også HDO-plasser generelt, ikke bare sykehjem (Vabo 2012:116). Når et slikt kontrollregime er iverksatt på flere områder enn overbelegg og enerom, som det ble vist til, vil det være vanskelig for kommuner å endre sine helse- og omsorgstjenester i en mer forebyggende retning – som også kommer til uttrykk i statlige signaler, men som ikke så lett lar seg omsette til tilsynsspråket. På den andre siden oppfatter kommunene at fylkesmannen driver rådgivning og veiledning og at det er mulig å diskutere seg fram til enighet om praktiske løsninger ved å inngå i dialog. Vi vet også fra evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse og Kompetanseløftet at kommunene oppfatter fylkesmannen som rådgivende og veiledende, ikke bare kontrollerende (Myrvold og Helgesen 2009, Tjerbo m.fl. 2012).

#### 4.2.4 Tolkes regelverket likt? Brukere og pårørendes oppfatninger av lovverket

Å motta tjenester er en individuell rettighet, og tjenestene skal oppfylle kravet om «nødvendig helsehjelp» (Lov nr. 31, 24.06.2011). Kriteriene for tildeling er skjønnsbaserte og kommunenes økonomiske situasjon skal tas i betraktning når tjenestene utmåles (Vabo 2012:117). Brukere og pårørende til brukere av omsorgstjenester kan, som vi viste til over, ha store forventninger til hvilke tjenester kommunen kan yte, og de kan ha en helt annen oppfatning av regelverket og de rettighetene lovverket gir enn kommunenes politikere og administrasjon. Flere av våre informanter fra kommunene opplevde disse forventningene som problematiske. Som en politiker uttalte:

Jeg tror nok det at de mange ganger tror de har mer rett enn det de egentlig har. Kommunen strekker seg langt for å legge til rette (14. november 2012).

Det problematiske var imidlertid ikke bare knyttet til at pårørende hadde for store forventninger i forhold til det lovverket faktisk sa, men like mye en frustrasjon over at man som kommune ikke klarte å innfri disse kravene. En politiker illustrerte dette slik;

Det er jo helt åpenbart at folk har krav på enerom, det er det ingen tvil om. Vi er for så vidt ikke uenige om det. Men det er bare det at vi klarer det ikke alltid. Men spesielt når det gjelder oppvekst, så tror jeg det er betydelig uenighet om hva man med rimelighet kan forvente seg (8. november 2012).

Kommunalsjefen for omsorg i kommunen var av samme oppfatning;

..for pårørende er blitt mer bevisst og klager, og det skal de gjøre, i forhold til dobbeltrom. Men det vi ikke er flinke nok til å snakke om det er de andre kulepunktene – som er innholdet i tjenesten. Jeg har hatt møter med pårørende hvor hun bare rev i filler klagen mens vi satt og snakket. For hun sa ”jeg skjønner jo det, det er jo ikke svigerfar som bryr seg om det dobbeltrommet. Det er jeg! Han har det jo veldig bra der han bor nå, med han andre på rommet. Nå sover han bedre. Det er jo ikke han som vil ha den sofaen som vi vil at det skal være plass til”. Skulle ønske meg at vi hadde hatt mer fokus på det enn det med overbelegg (21. november 2012, intervju 2)

Sitatet viser til at dialog kan ha betydning også overfor pårørende som kan levere klager og peke på sine rettigheter uten at dette er satt inn i en kontekst av trivsel og velvære. Enerom kan være positivt, men det viser sitatet at dobbeltrom også kan være. Erfaringer med brukere og pårørende kan også være av en mindre god karakter, for eksempel vises det til i sitatet nedenfor at brukere ikke er villig til å inngå i dialog for å finne minnelige løsninger på egne ønsker om omsorg og at det ble stilt sterke krav til hva kommunen skulle kunne yte på stående fot;

Selvfølgelig kan man diskutere med pasienten, forutsetningene for det. At du kan ikke bare dra hjem (fra institusjon) på fem minutter og forvente at det står hjelp der. Gjør du det får du ikke noen hjelp i morgen tidlig og må ta konsekvensen av det. Men den kommunikasjonen foregår ikke fordi han lar dem vel ikke være i kontakt med seg. Han bare drar og forventer et apparat (22.10.2012).



I dette tilfellet hadde kravet fra brukeren store ringvirkninger innad i helse- og omsorgstjenesten i kommunen og det oppstod konflikter mellom institusjon og hjemmetjeneste.

Kommuner som er små og har lange avstander har ofte også enklere omsorgsoppgaver. Disse kan likevel medføre mye arbeid fordi pleiere må reise langt. Dette førte til at intervjupersonen i en kommune reflekterte noe over at pårørende kan læres til å gjennomføre en prosedyre, for eksempel en sårbehandling, men kom fram til at brukere av tjenester og deres pårørende er ulike mht. hvilke krav de stiller til tjenestene;

Noen skjønner du ikke hvordan har holdt ut og de har aldri meldt behov. ... Og så har de holdt ut i tre år. Så du har den typen. Men så har du jo de som ikke kan knytte opp skolissene for det er kommunens arbeid: Så, nå har jeg gjort det for kommunen (01. juni 2012, intervju 2)

Brukere og pårørende er altså ulike. Mens noen kjenner sine rettigheter og tar det for gitt at kommunen de bor i stiller opp for dem selv eller deres pårørende, er andre mer forsiktige og venter med å melde krav. I et regime der søknader og klage utgjør et viktig element for å få tilgang til tjenester er det kanskje ikke så merkelig at ressurssterke pårørende stiller med uttalelser fra advokat når de leverer sine klager på tjenester de ikke oppfatter som tilstrekkelige (13. desember 2012, intervju 1 og 2). Dermed er det stor sannsynlighet for at det oppstår en situasjon der tjenester ikke fordeles ut fra behov den enkelte måtte ha, men ut fra de ressursene pårørende har og er villig til å bruke i sin kommunikasjon med helse- og omsorgstjenesten.

#### 4.2.5 Nasjonale krav om dokumentasjon

Nasjonale krav om dokumentasjon er sterke. Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) ble iverksatt første gang i 2002, og i 2006 overtok IPLOS for de individbaserte pleie- og omsorgsvariablene i KOSTRA som rapporteringskanal til staten. Kravene til saksbehandling og prosesser stilles tydeligere, og svar på søknader ble oppfattet som enkeltvedtak fra 1984 (lov om helsetjenester i kommunene) og 1991 (lov om sosiale tjenester) (Vabo 2012:109 og 118). Begge disse lovene regulerte tildeling av helse- og omsorgstjenester i kommunene fram til 01.01.2012.

Enkeltvedtak krevde skriftlig saksbehandling, og dette økte kravene til dokumentasjon.

Dette er også den opplevelsen kommunale intervjupersoner rapporterer om: juridiske styringsvirkemidler inneholder i større og større grad krav om dokumentasjon. Dette oppleves som problematisk, først og fremst fordi det er kapasitetskrevenende og går på bekostning av den tiden profesjonsutøverne har til brukerne. I en situasjon med knappe ressurser, som i manges øyne medfører for liten tid til brukeren, oppleves dokumentasjonskravene som noe som konkurrerer med brukerne om profesjonsutøveres oppmerksomhet. En lokalpolitiker som var leder av helse- og omsorgskomiteen uttalte blant annet;

Noe som legger ganske sterke rammer for det vi driver med og det vi bruker penger på, og som er et sentralt signal, er jo krav om dokumentasjon. Som vi bruker masse energi på i omsorgssektoren. Folk dokumenterer jo ned til hver minste bit de gjør. [Det vi har er..] dokumentasjon av løpende aktivitet. Det samles inn en masse informasjon som ingen noensinne kommer til å etterspørre. Men plutselig så trenger man den informasjonen til noe, for en pasient. Og spesielt hvis man får et tilsyn, i en sak, så er man jo helt avhengig av å ha dokumentert ting. For det som ikke er dokumentert, er på en måte ikke gjort. Dette er helt klart krav ovenfra om dokumentasjon, og de påvirker hvordan vi bruker vårt personale, i veldig stor grad. [Får dere signaler fra profesjonsutøverne om at disse dokumentasjonskravene virker tyngende?] Jeg synes jo de er veldig lojale. Hvis fylkeslegen skulle skrive ned alt han gjorde i løpet av en dag, så tror jeg fylkeslegen hadde blitt litt småsprø av det! Men det er jo på en måte sånn de driver, altså. Toalettbesøk, spist, ikke spist, sovet – hvordan, fått medisiner (8. november 2012)

En annen lokalpolitiker delte frustrasjonen;

.. det er etter hvert forferdelig mye rapportering på alle nivåer. Og hva blir alt dette brukt til? (14. november 2012).

En mellomleder med lang erfaring fra sektoren uttrykte sterk frustrasjon over det økende dokumentasjonskravet, og gav eksempler på hvor mye av tiden som nå ble brukt til rapportering, sammenliknet med situasjonen for et par tiår tilbake;

Hvor mye kontroll og dokumentasjon må det være? Når skal vi klare å utøve det vi faktisk er satt til å gjøre i forhold til brukerne? Jeg har jobbet siden 1977 i dette yrket, i forskjellige lederstillinger. På 1990-tallet satt sykepleiesjefen og jeg og jobbet med hjemmetjenesten, da kunne vi gi tjenester. De ringte fra sykehuset og vi satt og ordnet – og de fikk hjelpen ganske fort. Det var en telefon, og så var det en rapport skrevet med en gang. Men nå er det nesten slik at du må spekulere om man skal sette i gang dette tiltaket, ja, vi må ha et lite møte på det, vi må finne ut av ting, og vi må skrive på det før, under og etter, noe vannvittig mye! Og det er det de ansatte blir så stresset og avmektige av, at de skal være så sikker på at det er riktig det de gjør. Så det kan hemme littegranne. Det var mer lettvtint før, hadde mer tid til brukeren. Og det var lurt, for under et hjemmebesøk kunne man da fange opp så mye mer som kunne forebygge eller stoppe neste søknad eller henvendelse som eventuelt ville komme. De fikk tilfredstilt det med en gang. Så vi må tenke over dette i Norges land at vi holder på å dokumentere oss bort fra selve pleien. Dette er nasjonale krav. Og nye program som skal læres, på dataen – og så skal det samsnakkas, og ikke alt [alle datasystemer] er .. likt i alle kommuner. Det er alt dette det dreier seg om, og da glemmes brukeren litt. Oi, oi, oi, ja – det var jo brukeren som skulle ha hjelp! (21. november 2012, intervju 3).

Et av kravene som ble trukket frem som å ta uforholdsmessig mye tid og ressurser er kravet til dokumentasjon i vedtakene kommunen fatter angående tjenestene til enkeltpersoner;

Ja (vi har enkeltvedtak for hver pasient). ... Jeg synes det er hårreisende, den generelle utviklingen rundt akkurat det der. Jeg synes det er helt, helt hårreisende

at staten har pålagt et sånt byråkratisk, juridisk velde. For det fører jo ikke, i hvert fall i svært liten grad, til bedre tjenester til pasientene (22. februar 2012, intervju 3)

Enkeltvedtak og krav om dokumentasjon medfører i mange tilfeller at det settes av personellressurser som kun skal arbeide med grunnlaget for å utarbeide vedtak. Personellressursene kan settes av i henhold til en bestiller-utfører-modell der det etableres en forvaltningsavdeling som fatter alle vedtak og som sentraliserer og standardiserer dem. Det kan også gjøres ved å etablere vedtaksteam eller tverrsektorielle team som har vedtaksfattning som sin hovedoppgave. Slike ordninger medfører at fagutdannet personell brukes inn mot saksbehandling og ikke mot operativ virksomhet, og som sitater over viste, oppfattes det som å trekke ressurser ut av den operative virksomheten. På den andre siden ble det framhevet at dokumentasjonen var et viktig redskap i kommunikasjonen med pårørende. Hvis pårørende klager og har det som oppfattes som urimelige krav til tjenesten kan det henvises til vedtak som er fattet med hjemmel i lov. Dokumentasjonen, både IPLOS og annet, brukes også i relasjonen mellom den operative tjenesten og forvaltningsavdelingen hvis operativt ansatte oppfatter at tjenester til konkrete brukere bør justeres opp eller ned (13. desember 2012, intervju 1 og 2).

#### 4.2.6 Nasjonale juridiske og pedagogiske styringssignaler gir retning: Fra behandling til forebygging – Samhandlingsreformens rolle

Selv om hovedinntrykket fra intervjuene er at lover, forskrifter og pedagogiske styringsvirkemidler faktisk gir kommunene et handlingsrom de kan bruke til å innrette omsorgsektoren etter lokale behov og vurderinger, så opplever mange at virkemidlene til sammen gir signaler om i hvilken retning den kommunale omsorgssektoren bør dreies. Informantene tolker nye styringssignaler i den retning at lokal helse- og omsorgspolitik skal vurderes helhetlig og at flere tjenester må ses i sammenheng, for eksempel rehabilitering og institusjonstjenester. Det er særlig styringsvirkemidlene i Samhandlingsreformen informantene trekker frem her. Som en mellomleder med ansvar for omsorgssektoren uttalte;

Vi må jo forholde oss til de ytre påvirkningsfaktorene, vi må forholde oss til samhandlingsreformen og de nasjonale føringene. Og vi er jo enige i den dreiningen som er i samhandlingsreformen, fra behandling til forebygging (21. november 2012, intervju 3)

Kommunen hadde et prosjekt som skulle utrede fremtidens omsorgssektor, og disse signalene ble brukt til å gi retning for arbeidet. Prosjektlederen uttalte;

[Det er] stort fokus på forebyggende, innenfor for eksempel samhandlingsreformen. Det er mange slike nye styringssignaler som vi mener å se.. (21. november 2012, intervju 1)

Samhandlingsreformen medfører at kommunene må arbeide på bred front når det gjelder samarbeid og samordning internt i kommunen, med andre kommuner og med helseforetaket. Reformen er en retningsreform og vektlegger at kommunene skal skaffe seg muligheter til å forebygge sine sykehusinnleggelse og satse på folkehelse. Dette innebærer også at helse/folkehelse skal bli et ansvar ikke bare for helsesektoren, men for flere kommunale enheter i samarbeid. Interkommunalt samarbeid er vanlig på mange områder, og det eksisterer derfor samarbeidskonstellasjoner som kommunene kan bygge videre på. Dette gjør kommunene mht. legevakt, øyeblikkelig hjelp, samt heldøgns medisinsk akuttberedskap som Samhandlingsreformen har gjort pliktig for dem å etablere. Kommunen skal også tilby utredning, diagnostisering og behandling. Kommuner arbeider med dette blant annet ved å samarbeide om lokalmedisinske sentra.

Samhandlingsreformen har ført til store organisatoriske endringer i kommunene, og flere av våre casekommuner har reorganisert sine tjenester for å møte reformen. Én har etablert en enhet for folkehelse. Enheten samler flere avdelinger som helsestasjon, psykisk helse og ergo- og fysioterapitjenesten. Den siste er samlet i en rehabiliteringsavdeling;

På rehabiliteringsavdelingen har rehabiliteringen i kommunen foregått. Men nå kommer de jo fort hjem, fortore hjem. Så det er det å få til et tett og godt opplegg de 2-3 første ukene i samarbeid. ...

---

sammen med lederne for hjemmetjenesten og virksomhetslederen der hvor vi drøftet hvordan vi kan gjøre hjemmerehabiliteringen bedre. ... det er nytt for oss her (18. januar 2012, intervju 1)

I tillegg til at samarbeidet i avdelingen blir fremmet, er samarbeid med andre avdelinger i avdeling for helse- og velferd satt på agendaen og det er etablert rutiner for hvordan samarbeidet gjennomføres;

Ja altså, vi har et fast møte for virksomhetslederne i Helse og velferd. Vi har en time alene hvor vi på en måte rydder opp i en del, eller tar ting som vi klarer selv da. Men et fast treff en gang i uken. Den påfølgende timen er det sammen med kommunalsjefen. Der er det jo en plan og en styring, alt fra de store linjene til detaljnivå, selvfølgelig. Det er fast (18. januar 2012, intervju 2)

Også flere kommuner arbeider med å legge fast rutiner for intern samhandling, men dette gjøres på ulikt vis, og det følger til en viss grad størrelse.

Det interkommunale samarbeidet blir vurdert som viktig i de små kommunene. Som en virksomhetsleder uttalte;

Det er jo en del føringer, da, i forbindelse med samhandlingsreformen. Vi er jo en liten kommune, det er en utfordring, men vi samarbeider med en stor nabokommune, .. på en del områder. Vi er helt avhengig av en større kommune, i hvert fall, det kan jeg si. Ellers hadde det ikke fungert. I forhold til pålegg sentralt fra, i forhold til koordinerende enhet som man skal ha, man skal ha demensplaner, rehabiliteringsplaner, det her med utskrivingsklare pasienter fra sykehus, pasientkoordinator og helsehus og ...ja. Alt dette som den fører med seg (19. november 2012)

Andre informanter vektlegger også hvor problematisk det er for små kommuner å ivareta de nye oppgavene samhandlingsreformen innebærer, og at små kommuner derfor er helt avhengige av å få til samarbeid med andre kommuner;

Samhandlingsreformen, den er jo ny, det er klart – det er jo veien å gå. Men når man er en liten kommune, så faller det veldig mange oppgaver på et lite personale. Det er mange møteplasser, møter må avlyses fordi de kolliderer med andre osv. Vi er få personer til å drifte det. Vi samarbeider jo med .... også, så det blir møter med dem også. Det vil kanskje avta noe utover, men i en oppstartsrunder så har det vært nødvendig. [Så det er kapasitetskrevenne for en liten kommune?] Ja, for vi har så mange andre oppgaver også. Vi har ikke de stab- og støttefunksjonene som store kommuner har, som gjør merkantile oppgaver (19. november 2012)

Dette sitatet viser at kommunen mente det interkommunale samarbeidet var krevende nettopp fordi kommunen var liten, andre kommuner viser til at liten størrelse krever interkommunalt samarbeid hvis det skal være mulig å tilby tjenester;

Jo altså, det er jo dette med før, under og etter, ... lokalmedisinsk senter. Store kommuner gjør det jo alene. Det er på en måte en enhet som er opprustet i forhold til det som er vanlig kommunalt og som tar en del av de pasientene som ellers hadde blitt liggende på sykehus. Et sånt prosjekt har vi her i regionen (01. juni 2012, intervju 1)

Som tidligere nevnt opplever de fleste av informantene i de syv kommunene at Samhandlingsreformen kombinert med annet regelverk gir klare signaler om at kommunene bør innrette sin omsorgssektor fra behandling til forebygging. Både lokalpolitikere, administrative ledere og profesjonsutøvere/ virksomhetsledere understreket dette, her illustrert av en kommunalsjef for omsorg;

Det vi har mest fremme er kanskje folkehelse og samhandlingsreformen. De har pekt ut retningen ganske tydelig (21. november 2012, intervju 2)

Samtidig ble det pekt på at de signalene som ligger i Samhandlingsreformen ikke er noe som kommunene ikke har jobbet med tidligere. Flere kommuner har arbeidet systematisk med det i lengre tid, men de benytter nå anledningen til å synliggjøre noen tjenester og tiltak mer enn de har gjort tidligere;

Selv om vi som sagt ikke gjør så... vi har nok et større fokus helt garantert på folkehelsearbeid med de nye lovene, men ikke de største endringene siden 01.01 i hvert fall. ... Vi visste at det skulle komme en omorganisering, eller en endring. Altså ordlyden folkehelse er jo selvfølgelig fordi at man ønsket å synliggjøre de nye signalene som kom. Det er ikke noen nye tjenester inn. Vi har jo holdt på med det vi gjør egentlig i lang, lang tid, men det var det å samle de man i hvert fall kjenner til per nå driver primært folkehelsearbeid, og synliggjøre. Jeg sitter som leder i koordinerende enhet. Koordinerende enhet endret vi fordi vi så det også kom nye navn. Før het det habiliterings- rehabiliteringsutvalget, men det har vi hatt nokså lenge, i hvert fall siden 2001, i hvert fall. Men vi hadde det jo før det (18. januar 2012, intervju 1)

Her ser vi altså at de statlige signalene oppleves som bevisstgjørende for kommunen som organisasjon, ved at de nå får konkrete styringssignaler å hekte sitt allerede pågående arbeid på – og på den måten tydeliggjør de også retning for sitt utviklingsarbeid i omsorgssektoren.

Samtidig påpekes det at folkehelseelementet av reformen ikke understøttes av økonomiske incentiver på samme måte som resten av Samhandlingsreformen;

... vi har forholdsvis hyppig tilsyn så vi ønsker på en måte ikke å drive...uansett så vil jeg si at vi gjør alt for å drive lovlig. Vi gjør alt for å gi en god tjeneste og så prøver vi å få så mye tjenester som mulig ut av hver krone. Men det er klart at hvis det hadde gått an å øremerke et beløp som måtte brukes på forebygging og vi hadde fått det i tillegg, så er det ikke tvil om at det hadde skjedd mer i forebygging i kommunen i dag. Og det tror jeg gjelder de aller fleste kommunene (01.juni 2012, intervju 1)

Sitatene viser at kommunene er villige til å gå i den retningen staten vil med å satse på forebygging og folkehelse, men at de kan oppfatte det som problematisk å komme dit med de virkemidlene som følger reformen.



#### 4.2.7 Legger juridiske og pedagogiske styringsvirke- midler føringer på rekruttering og fagkompetanse i kommunene?

Både politikere og ansatte i kommunal administrasjon gir uttrykk for at de ikke opplever at statlige virkemidler legger sterke føringer på hvordan det rekrutteres og bygges opp fagkompetanse i kommunene. For tiden, i forbindelse med Samhandlingsreformen, har politikerne likevel et klart fokus på nødvendigheten av å dreie kompetansen over mot en mer aktiviserende og forebyggende omsorgstjeneste, enn en tradisjonelt pleiende tjeneste. En lokalpolitiker, som også er lege, uttalte;

Omleggingen vi holder på med innebærer at vi må bruke kompetansen vi har på en litt annen måte. Vi tenker nå at vi må bruke fysioterapitjenesten litt annerledes. Fra at de har vært noen på rådhuset som har gitt råd, så tenker vi nå at vi må ha dem enda mer ut i feltet. De må jobbe mye nærmere pleie- og omsorg, slik at den fysio- og ergoterapikompetansen sildrer litt ut i hele organisasjonen. Og vi tenker at vi må jobbe mer flerfaglig (8. november 2012).

Også andre informanter legger vekt på at samhandlingsreformen gir relativt sterke signaler om hvordan kommunene bør rekruttere og bygge opp fagkompetansen sin. På spørsmål om dette svarer en kommunalsjef for omsorg med bakgrunn som profesjonsutøver i sektoren;

Ja, den har det. Vi har opprettet en ny ergoterapi- stilling for eksempel. Vi har søkt mye prosjektmidler, til aktiv omsorg, og har nettopp ansatt en fysioterapeut til det. Nå har vi søkt prosjektmidler på demens. Og demenskoordinator har vi forresten i vår egen drift, men prosjektmidler til kreftkoordinator har vi søkt på (21. november 2012, intervju 2).

Som dette sitatet illustrerer ser vi likevel at de signalene det først og fremst refereres til er *økonomiske* styringsvirkemidler, i form av incentiver, mens det i liten grad refereres til juridiske eller pedagogiske styringsvirkemidler når statlige signaler omtales.

---

Tilsvarende fokus på styrking av fysioterapi/  
ergoterapikompetansen så vi også i andre kommuner;

Vi har nå ansatt en fysioterapeut som har spesialisert seg litt på det med rehabilitering i eget hjem (22. februar 2012, intervju 2).

Samhandlingsreformen medfører endringer i hvilken kompetanse kommunene mener de har behov for. På den ene siden kommer pasientene hjem tidligere og de er ikke ferdigbehandlet, men utskrivingsklare, noe som krever at kommunene har kompetanse på behandling og pleie. På den andre siden medfører den samme situasjonen at kommunene har behov for kompetanse som fronter aktivisering;

[N]å vi ser at samhandlingsreformen slår inn for fullt, i hvert fall i forhold til at pasienter skrives tidligere ut og at det forventes at vi har et apparat til å ta imot dem. Det handler om ergo-fysioterapi, vi må ha tilgang på dem også. Da tror at vi må ruste opp, og vi har et nytt helsetun i sentrum. Vi må sørge for at det både er kapasitet og kompetanse der. Vi må ikke spre det utover, for det vil bli både kostnadskrevenende, og man må fordele kompetansen slik at den ikke blir tilgjengelig hele tiden (21. november 2012, intervju 1)

En annen kommune var opptatt av at den, i forbindelse med Samhandlingsreformen, hadde behov for å ha kompetanse tilstrekkelig til å satse på forebygging;

Vi var opptatt av at pengene skulle brukes i forhold til forebyggende arbeid. ... Vi hadde en grundig diskusjon i budsjettet nå. Vi får jo tildelt et visst antall kroner. Hvor mye tør vi å bruke av det i forhold til hva vi kan få i refusjonskrav fra sykehusene? Der diskuterte formannskapet seg fram til at vi satser i hvert fall på en stilling i forhold til det (22. februar 2012, intervju 1)

I kommunal administrasjon påpekes det at det har vært drevet rekruttering og utvikling av fagkompetanse lenge:

Kommunen har vært litt annerledesland i mange år, egentlig. .... Budsjettet på kompetanse har en grei

størrelse sånn som vi ser det i forhold til antall ansatte vi har og behovene vi har. ... Vi definerer det vi mener er virksomhetens behov først og fremst, hvilken type videreutdanning eller etterutdanning har vi behov for (22. februar 2012, intervju 3)

Kommunen hadde arbeidet en del med strategisk kompetanseplanlegging og som sitatet viser var oppfatningen om hva som var egne behov viktig. På tidspunktet for intervjuet var kommunen i ferd med å tilby medarbeidere å ta videreutdanning. Det var uklart for vedkommende koordinator om kommunen mottok midler fra Regjeringens kompetanseplan, Kompetanseløftet, men det ble resonnert med at trolig kom det noen midler fra fylkesmannen:

Det har ikke jeg noe kjennskap til konkret. Det har vel dryppet noe fra fylkesmannen i ny og ne på enkelte typer utdanninger, men ikke noen store summer. Det meste er løst internt (22. februar 2012, intervju 3)

Når det ble løst internt kunne kommunens helse- og omsorgssektor også føle seg friere mht. hvilke typer utdanninger midlene ble brukt på, samtidig som det ble kikket til hvilke signaler som ble gitt fra stat og fylkesmann.

De aller minste kommunene har utfordringer mht kompetanse som ikke kan løses med verken å kikke til statlige styringssignaler eller vurdere egne behov;

Det er vel å overdrive å si at det går helt greit (å få den kompetansen som trengs). Altså kompetanse, det er jo mye realkompetanse, men likevel, det kan ikke erstatte formalkompetanse (01. juni 2012, intervju 2)

På direkte spørsmål om vedkommende trodde at en sykepleiestilling ville bli besatt hvis den ble lyst ut var svaret:

Vi har slitt med det, så det spørs på språknivå. Norsk sykepleier, ja man vet jo aldri. Det er ikke kjempemange norskspråklige, men de eksisterer jo (01. juni 2012, intervju 2)

Kommunen hadde allerede begynt å ansette sykepleiere som ikke er norskspråklige, og dårlig språk ble oppfattet som et problem i relasjonen med gamle brukere.

Kommuner benytter også implementeringen av Samhandlingsreformen til å gjennomføre en organisasjonsutviklingsprosess. I noen kommuner innebar dette en forholdsvis gjennomgripende endring i retning av flatere struktur, samt å gjennomføre samarbeid med andre instanser, for eksempel høyskoler, om å utvikle kompetanse:

Vi ønsker å være en forskningsarena for (høyskolen) og vi ønsker å dra nytte av kompetanseutviklingsmulighetene som høyskolen kan gi oss (13. april 2012)

Sammen med samarbeidende kommuner er det søkt om midler til en FoU-koordinator som skal delta i dette samarbeidet med kommunens egne FoU-ressurser. Selv om kommunen er veldig klar på hvilken kompetanse den har behov for, er det ikke utarbeidet en kompetanseplan. Det oppfattes heller ikke at det er tradisjonelle kurs og opplæringstiltak kommunen har behov for;

Jeg har ikke oppdaget at vi har en ferdig kompetansekartlegging. Det er noen av de tingene vi skal i gang med gjennom den leder for kompetanseutvikling som vi har lyst ut nå og som vi håper å få besatt. ... skal lede FoU-enheten og skal lede oss litt bredere og litt mer systematisk kompetanseutvikling. Og da ønsker vi å få på plass et kompetansekartleggingsverktøy (13. april 2012)

I andre kommuner kan organisasjonsendringene dreie seg om mindre ting, som for eksempel synliggjøring av tjenester som fremmes av Samhandlingsreformens styringssignaler.

#### 4.2.8 Økonomiske styringsvirkemidler tvinger frem strukturendringer i kommunal omsorgssektor

Strukturendringene i kommunal omsorgssektor ser ut til først og fremst å være en respons på nasjonale økonomiske incentiver og på kommunens økonomiske situasjon. Det finnes prisvridende incentiver i finansieringssystemet som medfører at omsorgsboliger

(HDO-heldøgnsomsorg) prioriteres fremfor institusjonsplasser. Dette gjelder både for opprettelsen av nye plasser, og endring, eller avhjemling, av institusjonsplasser til HDO-plasser. Vårt inntrykk fra de syv kommunene er at kommunene responderer på disse prisvridende incentivene. Som en lokalpolitiker eksplisitt uttalte;

I det store og det hele så er det nok økonomien som styrer de tilbudene som innbyggerne får (14. november 2012)

Dette formidles også av andre informanter;

Intensjonene i Samhandlingsreformen har jo vært klare i styringssignalene, men det er vel heller kommunene som har hatt mer fokus på økonomien. Det har staten ikke ønsket slik som jeg har oppfattet. [Men når de gjør det de har gjort med den refusjonsordningen så burde de jo visst at det ville skape et ganske stort fokus på økonomi?] Ja, det er jo naturlig det. For alle kommuner har jo spurt seg om hvilke parametere eller indikatorer som er brukt som sier noe om beløpet til hver enkelt kommune (22. februar 2012 intervju 2)

Det påpekes også at det er press i tjenestene mot å holde budsjettene og at det er første prioritet;

Det presset som er, er i all hovedsak økonomisk. Fra rådmannens side så er det jo klart at å holde budsjetttrimmen er prioritet nummer en. Skal vi la være å gjøre det må vi ha himla gode argumenter for det. Da handler det faktisk om liv og helse. Så kan vi komme tilbake og si at "dette har vi faktisk gjort, fordi at hvis vi ikke hadde gjort det ville det mennesket faktisk ha dødd" (22. februar 2012, intervju 3)

Budsjettene skal holdes også om kommunene gjør flere oppgaver og sykepleiefaglige prosedyrer nå enn de gjorde tidligere;

Ja, altså det er klart at det økonomiske incentivet ligger klart der for at kommunen skal gjøre mest mulig selv, også behandling. [Men det kan hende dere ikke klarer det allikevel bare.... ] Vi kan jo ikke

trylle. Men en del ting kan vi gjøre og en del ting gjør vi i stadig større grad. For eksempel intravenøs væskebehandling gjøres langt hyppigere nå hjemme hos folk nå enn det vi har gjort tidligere. [Ser du økonomien i det, at dere kan tjene på det?] Ja, jeg ser den, men jeg tar ikke hensyn til den. Men det er jo også til pasientens beste og. Altså, det å gi et par liter væske intravenøst er en enkel greie altså. Man trenger strengt talt ikke å bli lagt inn på sykehus for det, altså. Da kan vi like godt gjøre det hjemme, da. Så er alle happy. Det som er litt av utfordringen er å få legene til å være med på samme tankegangen. Og legene mangler i stor grad kunnskap om hva det kommunale tjenesteapparatet forøvrig er i stand til. Også må de tørre...de må tørre å la være å legge inn på sykehus. Og der er det veldig forskjellig terskel fra doktor til doktor (22. februar 2012, intervju 3)

Akkurat dette med å tørre og ikke legge inn på sykehus er et tveegget sverd. Kommunene selv skal ta det meste av det økonomiske ansvaret for pasientene samtidig som det er innstiftet en avgift kommunene må betale til sykehusene på kroner 4000 per døgn per utskrivningsklare pasient kommunene ikke kan ta i mot (Lov nr. 30, 24.06.2011).

Dette er et tydelig økonomisk incitament som sier at kommunene skal behandle selv så lenge som mulig. I en kommune har dette hatt ikke-intenderte konsekvenser og intervjupersonene framsatte det som en kritikk av rekkefølgen de ulike faktorene i Samhandlingsreformen er iverksatt. Vedkommende argumenterte for at kompetanse burde vært bygget ut i den kommunale organisasjonen før det ble snakk om å behandle mer i kommunen;

Det er en del medisinske utfordringer og problemer som oppstår, så hun (pasienten) blir lagt inn på sykehus igjen og dør. Dette skjer i løpet av 14 timer. Da er hun innom hjemme, legevakt, hjemme, akutt plass og sykehus, fire steder før hun dør, og i løpet av 14 timer. Dette ble en av sakene og det har vært noen flere. Det har vært omfattende klagesaker vi har behandlet og der vi har tatt pårørende på alvor. Og der vi har lagt oss flate og må si at dette er

ikke bra nok. Jeg synes at de sakene har økt på. Og det har igjen med det litt uklare ansvarsforholdet der ting ikke er på plass før man igangsetter en praksis med for eksempel... våre akutt plasser har ikke tilgang på lege. Men de blir oppfattet og benyttet som om de har tilgang på lege før de faktisk har det (22. oktober 2012).

I intervjuene i de syv kommunene sies det at det først og fremst er økonomiske argumenter som ligger bak omstruktureringen fra institusjons- til hjemmebasert omsorg. Dette sies åpent i en kommune når det spørres om det responderes på signaler ovenfra når endringer gjøres fra institusjonstjenester til omsorgsboliger. Her svarte en lokalpolitiker;

[J]eg vil nå si at vi responderer hovedsakelig på våre egne budsjettprosesser. Nå har vi for eksempel akkurat funnet ut at en sykehjemsplass i kommunen koster 800 000 kroner. Mens en HDO-plass koster i underkant av 400 000. Det innebærer at folk bor i en omsorgsbolig hvor det er heldøgns personale tilstede, hvor de teknisk sett er hjemmeboende. Og så har vi funnet ut, vi har regnet ut hvor mye en hjemmetjenestetime koster, og da har vi funnet ut at har man mer enn 20 timer hjemmetjeneste, da lønner det seg å komme på sykehjem. Mens vi for eksempel har funnet ut at veldig mange av de som kommer på sykehjem har mye, mye færre enn 20 timer hjemmetjeneste i uka. De har kanskje sånn 5 timer. Det er et knekkpunkt (8. november 2012)

Dette samsvarer ganske godt med hva Hagen (mfl 2011), regner seg frem til. Sitatet over indikerer at det er en sterk bevissthet om hva som lønner seg, som kan tyde på at det i kommunene er en taktisk bruk av institusjons plasser og HDO-plasser ettersom hva som oppfattes å gagne kommuneøkonomien. På spørsmål om dette vil spille inn i vurderingene av hvordan omsorgssektoren innrettes, svarer samme politiker;

Vi har akkurat fått disse tallene [hvor mye en sykehjemsplass koster versus en HDO-plass]. Vi har bedt om dem, og fått dem akkurat nå, så jeg vet ikke hvor bevisst vi har vært på dem. Men man har vært

veldig bevisst på at HDO er veldig mye billigere enn sykehjemsplasser, og at sykehjemsplasser er noe av det dyreste man kan drive med. [Så dere har villet vekk fra sykehjemsplasser?] Ja, helt klart. Og det drives mye av våre egne budsjetter, det er bare å se på budsjettene og mengden eldre som kommer fremover. Altså, vi kan ikke fortsette å drive sånn som vi har gjort, det er ikke mulig (8. november 2012)

Dette budskapet om økonomi gis også av flere kommunale representanter, om enn i litt annen form;

Altså, hvis dere sammenligner med KOSTRA-tall og forbruk av konkrete ressurser og hvor mange som får hjelp osv, så bruker vi mindre penger enn de fleste kommunene. Vi bruker 88 % hvis vi tenker i snitt, på landsgjennomsnittet. Så vi har ikke noe mer penger enn andre kommuner. [Det virker jo samtidig som om dere har prioritert eldreomsorg og omsorg, men at dere på en måte har funnet deres egen måte å gjøre det på?] Ja. Jeg tror vel det. For vi bruker lite penger på hjemmetjenester for eksempel, men utrolig.....Vi er heldig som har såpass god oversikt her, da. Vi flyter nok en del på det. ... Og når vi snakker om hvordan vi har planlagt, prioritert og fått dialog med politikere hele veien på hvordan vi skal prioritere. Og det har vært veldig gunstig ved valg. Det er uavhengig av hvilken....om det er Høyre, Arbeiderpartiet eller Fremskrittspartiet, så har det vært enighet om profilen på hvilke tjenester vi skal ha (22. februar 2012, intervju 2)

Økonomi er også det enkeltelementet som får legge betingelser for effektivisering i tjenestene. En av kommunene har en egenforståelse som veldig fattig, men det er likevel mulig for den å utvikle både hjemme- og institusjonstjenestene, selv om det noen ganger oppfattes som å strekke strikken så langt som overhodet mulig;

Men det har alltid vært god økonomistyring. Og nøkternhet har preget, og et stabilt politisk landskap over veldig mange år som gjør at vi ikke går på



dunken sånn som nabokommunen der jeg bor. Og dette snakker vi åpent med de ansatte om. Det er ikke noen stor pengesekk å bare øse av. Vi har ikke den luksusen at vi bare kan kaste penger på problem for å løse dem. Hele tiden sånn kritisk holdning til egen praksis. Spørsmålet er da ikke om vi kan løpe raskere, men om vi faktisk kan løpe smartere. Der ligger det. Der er det litt å hente, av og til (22. februar 2012, intervju 3).

Inntrykket fra de syv relativt forskjellige kommunene er at de rene juridiske og pedagogiske virkemidlene blir underordnet de økonomiske virkemidlene. Det kan se ut til at Samhandlingsreformens tydelige fokus på det økonomiske aspektet ved omsorgs- og sykehustjenester kan ha stimulert dette ytterligere. Det kan også virke som om Samhandlingsreformens økonomiske fokus har bidratt til å legitimere at økonomiske argument blir brukt åpent i argumentasjonen om hvordan den kommunale omsorgssektoren skal innrettes. Intervjumaterialet vårt gir også indikasjoner på at økonomiske argumenter blir brukt i vurderinger av tildeling av institusjonsplasser, slik at disse vurderingene ikke utelukkende baserer seg på faglige argument.

Det kan tyde på at kommunene tilpasser seg Samhandlingsreformen på to måter: For det første er det en del kommuner, og vi har støtt på noen av dem, som har utviklet sine hjemmetjenester slik at de er i forkant av reformen. De opplever at reformen kommer etter og lovfester de endringene de selv har gjort i sin pleie- og omsorgssektor i løpet av det siste tiåret. De endrer navn på enheter og flytter på noen funksjoner for å synliggjøre akkurat de funksjonene reformen gir signaler om at skal satses på. For det andre gjennomfører kommuner mer gjennomgripende reorganiseringer for å tilpasse egen tjenesteproduksjon til de signalene de oppfatter at reformen gir. Uansett ser et ut til at den kommunale økonomien får stå i fokus for kommunenes arbeid.

### 4.3 Drøfting av observasjoner i lys av tidligere forskning

Hovedinntrykket som formidles av informantene i de syv kommunene er at de juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene

som omhandler omsorgssektoren er av en karakter som oppleves *mer som normativt førende, enn juridisk bindende*. Slik sett er de i tråd med den tradisjonelle holdningen det statlige nivået har hatt til kommunal eldreomsorg; det er et felt som er vokst frem nedenfra – hvor kommunene har tatt på seg nye oppgaver mer enn å ha fått dem delegert fra overordnet nivå. Denne bottom-up-holdningen er fremdeles synlig i dag, og gjenspeiler seg i informantenes synspunkt – hvor de opplever at handlingsrommet deres til å innrette omsorgssektoren som de ønsker, er stort.

Som også andre studier finner (se for eksempel Indset mfl 2012, Hanssen og Vabo 2012) er det ikke lovverket i seg selv som betraktes som begrensende for det kommunale handlingsrommet, men snarere statens (ved fylkesmannen) og innbyggernes forventninger – kombinert med en trang kommuneøkonomi.

Dermed kan det se ut til at de faktorene som er mest avgjørende for hvordan kommunene nå innretter sin omsorgssektor er derimot de *statlige økonomiske styringsvirkemidlene, kombinert med egen økonomisituasjon*. I den harde avveiningen mellom motstridende hensyn som kommunene hele tiden må ta, så trumfer ofte økonomiske argumenter både intensjonen i de juridiske virkemidlene og faglige argumenter i den lokale prioriteringsdiskusjonen. Observasjonene i denne studien, om at kommunene i større grad responderer på statlige økonomiske incentiv enn juridiske og pedagogiske virkemidler, i sin innretting av omsorgssektoren fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester, er i samsvar med hva andre studier finner (Hanssen og Vabo 2012, Indset mfl 2012). Nasjonalt kommer dette til uttrykk gjennom en endring i virkemiddelbruken som nettopp har medvirket til de kommunale prosessene. Dette inkluderer HDO-plasser. Dette ble det vist til i innledningskapittelet.

Tidligere forskning er ikke entydig i beskrivelsen av de siste 20 årenes utvikling i styringen av den kommunale omsorgssektoren. Som tidligere nevnt fant Difi (2010) at både antall lover, forskrifter, rundskriv, veiledere og planer på omsorgsfeltet hadde økt markant de siste ti årene. På bakgrunn av dette konkluderer rapporten med at kommunene stilles overfor økte forventninger og krav på området, og at deres ansvar og oppgaver er blitt utdypet og tydeliggjort (ibid:44). Samtidig som rapporten konkluderer med at kravene knyttet til kvalitet og forsvarlig utførelse av oppgavene

er blitt skjerpet, understrekes det også at kommunene har stor frihet når det gjelder å prioritere, organisere og tilrettelegge tjenestene overfor ulike grupper av pasienter og tjenestemottakere på helse- og sosialområdet. De endringene som er skjedd i lovverket omtales som i liten grad å ha innskrenket denne friheten (ibid:44). Friheten beskrives som størst på omsorgsfeltet. Også i intervjuene med rådmenn og faglige ledere understrekes det at lovverket gir stort rom for lokalt skjønn (ibid:46).

Annen forskning bidrar til å nyansere dette bildet enda mer, og legger vekt på at man må se nærmere på hvor omfattende tvang som ligger i bruken av disse virkemidlene, og hvorvidt bruken av dem er orientert mot å styre politikken *innhold* og *resultater* eller snarere *prosessen* rundt selve tjenesteproduksjonen (Vabo 2012, Hanssen og Vabo 2012). Vabo (2012) viser at det omfattende lovverket som angir hvilke grunnleggende omsorgstjenester kommunene skal tilby, ikke binder kommunene til bestemte nivåer på tjenestene. I tillegg er mange av forskriftene knyttet til en spesiell type tjenesteinnretning (institusjonsplasser), som kommunene har organisert seg mer og mer bort fra de siste årene (Brevik 2010a,b). Dermed kan kommunene organisere seg bort fra deler av den statlige styringen gjennom juridiske virkemidler – og mange gjør det. Økonomiske styringsvirkemidler har lenge gitt kommunene klare signaler om at vekten skal legges på utvikling av omsorgsboliger og hjemmetjenester, og signaler i et bredt spekter av lover og forskrifter, som den nye helse- og omsorgsloven, folkehelseloven, og de juridiske virkemidlene i samhandlingsreformen, peker på at kommunene må utvikle et variert sett av lokale tilbud om for eksempel øyeblikkelig hjelp og lokalmedisinske tjenester. Slike tilbud er ikke nødvendigvis knyttet til eksistensen av kommunale sykehjemsplasser eller institusjoner, men kan tenkes inn i en større sammenheng der flere kommuner samarbeider om løsninger av ulike typer.

I en situasjon hvor kommunene opplever at både statlige signaler og lokale behov taler for at den kommunale omsorgssektoren må gå – og faktisk går – i en mer aktiviserende og samarbeidende retning, oppleves imidlertid fylkesmannen (fylkelegen) som en konserverende, eller ”strukturkonservativ” kraft. Embetet oppleves som å ha et for stort fokus på institusjonsplasser, fordi dette ut fra et tilsyns- og kontrollperspektiv er enklest å forholde seg til, og oppleves dermed som ikke å ville vedkjenne seg at det

kommunale landskapet er endret. I en slik sammenheng kan fylkesmannens tilsynsrolle bli uklar og signalene embetet sender ut bli vanskelig å håndtere for kommunene, spesielt hvis fylkesmannen fokuserer på elementer ved omsorgssektoren som framsynte kommunale aktører oppfatter som gårdsdagens løsninger. Liknende tendenser ser vi også i andre studier, hvor fylkesmannens fokus kritiseres for å være mer rettet mot dokumentasjon, snarere enn på faktorer som har mer å si for brukeropplevd kvalitet (Indset mfl 2012: 167-8).

Også styringen gjennom finansielle virkemidler har de siste årene blitt mindre som følge av redusert øremerking. Likevel ser vi at disse virkemidlene har fått en revitalisering gjennom Samhandlingsreformen, gjennom økt bruk av økonomiske incentivordninger.

Det finnes også en rekke informasjonsbaserte virkemidler, hvorav en god del forutsetter dialog mellom nivåene.

Selv om dette kapittelet viser at informantene opplever at kommunene har relativt stor handlefrihet til å organisere og innrette tjenestetilbudet i eldreomsorgen som de ønsker, så påvirkes utformingen av den kommunale omsorgssektoren utvilsomt av nasjonale virkemidler – først og fremst ved å gi retning. Gjennom det siste tiåret har nasjonale mål og virkemidler gitt incentiver i retning av å satse på hjemmebasert omsorg heller enn sykehjem (institusjon) (Hanssen og Vabo 2012), og utviklingen bort fra en pleiende omsorgssektor og mot en mer forebyggende omsorgssektor forsterkes ved samhandlingsreformen og den nye Folkehelsesloven. Informanter fra alle de syv kommunene gir uttrykk for at det er i denne retningen nasjonale myndigheter ønsker at den kommunale omsorgssektoren skal gå.

Samtidig ser vi at de ambisiøse nasjonale målsetningene som kommer til uttrykk i de juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene kan oppleves som uoppnåelige å oppfylle for kommunene, og dermed som problematiske. Dette blir også diskutert av Bakken og Disch i en artikkel i Sykepleien i 2010, som særlig ser på kvalitetsforskriften og forskriften om en verdig alderdom (verdighetsgarantien). De mener at det blir et moralsk, politisk og økonomisk problem for staten når alle eldre har krav på «tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne», «mulighet for samvær og sosialt fellesskap og aktivitet», og

«nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkelte». Dette omtales i begge forskriftene. De mener at staten eller kommunene ikke er i nærheten av å ha råd til å sørge for nok personell med høy nok kompetanse – verken til å sørge for en god nok eldreomsorg, eller til å virkeliggjøre drømmene som står nedskrevet i St.meld. 25 (Bakken og Disch 2010). Også Vike (2004, Vike mfl 2003) understreker det problematiske ved å vedta slike uoppnåelige, statlige ambisjoner for kommunale tjenester. For det første bidrar det til et stort, og kanskje urealistisk, forventningspress fra innbyggere, brukere og pårørende. For det andre fører det til en svært utilfredsstillende arbeidssituasjon for profesjonsutøvere i sektoren, som presser sin arbeidskapasitet så langt de kan – noe som kan være en forklaringsfaktor til høyt sykefravær i sektoren (Vike 2004, 2007).

---

## 5 Styringen av sektoren sammenliknet med andre sektorer

### 5.1 Innledning

Undersøkelsen har også hatt som formål å si noe om hvor sterkt statlig styrt kommunale aktører opplever at omsorgssektoren er, sammenliknet med andre sektorer, og hvilke implikasjoner dette får lokalt. Med utgangspunkt i intervjuene i de syv kommunene skal vi her presentere og diskutere følgende:

- Hvor sterk opplever kommunene at den statlige styringen av sektoren er sammenliknet med den statlige styringen av andre sektorer?
- Hva slags konsekvenser får dette for prioriteringen av pleie- og omsorgssektoren sammenliknet med andre sektorer?
- Hvordan påvirker juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler den interne dynamikken i kommunene angående holdninger til og arbeidet med å imøtekomme nasjonalt formulerte målsettinger for sektorene (som formidles gjennom disse styringsvirkemidlene).

### 5.2 Informantenes oppfatninger

I intervjuene ble informantene systematisk spurt om hvor sterk den statlige styringen i omsorgssektoren er sammenliknet med andre sektorer. Informanter som bare hadde erfaring fra omsorgssektoren opplevde at dette var vanskelig for dem å svare på, mens lokalpolitikere og administrativ ledelse i større grad svarte på spørsmålet. De fleste informanter opplevde som tidligere nevnt

ikke at den statlige styringen av omsorgssektoren var uforholdsmessig sterk, men det ble pekt på at Samhandlingsreformen medførte at det ble forskjell i styringen av eldreomsorg og folkehelse. Oppfatningen var at mens reformen medførte mer styring av omsorgen enn tidligere, medførte den ikke styring av folkehelsen. Flere trakk frem at skolesektoren var sterkere statlig styrt enn omsorgssektoren, og mange av disse informantene hadde erfaring fra skolesektoren. Som en lokalpolitiker uttalte;

Det er ikke samsvar mellom signaler som kommer fra sentralt hold når det gjelder fagutvikling og hvordan staten tenker at kommunen skal innrette seg, og de tilsynene vi har fra fylkeslegen. Det ser vi enda mer på oppvekst enn hos oss. Det kommer signaler fra sentralt hold om at vi skal ha mindre spesialundervisning, og mer gruppebasert undervisning, mens alle foreldre som klager på at deres barn ikke får nok individuell spesialundervisning får medhold av fylkeslegen (8. november 2012)

Dette sitatet viser til at klager til fylkesnivå medfører at kommunen må prioritere skole annerledes enn det de selv mener statlige signaler legger til rette for. Nedenfor presenterer vi et sitat som peker på at skole oppfattes som sterkere statlig styrt enn helse og omsorg;

Jeg vil faktisk si at .. det er mer statlig styring når det gjelder skole. Det har litt med hvordan systemene er rigget. Innenfor skole er det en del obligatoriske kartlegginger, en del tester som vi skal gjennomføre, som igjen blir brukt på statlig hold for å sette inn tiltak, og bestemme satsingene fremover. Og du har jo U-dir (utdanningsdirektoratet) som jo er byråkratene i dette, som skal sørge for å omsette politikernes politikk ut i livet. Og det er en stor organisasjon, og de jobber bredt, både med å legge til rette for å gi oss forskning og verktøy, som de forventer blir brukt. I tillegg så har statlige myndigheter skjerpet opp fylkesmannen sitt ansvar og skoleeiers ansvar, så det er en betydelig styring, ja du kan si det er en strammere statlig styring innenfor

skole enn innenfor helse og omsorg. Helse og omsorg kommer kanskje litt etter. Det har jo skjedd en del i det siste, i forhold til samhandlingsreformen, i forhold til folkehelselovgivning, det å få til verdighetsgaranti og sånn. Intensjonen og tankene tror jeg kommer sterkere fremover. Det virker som om det skjer mer nå innenfor denne sektoren, det sier de som er enhetsledere i sektoren. Trøkket øker litt (21. november 2012, intervju 1).

Skole oppfattes altså som sterkt styrt og intervjupersonen mener at helse og omsorg kan komme etter. Også neste sitat peker på at oppvekstsektoren i kommunen kan ha problemer, og det pekes på barnevern som også har vært utsatt for en del statlig styring og til dels overstyring den siste tiden (Myrvold m.fl, 2012).

Klart at vi er ganske styrt, men jeg opplever det ikke som veldig trangt. Det er mange forhold som skal spille inn. Oppvekst har jo sine – det er barnevern og den biten der, og skole og spesialpedagoger. De har sitt å bale med de også. Men om det er noe vanskeligere å forholde seg til det lovverket kontra vårt, det vet jeg faktisk ikke. Har inntrykk at vi holder på med hvert vårt, på det jevne (21. november 2012, intervju 2)

Samtidig kan de se ut til at oppvekst har mer uklare forhold i betydningen av at pårørende eller foreldre blir oppfattet å forvente mer av tjenestene;

Men spesielt når det gjelder oppvekst, så tror jeg det er betydelig uenighet om hva man med rimelighet kan forvente seg (8. november 2012)

En kommune rapporterer om at omsorgsektoren har blitt tildelt 3 millioner ekstra de siste årene, og på sett og vis er blitt skånet i harde budsjettdiskusjoner. På spørsmål om forklaringen på at sektoren er skjermet har noe med statlig styring å gjøre, svarer en mellomleder (rådgiver) for pleie og omsorg;

Ja, jeg vil si at det er litt det, for i forbindelse med folkehelseloven så er det slik at folkehelsekoordinatoren er en funksjon i jobben min. Da er jeg ute og



snakker om hva kommunen skal gjøre. Og da tar jeg inn folkehelse og samhandlingsreformen. Og at vi har dannet en folkehelsegruppe som skal ivareta disse ”skal-greiene”. Så lovverket fremmer vi der vi er. Og de tar det inn over seg. Rådmannen er informert, vi forankrer det i toppledelsen. Jeg tror dette har vært med å påvirke løftet i omsorgssektoren (3 millioner styrking av sektoren). Så vi er jo litt styrt, man kjenner det. [Og dere bruker dette som argument?] Ja, det gjør vi, faktisk. Ja, i hvert fall hvis det er slik at noen kommer oss for nære, og utfordrer vår overbevisning om hva som må til. (21. november 2012, intervju 3).

Likevel mener denne mellomlederen at omsorgssektoren ikke nødvendigvis er mer styrt enn andre sektorer, og her trekkes skole frem som den som er mest statlig styrt:

Ja, skole er jo det. Jeg hører jo det rundt meg, (de sier) at vi kommer ikke unna – vi er nødt til å ha en oppvekstsjef, for det står sånn at vi må ha ... og den må ha... sånn og sånn. (21. november 2012, intervju 3).

Likevel kan det se ut som at de oppgavene innenfor omsorgssektoren som er pålagte er såpass kostnadskrevenende for kommunen at det binder opp en del av handlingsrommet kommunen har til å utforme omsorgssektoren som de ønsker, og også prioritere mellom sektorer som de ønsker. Som en virksomhetsleder illustrerte;

Vi ser det i budsjettarbeidet, at de må prioritere omsorgssektoren mer, fordi de oppgavene vi nå har fått det klarer vi ikke med det vi har per i dag. [Så de pålagte oppgavene er mange? ] Ja, det er de. [Og de krever mye av budsjettet? ] Ja, de gjør det (19. november 2012)

Dette synet understøttes av andre intervjupersoner;

Ja, de (velferdstjenestene) blir prioritert. Og de viktigste tingene vi driver med det er skole og velferdstjenester, og da er det andre ting som

---

kommer litt lengre ned på listen egentlig (22.februar 2012, intervju 1)

Også i en tredje kommune ble det henvist til at omsorgssektoren ble prioritert til fordel for andre sektorer, og på direkte spørsmål ble det svart positivt for skolesektoren (17. desember 2012).

Omsorgssektoren oppleves altså som mindre styrt enn skolesektoren. Hvordan er dette i relasjon til temaer som ligger nærmere omsorgssektoren enn det skole gjør? Samhandlingsreformen har et folkehelseelement som er forholdsvis sterkt artikulert og reguleres gjennom en egen lov. Det understrekes i lovens forarbeider at "helse i alt vi gjør" (healthy public policy) skal være et utgangspunkt for arbeidet med folkehelse (Prop L nr. 29 2010). Dette har kommunene fanget opp og de er opptatt av hvordan folkehelse kan organiseres og prioriteres i relasjon til andre sektorer og til omsorgssektoren spesielt;

Så jeg tenker at det er andre folkehelseutfordringer. Men vi er jo .. vi følger med og vi har noe på gang i forhold til den biten. Så har vi jo også fått det inn i økonomiplanarbeidet at folkehelse er en premisse for alle virksomheter, at det ikke bare blir et helse- og sosialansvar. Men at det faktisk er et fellesansvar vi har i kommunen. Vei, vann, friluftsliv og tekniske tjenester og sånn. Det er nytt for de andre sektorene å skulle forholde seg til helsefaget (13. april 2012)

Vektingen mellom forebygging og pleie i institusjon ble også trukket fram som et tema der forebygging ble nedprioritert til fordel for pleien:

For å kunne jobbe forebyggende med rehabilitering osv så måtte vi ha flere midler til å bygge opp den delen. Vi har jo rehabilitering på sykehjemmet hos oss, men... Det er jo ikke bare rehabilitering. Det har blitt mere sykehjemsplasser. Det å kunne bygge opp en ordentlig rehabiliteringsavdeling, altså sammen med de andre kommunene, og få inn ordentlig med personell der. Altså, det skulle vi gjerne hatt på plass. Men så tør vi ikke sette pengene inn der, for vi er redd for at vi da vil komme på hælene i forhold til de

fakturaene vi får fra sykehusene (22. februar 2012, intervju 1).

Angående forebygging viste en av intervjupersonene til at de hadde måttet prioritere mellom eldre og barn og unge, der barn og unge var taperne:

For vi måtte prioritere, og gi mere ressurser av det vi hadde opp mot voksne eldre. Selv om det er leit og vondt og ta fra barn og unge som er så viktig, men for å møte de utfordringene vi visste kom. Vi vet også at vi ikke får noe mer, i hvert fall ikke i 2012. Så da ble det gjort en omrokering. Da skal vi ha en fysioterapeut som er god på forebygging i voksen/eldre feltet og innen rehabilitering. Det er det vi trenger (18. januar 2012, intervju 1)

På spørsmål om prioritering mellom behandling og forebygging vises det til at forebyggingen kan miste ressurser;

Ytterste konsekvens vil jo kanskje være at man tar en av stillingene som tilhører folkehelse da, for å kompensere andre tjenester. Det er jo faren i hvert fall med de stillingene hvor man jobber mest forebyggende. At man fortsatt får aksept fra politikerne og andre at det er det vi fortsatt skal satse på. Det har vi jo sett i andre kommuner i hvert fall, at det er der man kutter (18. januar 2012, intervju 1)

På direkte spørsmål om det oppleves prioriteringsproblematikk på området utdanning og videreutdanning svares det som følger fra en respondent:

Den sentrale potten på strategisk kompetanseutvikling er der (i kommunen). Det er ikke all verdens i den altså. Vi har brukt litt på lærerne nå i år. Cirka halvparten på lærerne. Nå vil nok noe av denne gå ned.... ikke nødvendigvis på videreutdanning, men andre typer kompetansehevede kurs, prosjektarbeid for de som allerede har en videreutdanning. Det ligger det forsåvidt an til i år (22. februar 2012, intervju 3).

Sitatene som er presentert her indikerer at helse og omsorg prioriteres til fordel for andre sektorer. Våre eksempler er skole, som intervjupersonene trekker fram, og folkehelse og forebygging. Angående folkehelse og forebygging er det tydelig at intervjupersoner tenker seg at det er et område som ikke vil bli prioritert hvis det oppstår knapphet på ressurser.

### 5.3 Drøfting av observasjoner i lys av tidligere forskning

Tidligere forskning har funnet at det er ulike statlige virkemiddelregimer på ulike sektorområder (Reitan et al 2012). I en sammenlikning av naturvern og eldreomsorg viser både juridiske og statsvitenskapelige analyser at naturvern er sterkere statlig styrt enn eldreomsorgsområdet (Stokstad 2012, Reitan m.fl 2012a,b, Hanssen og Vabo 2012, Vabo 2012). I naturvernsektoren, der statsforvaltningen i stor grad kan styre hvilken kompetanse kommunene skal ha til å fatte vedtak, er styringen langt mer hierarkisk enn innenfor eldreomsorgen, der den lovfestede fordelingen av vedtakskompetanse gir kommunene en mer autonom posisjon (Reitan m.fl 2012b). Tilsvarende har statsforvaltningen mer omfattende mulighet til å gripe inn overfor kommunene før de fatter vedtak på naturvernsektoren enn i eldreomsorgen. Samme mønster finner en når det gjelder statsforvaltningens adgang til å avgjøre klager over og omgjøre kommunale vedtak. Innenfor eldreomsorgen finnes det riktignok en tilsynsordning som i noen grad kompenserer for mindre omfattende styring. Men denne undersøkelsen indikerer at tilsynsarbeidet har en klar vektlegging av lovlighetskontroll. Dette finner også andre studier (Stokstad 2012, Reitan m.fl 2012b).

Som flere av informantene i denne studien rapporterer, fører en slik tilsyns- og kontrolltilnærming lett til en strukturkonservativ holdning hos fylkesmennene og et fokus på de områder som er mest detaljstyrt fra statens side (her institusjonsplasser). Flere kommuner opplever dermed at fylkesmannens fokus ikke er i overensstemmelse med de nasjonale signalene om i hvilken retning den kommunale omsorgssektoren bør gå.

Skolesektoren har vært sterkt statlig styrt på innholdssiden gjennom læreplaner og læremål for elever, og mindre styrt på

økonomisiden der kommunene prioriterer skole innenfor de økonomiske rammene de har og øremerkede midler i liten grad har vært brukt. Kommunene har hatt vansker med å ta ansvar på innholdssiden i skolepolitikken og de har akseptert den statlige styringen (Fimreite 1998, Helgesen 2000).

Det at det eksisterer ulike statlige styringsregimer innebærer at man både må se på de generelle reglene i forvaltningsloven og kommuneloven og på de enkelte særlovene for å si noe om forholdet mellom nasjonal og lokal styring fra et juridisk perspektiv. Til sammen fremtrer det et komplekst og ikke alltid like entydig bilde av graden av over- og underordning. I tillegg viser statsvitenskapelige studier at hvordan kommunene faktisk opplever denne statlige styringen, og hvor førende den er for deres prioriteringer og beslutninger, varierer både mellom sektorområder og fra kommune til kommune (og mellom aktører innad i en kommune) (Hanssen og Vabo 2012).

I Difis rapport om statlig styring av kommunene (2010:4, 44-48) understreket intervjuede rådmenn og faglige ledere at regelverket på helse- og sosialområdet gav stort rom for lokalt skjønn. En av de faglige lederne mente at mulighetene for å utvikle lokalt tilpassede tilbud var større i pleie- og omsorgssektoren enn på andre områder i kommunen (ibid:46). Men rådmennene mente at de nye kravene i omsorgssektoren ikke kunne etterleves innenfor de økonomiske rammene de hadde, uten at det gikk ut over andre sektorer – som for eksempel skole.

## 5.4 Implikasjoner for prioritering av helse og omsorg

Kommunale intervjupersoner representerer i stor grad helse- og omsorgssektoren og oppfatter det som problematisk å sammenligne seg med andre sektorer mht. prioritering. Likevel er det kommet noen svar som tyder på at omsorgssektoren oppfattes som mindre statlig styrt enn andre sektorer og at representanter for kommunene oppfatter at de har et rimelig greit handlingsrom for å utforme tjenestene og tilpasse dem til lokale forhold.

Området som tydeligst framstår som en konkurrent til omsorgssektoren i spørsmålet om økonomisk prioritering er folkehelse og forebygging. Det kommer fram av intervjuene at

kommunene fanger opp signalene om en helhetlig folkehelsepolitikk og at helse i alt vi gjør framstår som et budskap som når inn til kommunale beslutningstakere. De peker på at koblingen mellom helsesektoren og teknisk etat er et arbeid de har begynt på, og selv om teknisk etat kan synes det er problematisk å forholde seg til helsespørsmål finnes det noen koblinger som kommunen kan få fram uten at samarbeidet mellom sektorene behøver å være veldig konkret. Dette er tydelig i eksempelet om stroing som blir ansett for å være noe av det mest forebyggende en kommune kan gjennomføre for å hindre sykehusinnleggelser.

Politikk som skal fange flere sektorer og som har merkelappen ”helhetlig” lever likevel et usikkert liv i kontrollens og tilsynets tidsalder. Dette fordi helhetlig politikk i sin karakter er lite konkret og ikke kan rettighetsfestes som en individuell plan eller et enerom på sykehjem. Noen aspekter som knytter an til rehabilitering er det mulig å rettighetsfeste, men som et av sitatene viste faller antageligvis også dette for kravet om behandling og pleie, når ressursene blir knappe. Forebygging, som skal skje før sykdom opptrer, vil være enda mer flyktig og lite håndgripelig i regimet av kontroll og tilsyn og med stor sannsynlighet medføre at forebyggingsarbeidet må vike til fordel for de konkrete målepunktene som er etablert. Det er presentert et par sitater i kapittel fire som viser at enkelte kommuner oppfattet fylkesmannen som å innta en konserverende rolle i sitt tilsyn. Fylkesmannen prioriterte tilsyn på enerom og overbelegg på sykehjem, og på om vedtakene var korrekt utformet, men ikke på fagutvikling eller innholdet i tjenestene, eller på det kommunene oppfattet som god bruk av økonomiske midler tilpasset til egen situasjon. I enkelte kommuner ble fylkesmannens argumenter brukt strategisk i kommunale debatter.

Fylkesmannen ble også oppfattet som å være lite i forkant av aktuell politikk. Dette dreide seg om folkehelse, der en kommune var blitt oppfordret til å vente med å utvikle politikk og implementere tiltak til forskriften var kommet. I denne kommunen var folkehelse et allerede gjennomarbeidet tema, og det ble reagert på fylkesmannens holdning. Holdningen kan ses i lys av at folkehelse har vært et satsningsområde i relasjonen mellom mange fylkeskommuner og kommunene innenfor deres grenser siden 2004 da det ble satt i gang et arbeid med partnerskap for folkehelse (Helgesen og Hofstad 2012). Riktignok har dette vært frivillig for

kommunene å delta i, men det kan framstå som om fylkesmannen ikke kjenner til det.

På denne måten styrer staten politikken i sektororientert og individuell retning, og kommunene må prioritere de aspektene ved politikken som fylkesmannen velger å ta opp i sine kontroller og tilsyn. Dette tydeliggjør motsetningsfylte signaler i statlig politikk. På den ene siden fremmes helhetsperspektivet og kommunene blir bedt om å se flere politikkkfelt i sammenheng. På den andre siden er kontroll- og tilsynsregimene bygget opp rundt sektorpolitikken og gjerne de individuelle rettighetene som er målbare og enkle å omsette til tilsynspråket.

Det kommer fram i sitatene i kapittel fire at de tema fylkesmennene velger å fokusere i sin kontroll- og tilsynsvirksomhet varierer. Noen respondenter opplevde at vedtak var viktig i kontrollene, mens andre opplevde at enkeltrom og overbelegg var viktig. Variasjonen framstår innenfor en og samme sektor, og vil medføre at den kommunale politikken i sektoren vil variere som en respons på dette. Fylkesmannens kontroll og tilsyn kan dermed antas å legge rammer for dynamikken i den kommunale prioriteringsdebatten. Sitatet over, i dette avsnittet, viser til at lokale beslutningsfattere brukte fylkemannens argumenter for å få tilslutning for sitt syn, et syn som ble framstilt som å stå i motstrid til andre argumenter som fokuserte tjenestenes innhold og fagutvikling. I kommunen som hadde opplevd tilsyn på vedtak var også vedtaksprosessen prioritert, og den ble antatt å trekke ressurser ut av tjenesteproduksjonen.

Juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler kan dermed antas å påvirke kommunenes prioritering på to måter. For det første via de signalene kommunene selv fanger opp, som i vårt materiale framstår som å være forholdsvis mange, selv om inntrykket også er at de forholder seg ganske fritt til dem. For det andre via fylkesmannens kontroll og tilsyn. Disse to måtene er ikke nødvendigvis i samsvar med hverandre.

## 6 Spiller organisatoriske forhold inn for hvordan kommunene ivaretar nasjonale målsetninger og prioriterer omsorgssektoren?

### 6.1 Innledning

Vi vil i dette kapittelet diskutere mer inngående;

- Hvorvidt, og eventuelt hvordan, organisatoriske forhold spiller inn for kommunenes prioritering av og i omsorgssektoren og for hvordan de ivaretar nasjonale målsetninger.

Dette vil gjøres ved å bygge på intervjumaterialet og observasjoner som er kommet frem i tidligere kapitler, samt å ta i bruk kvantitative data fra nasjonale databaser (KOSTRA, KRDs organisasjonsdatabase).

Det er gjort mange kvantitative studier av hvilke forhold som spiller inn for prioritering, kvalitet og ressursbruk i omsorgssektoren (Hagen m.fl 2011, Hermansen 2009). I disse studiene går det frem at kommunestørrelse, kommuneøkonomi (særlig andel frie inntekter), befolkningsstruktur (andel eldre vs. yngre), sosiale variabler som gift/ugift/enkemann etc. spiller inn. Få kvantitative studier har imidlertid studert hvordan *kommunal organisering* og politisk styring i kommunene (politisk farge) spiller inn her. Det finnes imidlertid mer generelle kvalitative studier av New Public Management-reformer i den norske kommunesektoren, som finner at reformer som tonivåorganisering og



fristilte resultatenheter har svekket politikernes kunnskapsgrunnlag (Stigen og Vabo 2001, Kjersem og Aarseth 2009, Torsteinsen 2006, Blåka mfl 2012), fører til mindre nasjonal styring gjennom pedagogiske uformelle normer (Tranvik og Fimreite 2006), og fører til en fragmentering av tjenesteutøvingen (Vabø 2007, 2012). New Public Management-reformer har også ført med seg en større vektlegging av mål- og resultatstyring, balansert målstyring og kvalitetsindikatorer etc. i kommunene (Askim 2007). Vi er her interessert i å se på om vi kan spore noen effekter av New Public Management-organisasjonsformer og praksiser på ressursbruk, innretning og praksis i den kommunale omsorgssektoren. Vi vil diskutere dette på bakgrunn av funn fra både den kvalitative studien og fra en kvantitativ undersøkelse (omtales under).

## 6.2 Om den kvantitative undersøkelsen – nasjonal statistikk

I tillegg til å bruke de allerede presenterte dataene fra casestudien i de syv kommunene, vil vi i dette kapittelet også bygge på kvantitative data hentet fra flere offentlige databaser. Spørsmålene i kapittelet vil bli belyst ved å analysere KOSTRA-data, som også inneholder en del offentliggjorte tall fra IPLOS (aggregert til kommunenivå). Intensjonen med studien var i tillegg å bruke IPLOS-data på individnivå, men etter søknad til Regional etisk komité fikk vi avslag på tilgang til IPLOS-data på individnivå. Vi har satt sammen variabler fra KOSTRA om pleie- og omsorgstjenester med variabler fra KRDs organisasjonsdatabase (2008) – for å finne om det er noen sammenheng mellom organisasjonsvariabler og prioritering av og i omsorgssektoren.

- Flere andre studier har analysert disse dataene (Hagen m.fl 2011, Hermansen 2009) og funnet variasjon for eksempel i ressursbruk i pleie- og omsorgstjenestene etter andel innbyggere i aldersgruppen 67-79 år, 80-89 år og 90 år og oppover, reiseavstander i kommunen, andel psykisk utviklingshemmede over 16 år og ikke-gifte 67 år og over (Hagen m.fl 2011:45). Vi ønsker å se nærmere på om og eventuelt hvordan *organiseringssform* gir seg utslag i omsorgstilbudet i kommunene, noe som ikke i så stor grad er blitt studert kvantitativt tidligere. Vi ønsker derfor å legge til organisasjonsvariabler i analysene, for å se om dette

forklarer variasjonen (politisk/adm/flat struktur). Her baserer vi oss på KRDs organisasjonsdatabase (fra 2008, i og med at tallene fra 2012 ikke var publisert når analysene ble gjennomført). I tillegg er vi interessert i å undersøke om *politisk farge* spiller inn, forstått som variasjon etter hvilket politiske parti som styrer kommunen. Her bygger vi på data fra SSB, om hvilken politisk tilhørighet ordfører og varaordfører har. Bakgrunnsvariabler som omhandler økonomisk situasjon, befolkningsstruktur etc. som tidligere er blitt påvist har effekt, vil bli kontrollert for i analysene.

### 6.3 Finner vi variasjon etter organisasjonsvariabler i nasjonal statistikk?

En måte å studere hvorvidt kommunene opplever den statlige bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler innenfor omsorgssektoren som styrende for sin virksomhet er å se hvordan kommunene oppfyller noen av de eksplisitte uttrykte *nasjonale målsetninger* som finnes. Dette er imidlertid ikke bindende statlige normer eller minstekrav, og kommunene har frihet til selv å velge om de ønsker å oppfylle disse målsetningene.

#### 6.3.1 Hva påvirker generell prioritering av omsorgssektoren?

Andre studier finner at prioriteringen og ressursbruken i pleie- og omsorgssektoren i kommunene varierer etter strukturelle variabler som kommunens størrelse, bosettingsmønster, alderssammensetning (særlig andel innbyggere i aldersgruppen 67-79 år, 80-89 år og 90 år og oppover), reiseavstander i kommunen, andel psykisk utviklingshemmede over 16 år og ikke-gifte 67 år og over (Borgeutvalget i NOU 2005:18, se Hagen m.fl 2011:45). Hagen m.fl (2011:54) finner at økning i andelen i den yngste aldersgruppen drar ned utgiftene i PLO-sektoren, antagelig på grunn av utgifter til skole og barnehager. Økte andeler i de eldste aldersgruppene medfører at utgiftsnivået i PLO øker, og det gjør også andel enker/enkemenn og døde. Folketall har en negativ effekt på utgiftsnivået, forstått som stordriftsfordel. Høy eldreandel medfører også press både mot tilbudet til yngre brukere (yngre enn 80 år), og i retning av et hjemmebasert tilbud til den eldste aldersgruppen (Hagen m.fl 2011:64). Økende andel enslige eldre

gir høyere andel mottakere av både hjemmetjenester og institusjonsplasser i den eldste gruppen. Hagen m.fl (2011) finner også at kommunens inntekter har signifikante effekter.

Når det gjelder kommunal organisering er hypotesene knyttet til reformer som *flat struktur* og *resultatenheter*, som andre studier (Fimreite mfl 2007) hevder fjerner sektorforkjemperne (tidligere fagsjefer) fra kommuneledelsen – og at sektorene derfor ikke i like stor grad forsvares i den harde prioriteringskampen i ledelsen – og vil tape for mer lovregulerte tjenester. Dette er spesielt aktuelt på bakgrunn av at våre kvalitative data indikerer at informantene i kommunene ikke opplever pleie- og omsorgssektoren som spesielt sterkt statlig styrt. Når vi undersøker hvordan dette henger sammen ved å koble KOSTRA-dataene med KRDs organisasjonsdatabase, så svekker våre funn tesen til Fimreite (mfl 2007) om at når fagsjefene forsvinner så forsvinner sektorforkjemperne i ledelsen, og da nedprioriteres sektoren. Variabelen netto driftsutgifter i PLO i prosent av kommunens totale driftsutgifter, sier mye om kommunens prioritering av PLO. Denne variabelen påvirkes, som mange andre studier finner (Hagen m.fl 2011, Hermansen 2009), av kommunens inntekter og befolknings-sammensetning. I våre analyser har vi i tillegg kontrollert for organisasjonsvariabler. Her finner vi en effekt av om kommunene har kommunalsjefer/kommunaldirektører eller ei, en variabel som indikerer at kommunene har en relativt flat organisasjonsstruktur. I regresjonsanalysen finner vi en negativ, signifikant effekt av å ikke ha kommunaldirektører på netto driftsutgifter i PLO i prosent av kommunens totale driftsutgifter. Vi finner tilsvarende negativ, signifikant effekt av denne variabelen på netto driftsutgifter til PLO i kr pr innbygger. Dette styrker inntrykket av at det å ha kommunaldirektører fører til at pleie- og omsorgssektoren blir prioritert i den kommunale kampen om ressurser. Disse funnene kan kanskje være en indikasjon på at kommunaldirektører etter hvert har overtatt den tradisjonelle fagsjefens rolle som sektorforkjemper i den interne prioriteringskampen i kommunene.

### 6.3.2 Dekningsgrad i heldøgns pleie og omsorg på 25 prosent av innbyggerne over 80 år

I Stortingsmelding 50 (1996-1997) påpekes det at dekningsgraden for heldøgns omsorgstilbud bør være 25 prosent av antall innbyggere 80 år og over: ”Det er de nærmeste årene lagt til grunn et

*behov for plasser med heldøgns pleie og omsorg i egnet bolig tilsvarende om lag 25 prosent av befolkningen 80 år og eldre.” Det var ment at målsettingen skulle oppnås dels ved tilbud om opphold i institusjon, dels ved at det i omsorgsboliger skulle tildeles hjemmetjenester etter behov og om nødvendig hjemmetjenester hele døgnet. Dette ble gjentatt i Stortingsmelding 31 (2001-2002). Målet for handlingsplanen var da: ” at alle kommuner som har søkt om det, gjennom handlingsplanen skal få mulighet til å bygge opp et tilbud om heldøgns pleie og omsorg svarende til 25 prosent av befolkningen over 80 år, enten dette gis i sykehjem, aldershjem eller omsorgsbolig.” En dekningsgrad på 25 prosent av de over 80 år er tenkt å ligge så mye over det reelle behovet for denne gruppen at det også er kapasitet til å dekke heldøgns omsorg for de under 80 år. KOSTRAtall for 2007 og 2011 viser en økning i dekningsgrad for innbyggere 80 år og over.*

(<http://www.ssb.no/emner/00/01/20/valgaktuelt/>)

KOSTRAtall fra 2010 viser at heldøgnsstilbud i pleie og omsorg for eldre ikke endres stort, men ligger på 19 prosent ([http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik\\_lever\\_vi/art-2011-04-13-01.html](http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2011-04-13-01.html)), men at innretningen endrer seg. Det kommer noen nye plasser i institusjon, plasser i aldershjem går ned, og det er boliger med heldøgnsbemanning som øker mest (5 % økning fra 2009-2010<sup>5</sup>). Den endrede innretningen gjenspeiler seg i kommunene, ved at kommunene har svært ulike omsorgsprofiler (institusjonsbasert versus hjemmebasert). I 2011 varierte dekningsgraden stort mellom kommunene når det gjelder ”plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år og over”, mellom 88,9 prosent i Bykle kommune til 4,3 prosent i Re kommune. Intervjuer i Re kommune viser at det har vært en bevisst strategi å vri tjenestetilbudet fra institusjonsplasser til omsorgsboliger og hjemmetjenester (Hanssen og Vabo 2012), en strategi flere av kommunene i denne undersøkelsen også har.

Hva forklarer kommunens ulike omsorgsprofiler – altså innretningen eller sammensetning av tjenester? Mye kan forklares av kommunenes inntektsnivå (Hagen m.fl 2011:62-63). Hermansen (2009:109-110) undersøker om politisk farge har effekt for kommunenes omsorgsprofil, men analysen hans avdekker ikke klare politiske forskjeller mellom norske kommuner når det gjelder prioritering mellom institusjonsbasert eller hjemmebasert omsorg.

<sup>5</sup> [http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik\\_lever\\_vi/art-2011-04-13-01.html](http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2011-04-13-01.html)

Har så organisatoriske variabler og ulike New Public Management-inspirerte praksiser innvirkning på dekningsgrader på institusjon for 80+ eller om denne gruppen får hjemmetjenester? I våre analyser finner vi ikke noen signifikante effekter av organisatoriske variabler, men vi finner en effekt av om kommunene har innført BMS (Balansert målstyring)/ resultatledelse hvor brukertilfredshet, medarbeidere og interne prosesser vurderes i tillegg til økonomiske forhold. Denne variabelen har en negativ, signifikant effekt for andel hjemmetjenestemottakere med omfattende bistandsbehov som er 80 år og over. Dette kan tolkes som at den eldste gruppen med omfattende bistandsbehov i større grad blir ivaretatt på institusjon i slike kommuner, noe som kan forklares med at et slikt system (BMS) er bedre til å fange opp brukernes tilfredshet og preferanser (fortrinnsvis for institusjonstjenester).

### 6.3.3 Enerom

Både kvalitetsforskriften<sup>6</sup> og verdighetsgarantien<sup>7</sup> gir uttrykk for et nasjonalt mål om at beboere i PLO institusjoner bør tilbys enerom. I hvor stor grad ivaretas denne nasjonale målsetningen i kommunene? I KOSTRA-dataene fra 2011 har variabelen ”Andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner” en variasjonsbredde fra 50 % (Synd og Fedje) til 100 % (264 kommuner oppgir dette). Bare 9 kommuner er under 60 %. Når det gjelder variabelen ” Andel plasser i brukertilpasset enerom med eget bad/wc” var hele 74 (17 %) kommuner under 60 prosent, variasjonsbredde fra 2,10 % (Søndre Land) til 100 % (171 kommuner).

Helse- og omsorgsdepartementet benytter variabelen ”andel rom for en beboer i institusjoner for eldre og funksjonshemmede” fra SSB på nasjonalt nivå <http://www.ssb.no/pleie/tab-2012-07-04-01.html>. Variabelen som helse- og omsorgsdepartementet benytter viser andre resultater. Beregninger med variabelen HOD benytter viser 278 kommuner med 100 pst. eneromsdekning. Ingen er da under 60 pst.

Hagen m.fl (2011:72-76) finner i sine kvantitative studier at når det gjelder KOSTRAvariablene enerom og brukertilpassede enerom finner de at effekten av variabelen kommunale inntekter per capita

<sup>6</sup> 2003.06.27 nr 0792: (HOD) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene) og verdighetsgarantien

<sup>7</sup> 2010.11.12 nr 1426: (HOD) Forskrift om en verdig eldreomsorg

er positiv. Dette tolkes som at høyere kommunale inntekter er assosiert med bedre kvalitet på PLO-tjenestene. En større andel 80+ assosieres med større andel enerom, og større andel ansatte med fagutdanning.

### 6.3.4 Fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem

Rundskriv I-5/2007 Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud viser til St.meld. nr. 25 (2005-2006) *Mestring, mening og mangfold* hvor regjeringen legger opp til ”Aktiv omsorg” som en hovedstrategi for framtidens omsorgstjenester. Rundskrivet peker på at en slik strategi vil kreve større faglig bredde i omsorgssektoren med flere faggrupper og økt vekt på kulturtiltak, sosialpedagogikk, ergoterapi, fysioterapi og sosialt arbeid. I KOSTRA finnes det en variabel som viser hvor mange fysioterapitimer per uke hver beboer i sykehjem i kommunen får i snitt.

KOSTRA-tall for 2011 viser at landsgjennomsnittet for fysioterapitimer pr uke pr beboer i sykehjem er 0,3268 (2011). Hva er det så som forklarer variasjon i hvor mye fysioterapitimer kommunene tilbyr beboerne i sykehjem? Hagen m.fl (2011:72-76) finner i sine kvantitative studier at kommunale inntekter ikke påvirker omfanget av fysioterapitimer, men at andelen av befolkning som er 80+ gjør det – i negativ retning.

I våre analyser finner vi ingen signifikante effekter av noen organisasjonsvariabler på KOSTRA-variabelen fysioterapitimer pr beboer i sykehjem (VAR 052).

### 6.3.5 Individuell plan

Kommunens plikt til å utarbeide individuell plan og tilby koordinator er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1 og 7-2, mens retten til individuell plan er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Oppnevning av koordinator er ikke regulert som en rettighet, verken i helse- og omsorgstjenesteloven eller i pasient- og brukerrettighetsloven (brev fra HOD til landets fylkesmenn mars 2012).

Individuell plan er nedfelt i to forskrifter; FOR-2011-12-16-1256 tilhørende Helse- og omsorgsdepartementet og FOR 2010-11-19-1462 tilhørende Arbeidsdepartementet. Vi refererer her til den første som peker på at pasienter med behov for langvarige og

koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette er også nedfelt i pasient- og brukerettighetslovens § 2-5. Kommunen har det overordnede ansvaret for å utarbeide individuelle planer når også spesialisthelsetjenesten er involvert i tjenestene pasienten mottar.

Spiller så organisatoriske variabler inn for hvordan kommunene ivaretar dette kravet? Når det gjelder KOSTRA-variabelen *andel brukere med individuell plan*, så finner vi at det å ha *flere ledernivåer mellom rådmannen og utøvende virksomhet*, altså en mer hierarkisk modell – har en negativ, signifikant effekt på andel brukere med individuell plan (eksklusiv beboere i institusjon). Dette kan kanskje forklares med at i en slik ledelsesmodell er samordning allerede sikret, og behovet for individuell plan som en samordningsmekanisme er ikke like stort.

Våre analyser kan tyde på praksisen med at kommuner har *politiske vedtatte kvalitetskrav* spiller inn på andel brukere som har individuell plan. Denne variabelen ser ut til å ha en negativ, signifikant effekt på *andel brukere med individuell plan*. Dette kan muligens fortolkes med at eksplisitt, uttrykte politiske kvalitetskrav til tjenestene virker samordnende for tjenestetilbudene rundt den enkelte bruker, og at kommunen opplever at de ikke har så stort behov for individuell plan som en samordnende mekanisme.

### 6.3.6 Oppsummering

Av denne gjennomgangen kan det se ut som at organisatoriske faktorer ikke har så sterke signifikante effekter på prioriteringen av omsorgssektoren i kommunene, eller på hvordan kommunene oppfyller konkrete nasjonale normer. Det er likevel en tendens til at hvordan ledernivået er organisert har en viss signifikant effekt, og disse funnene vil bli videre belyst med data fra den kvalitative studien.

## 6.4 Den kvalitative studien – hvordan mener våre informanter at organisatoriske forhold spiller inn for hvordan kommunene ivaretar nasjonale normer og prioriterer omsorgssektoren?

### 6.4.1 Flat struktur – ivaretar den de organisatoriske behovene en mer forebyggende omsorgssektor vil ha?

I intervjuene våre går det frem at hvordan ledernivået er organisert har mye å si for kommunens evne til å sikre en helhetlig og forebyggende omsorgssektor. De fleste kommuner har valgt å organisere seg med en eller annen form for flat struktur, som er svært vanlig i dag (Blåka m.fl, 2012). Denne organiseringen innebærer som oftest et nivå med svært mange enheter/ virksomheter på samme nivå, med et rådmannsnivå (ofte inkludert kommunalsjefer) over.

I våre intervjukommuner blir det pekt på at dette ikke lenger er en tjenlig modell for kommunal organisering og helse- og omsorgstjenester. Det ble i flere intervjuer lagt vekt på at dreiningen fra en tradisjonelt behandlende omsorgssektor mot en mer helhetlig, forebyggende omsorgstenkning krever at man har et ledernivå som evner, og har myndighet til, å se på tvers av virksomheter, og gjerne på tvers av ulike sektorer også. Dermed ble kommunal-direktør-modellen pekt på som en god modell, fordi en flat modell ikke kan sikre at tjenester ses på tvers. En kommune som hadde en versjon med rådmann, rådgiver for helse og omsorg og 20 enheter totalt (alle sektorer), opplevde at dette ikke var en hensiktsmessig organisering for å sikre en helhetlig omsorgssektor. Rådgiveren for helse og omsorg uttalte;

Vi har tonivåmodell - rådmannen og noen og 20 enheter som rådmannen skal holde styr på. Vi har færre enheter i omsorg enn innenfor skole og barnehage. ... jeg (som rådgiver) kan ikke ta de store grepene og si – 'du må', da må jeg ha rådmannens velsignelse. Hun (rådmannen).. ønsker kommunalsjefer. Jeg tror også på at det er en som



holder.. sikrer samarbeid på tvers av helse og omsorgssektoren. For når man jobber tett på og får inn kravene, og at man da som kommunalsjef kan gå fra en enhet til den andre og si hva som er lurt. Og som kan styre dem om de ikke blir enige, for alle skjærer jo om sin egen enhet. Når man skal holde budsjettene så ser man jo at det er noen ulogiske grep som er tatt tidligere – det er små ting, men det betyr så mye. Jeg er med å påvirke dette som rådgiver. Men som kommunalsjef så har man fullt ansvar, og kan ta grepene. Som ser helheten på tvers av enhetene? Ja, jeg mener absolutt det. Det blir ikke så lang tjenestevei. Det er jo ikke lang tjenestevei nå heller, men rådmannen skal fordele seg på så mange felt at derfor blir det langt likevel. Og så klarer rådmannen ikke se helheten. Han er ikke fagperson og kjenner ikke denne butikken, vet du. Så det blir å begynne på nytt hver gang og informere og informere.. Mens en kommunalsjef som har dette inn under huden, .. og kan stammespråket. (21. november 2012, intervju 3).

I intervjuene i denne studien går det frem at mange av kommunene har opplevd organiseringen i mange resultatenheter som fragmentert, og har innført mer sentralisering av sektorer (knippe virksomheter som er relatert til omsorgssektor sammen, under en rådgiver/ koordinator). Som en kommunalsjef uttalte;

I helse- og omsorg har vi sentralisert forvaltningen, men det er ikke gjort i oppvekst (21. november 2012).

Jeg tenker at det er en utfordring. Med en gang du setter noen organisatoriske grenser så blir det noe samhandling som blir litt vanskelig. Og der tenker jeg at vi har en utfordring i kommunen i forhold til det at tjenestene er organisert ut fra funksjon og ikke ut fra produksjonslinje eller tjenestekjede. Hvis man tenker Samhandlingsreformen. Der er det vel faget som styrer i forhold til valg av hvordan man organiserer seg i større grad enn et genuint brukerfokus. Og så tror jeg man kan klare å yte gode

og sømløse tjenester uansett hvordan vi velger å organisere oss. Men det er klart at Samhandlingsreformen er et incitament til å tenke gjennom hvordan vi er organisert og vi er i en organisasjonsutviklingsprosess nå, for å se på det. ... Totalt sett altså 300-400 ansatte og syv avdelingsledere under virksomhetslederne igjen, et enormt kontrollspenn for avdelingslederne og det er noe at det vi prøver å se på litt nå, vi får mange tilbakemeldinger på at det er kjempestort kontrollspenn. Da blir man, man får ikke tid nok til å gjøre det gode lederskapet da, til å ta de gode vurderingene når man hele tiden skraper i krokene, og har på bremsen. Det er hele tiden snakk om: vi har ikke råd, vi har ikke råd, vi har ikke råd, og vi har en negativ organisasjonskulturutvikling. Så det er noe av det vi ser på. (13. april 2012).

I forhold til samhandlingsreformen så hadde en kommune opprettet en stilling som koordinator. Denne koordinator opplevde det som en utfordrende posisjon å ha;

Så der er jeg også ute og... også blir det jo disputer mellom enkeltmennesker i systemet, da, som har personlige meninger inn i det, og kan jo både være spydig og å si ting som folk oppfatter som ubehagelig. Da er jeg ute og redder, da, et samarbeid og må forhandle om hvordan vi skal gjøre det, ikke sant og styre folk så det ikke tar helt av i krangler (22. oktober 2012).

Som sitatet overfor illustrerer kan det være store uoverensstemmelser mellom enheter og posisjoner, og derfor kan det å opprette slike koordinatorstillinger føre til bedre koordinering av egen organisasjon og tjenester. Dette kan igjen bedre kommunens forutsetninger for å utvikle et godt, hensiktsmessig og helhetlig omsorgstilbud.

#### 6.4.2 Stort behov for internt samarbeid i kommunen – sikres ved å lage tversgående arenaer/team

De fleste av de syv kommunene vi har intervjuet i, er inne i store, omfattende diskusjoner om hvordan de skal omstrukturere

omsorgssektoren fremover. Her diskuterer nesten alle kommunene hvordan de kan organisere seg bedre internt for å sikre samarbeid på tvers. Mange informanter mener dette er enda viktigere nå enn det har vært før, i og med at man nå har fått Samhandlingsreformens og folkehelselovens fokus på forebygging og rehabilitering. Det flere trekker frem er at en omsorgssektor som har fokus på behandling kan tillate seg å være sektororganisert, men en omsorgssektor som har forebygging som hovedfokus ikke kan tillate seg dette. For å klare å være forebyggende må man sikre samarbeid på tvers av ulike profesjoner innad i omsorgssektoren, og også på tvers av kommunale sektorer. Mangel på tverrsektoriell koordinering blir holdt frem som en stor utfordring. Som en av våre informanter uttalte,

... skulle vi skrive en oppgave. Da var vi 2 stykker som skulle lage en spørreundersøkelse som gikk til Teknisk etat og til Helseetaten hvor vi spurte om samarbeid. Da sa de på Teknisk etat: ”Vi er kjempegode til å samarbeide. Dessuten så vet vi hva som er viktig”. På helsesiden sa de: ”Nei, det er helt forferdelig. Den der Teknisk etat, det nytter ikke å snakke med dem i det hele tatt. De spør oss aldri. De legger et fortau her og et fortau der. De har ikke spurt oss om hvor folk går over i forhold til et sykehjem for eksempel. De kunne spurt oss. Vi kunne fortalt dem at folk går ikke der” (18. januar 2012, intervju 3)

En kommunalsjef for omsorg forteller at manglende samordning opplevdes tidligere som mest prekært i de mest komplekse sakene, og at dette derfor var et viktig fokus i omstillingsprosessen kommunene var inne i;

For de komplekse sakene fikk vi ikke noe god flyt på. Det ble altfor mye møter rundt det. Hvordan vi skulle løse det på tvers av helse- og omsorg og oppvekst. Vanskelige saker som de må håndtere i skolen, helse vil ikke ha dem, de koster alt for mye – og vi kan ikke hjelpe dem på skolen. Hvordan skal vi få det til? Så var vi vel ikke flinke nok til å hjelpe hverandre med det. Så det har vært et viktig område

som vi har hatt fokus på, da. Hvordan vi skal få dette bedre til. (21. november 2012, intervju 2)

Man er jo hele tiden avhengig av da, at sektorene ikke blir så inn i seg selv at man klarer å...at man har en kommunalsjef som ser og kjenner til hver av de andres virksomhet. Det ser vi jo veldig i ”god oppvekst”, at planen for god oppvekst er sånn som handlingsplanen for folkehelsearbeidet. Det går ikke an at noen alene eier noe. Det går jo inn i hverandre hele veien. Planteknisk, i forhold til planer og strategier, det går ikke an alene å planlegge noe uten at det involverer de andre områdene (18.januar 2012, intervju 1).

I mange kommuner som er inne i omstillingsprosesser i omsorgssektoren, så er etablering av hensiktsmessige koordinerende arenaer eller enheter på tvers av sektorer (eller innenfor sektoren) et viktig diskusjonstema. Flere av kommunene har prøvd ut nye samarbeidsløsninger, som for eksempel felles forvaltningsteam;

[Så dere brukte disse arbeidsgruppene også for å bygge ned sektorgrenser?] Ja, det gjorde vi. Samarbeid og samhandling har vært en gruppe det også, og det vært representanter fra alle sektorer. For å håndtere de mest komplekse områdene. Hvorfor er det vi ikke får det til etc.? Hvordan kan vi gjøre det for å lykkes? Det vi er blitt enige om er et felles forvaltningsteam. Det at vi får til forvaltningsteamet og at de får alburom nok til å komme med sine ting, er viktig. Det har fungert godt i helse- og omsorg (21. november, intervju 2).

I tillegg har en kommune satset på tversgående innsatsteam med spesifikke fokus;

Og å ha de (tversgående) innsatsteamene, et som heter ’hverdagsrehabilitering’, og også et som heter ’tidlig innsats overfor barn og rus, og et med ’familie’. Vi har ikke blitt enige med oss selv lenger, hvor mange innsatsteam trenger vi? For det blir tverrenhetlige innsatsteam – hvem må jobbe sammen

for å møte utfordringene? (21. november 2012, intervju 2).

Andre peker på at nye saksbehandlingsrutiner kan sikre slik koordinering;

Alle saksbehandlerne saksbehandler på hver sine områder, men vi kan jo få ting på tvers. Sånn som vi har gjort det i en sak nå, med BPA, brukerstyrt personlig assistanse, hvor da (hjemmetjenesten) er inne med tjenester fra pleie, også hjemmesykepleie, da. Og hva er de beste løsningene? Da har de sittet sammen. Det vil si at da har en fra oss sittet sammen med en saksbehandler. Og det er det jeg sier, den organiseringen av det har gjort til at saksbehandlerne har større forståelse, for vi var forberedt, kanskje mer forberedt på det nye lovverket, fordi den truer oss nå til å måtte tenke sånn, mens vi har tenkt sånn lenge. Så det er litt ålreit egentlig (18.januar 2012, intervju 2).

Intervjuene viser også den generelle tendensen til at behovsvurdering og tildeling av tjenester spesialiseres i kommunene, og gjerne legges til egne tildelingskontor/enheter ofte, men ikke nødvendigvis, kombinert med en bestiller-utførermodell (Vabø 2007: 324). En av kommunene i undersøkelsen har bestiller-utførermodell, men flere kommuner har opprettet tildelingsteam eller vedtaksteam som gjør vedtak om tildeling av tjenester i omsorgssektoren. En slik ordning innebærer at oppgaver som tidligere var tett sammenvevde splittes opp. Forvaltningen overtar rollen som «portvakt», mens profesjonsutøverne sørger for at oppgavene som bestemmes av tildelingsenheten blir gjennomført (Vabø 2007). I litteraturen blir ofte faren for en fragmentering av tjenestene ved en slik ordning diskutert (Vabø 2007, Blomberg 2004, Hjalmarson m.fl 2004). I intervjuene i en del av våre casekommuner peker informantene derimot på muligheten en slik organisering gir for koordinering innad i sektoren og også for tverrsektoriell koordinering. I en kommune er tildelingsteamet satt sammen av saksbehandlere fra flere sektorer i kommunen. I en annen kommune diskuteres det om tildelingsteamet for omsorgstjenester – som til nå bare har behandlet tradisjonelle helse- og omsorgssaker, også skal settes sammen slik at det kan

behandle saker relatert til rus, psykiatri, skole, barn og unge. Dette for å få til samordning i en mer forebyggende retning.

### 6.4.3 Minimumsstørrelse – på virksomheter?

I enkelte kommuner er det i forbindelse med samhandlingsreformen diskusjoner mellom hjemmetjenesten og institusjonstjenesten om hvem som skal ha ansvaret for pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus:

Men med en gang du får mindre virksomheter så får du mindre å flekse med. For da blir det din tue. Da blir det din institusjon og det blir min hjemmetjeneste og mitt dagsenter. Det blir mitt, mitt, mitt. Så blir det konkurranse om hvem som driver best. De sitter på hver sin tue og da blir man mye mindre fleksibel når det kommer til ... ja omplassering av ansatte for eksempel (22. oktober 2012).

Flere kommuner opplever at samhandlingsreformen krever andre måter å organisere seg på enn tidligere. Undersøkelsen i de syv case-kommunene indikerer at større organisatoriske enheter bidrar til en fleksibilitet som er nødvendig for at kommunene skal kunne være i stand til å respondere på/ta imot utskrivningsklare pasienter på kort varsel. Det krever en viss slack i organisasjonen, noe som er lettere å sikre i større enn i mindre organisasjoner.

Flere kommuner opplever at med samhandlingsreformen kommer det et press mot sentralisering innad i kommunen;

[v]i kjenner jo det at en liten sentralisering ligger der, og vi bygger opp hjemmetjenesten på en annen måte. Legger inn andre ting, for eksempel velferdsteknologi, styrke kompetansen til hjemmehjelpen, som i dag er ufaglært. Setter du inn rett pleier der, med bred kompetanse, så kan du hjelpe den demente med å sette inn tiltak. .. For det er jo sånn at folk vil bo hjemme så lenge som mulig. Så er det jo den tryggheten også, som begrenser litt. For vi bor jo i en langstrakt kommune, med daler og ytre strøk. Så det kan være vanskelig å få den hjelpen som man trenger, også. Bare det å kjøre tre og en halv mil hvis et

menneske skal ha øyedråper seks ganger om dagen.  
(21. november 2012, intervju 3).

Ja, jeg tar dette fra Samhandlingsreformen – at mer bør være hjemmebasert. Og så tar jeg det i forhold til effektivitet og kostnad, at vi må få større institusjoner for å få stordriftsfordeler. . (21. november 2012, intervju 3).

#### 6.4.4 Minimumsstørrelse – på kommuner og kommunesamarbeid?

Samhandlingsreform oppleves som å gi klare signaler om hva det betinger av størrelse på kommunene og eventuelle kommunesamarbeid for å tilby den kompetanse som er nødvendig for å ha forsvarlige tjenester:

Nei, ... vi har ikke merket samhandlingsreformen så veldig enda. Vi har på en måte betalt regningen og fått på plass mange avtaler og sånn, men vi jobber og har jobbet mye med samhandlingsreformen, men hva skal vi gjøre, skal vi bygge dette lokalmedisinske senteret når den (reformen) blir innfasert på en mer grundig måte enn den er per i dag? I dag er det inn- og utskrivning av pasienter og medfinansiering. ... Det setter også standarden i forhold til utbygging av samhandlingsreformen. Det er satt 20 000 innbyggere. I regionen er vi 20 000 innbyggere. Men fordelt på 6 kommuner (1. juni 2012, intervju 1)

Små kommuner opplever at det er helt nødvendig å samarbeide med andre kommuner, som en virksomhetsleder for pleie- og omsorg uttalte;

Vi er jo en liten kommune, det er en utfordring, men vi samarbeider med en stor nabokommune, på en del områder. Vi er helt avhengig av en større kommune, i hvert fall, det kan jeg si. Ellers hadde det ikke fungert. I forhold til pålegg sentralt fra, i forhold til koordinerende enhet som man skal ha, man skal ha demensplaner, rehabiliteringsplaner, det her med utskrivingsklare pasienter fra sykehus,

---

pasientkoordinator og helsehus og ...ja. Alt dette som den fører med seg. (19. november 2012).

Hovedinntrykket fra intervjuene er at kommunene raskt responderer på de økonomiske incentivordningene som ligger i samhandlingsreformen – og at dette stimulerer samarbeid på tvers av kommuner. En virksomhetsleder uttalte;

Vi er to kommuner som har gått sammen, en storkommune og en liten kommune. Det er jo en del midler å søke på, da, i forhold til både helsehus og pasientkoordinator, kreftkoordinator – som vi samarbeider på. For vi har ikke noe mulighet til å kunne drifte et helsehus på egen hånd, å ha øyeblikkelig hjelp her i kommunen, det kan ikke vi ha uten å kunne samarbeide med en større kommune. (19. november 2012).

En mellomleder fra en annen kommune fortalte hvordan de hadde benyttet de økonomiske incentivene som ligger i samhandlingsreformen til å styrke kompetansen;

Ja, vi har jo styrket kompetansen. Med at vi har vært så heldige å ha et prosjekt sammen med nabokommunen. Har opprettet to spesialsenger for da fikk vi lokalmedisinske sentra-tilskudd. Så der har vi bygd opp kompetanse sammen, på en bra gruppe folk. En kreftlege har vært hjelpsom til å undervise, sammen med kreftsykepleier, og andre temaer om alvorlig syke som trenger lindrende behandling. Men må styrke kompetansen mer, for å sikre øyeblikkelig-hjelp-funksjonen. Folk må kunne akuttmedisin, og vi er ikke der enda. Men vi tar det inn over oss. Også når det gjelder rehabilitering, vi har søkt om midler hos fylkesmannen og fått tildelt, og da er det å sende folk på hospitering, og sånn holder vi på. Vi står ikke på stedet hvil, vi må styrke kompetansen (21. november 2012, intervju 3).



## 6.5 Oppsummering

De kvantitative analysene finner få signifikante effekter av organisatoriske faktorer på prioriteringen av omsorgssektoren i kommunene, eller på hvordan kommunene oppfyller konkrete nasjonale normer. Det er likevel en tendens til at hvordan ledernivået er organisert har en viss signifikant effekt. Dette styrkes av hovedinntrykkene vi får i den kvalitative studien, hvor det går frem at hvordan ledernivået er organisert har mye å si for kommunens evne til å sikre en helhetlig og forebyggende omsorgssektor. Det ble i flere intervjuer lagt vekt på at dreiningen fra en tradisjonelt behandlende omsorgssektor mot en mer helhetlig, forebyggende omsorgstenkning – krevde at man hadde et ledernivå som evnet – og hadde myndighet til – å se på tvers av virksomheter, og gjerne på tvers av ulike sektorer også, og ta nødvendige (og gjerne upopulære) avgjørelser for å sikre samordning. Dermed ble kommunalsjefs-modellen (med fast ansvar, ikke med rullerende ansvar) pekt på som en god modell, for en altfor flat modell kunne ikke sikre dette. I tillegg ser vi at svært mange av kommunene som er inne i en omstillingsdiskusjon legger opp til å etablere et spekter av tverrsektorielle arenaer, team og liknende løsninger – for å sikre samordning og samarbeid på tvers. Også her begrunnes dette med at en bredere tilnærming til omsorg, hvor man ser omsorg i et folkehelse- og forebyggende perspektiv – i større grad er avhengig av tverrsektorielt samarbeid.

---

# 7 Oppsummering

## 7.1 Problemstillinger

Følgende problemstillinger har vært behandlet i denne rapporten:

1. I hvor stor grad opplever kommunene (ulike aktører i kommunene) den statlige bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler innenfor pleie- og omsorgssektoren som styrende for sin virksomhet?
2. Hvor sterk opplever kommunene at den statlige styringen av sektoren er sammenliknet med den statlige styringen av andre sektorer?
3. Hva slags konsekvenser får dette for prioriteringen av pleie- og omsorgssektoren sammenliknet med andre sektorer?
4. Hvordan påvirker juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler den interne dynamikken i kommunene angående holdninger til og arbeidet med å imøtekomme nasjonalt formulerte målsettinger for sektorene (som formidles gjennom disse styringsvirkemidlene).
5. Hvorvidt, og eventuelt hvordan, spiller organisatoriske forhold inn for kommunenes prioritering av og i omsorgssektoren og for hvordan de ivaretar nasjonale målsettinger.

I det følgende vil vi gi en kort oppsummering av rapporten i henhold til problemstillingene.

## 7.2 Juridiske og pedagogiske virkemidler: hvor styrende?

Lokaldemokratiet er basert på argumenter om demokrati, maktfordeling og (allokerings- og prioriterings)effektivitet (Hagen og Sørensen 2001). Å desentralisere oppgaver eller tildele oppgaver til kommunene baserer seg på en forutsetning om at det finnes et lokalt handlingsrom til å kunne benytte kunnskap om lokale behov og preferanser i den lokale politikktutforming og utforming av tjenesteinnretningen. Hvis dette ikke er tilfelle faller argumentet om allokeringseffektivitet og prioriteringseffektivitet. På denne bakgrunn er det interessant å studere hvordan de juridiske og pedagogiske statlige styringsvirkemidlene oppfattes, fortolkes og operasjonaliseres lokalt – hva slags handlingsrom de oppleves å gi – og hva slags konsekvenser dette får for lokale prioriteringer både innad i omsorgssektoren og mellom kommunale sektorer.

Denne problemstillingen behandles i kapittel fire. Hovedobservasjonen er at kommunene fanger opp statlige styringssignaler, men at de ikke opplever at juridiske og pedagogiske virkemidler er spesielt styrende for egen virksomhet i helse- og omsorgssektoren. Kommunene forholder seg til økonomiske incentiver og har satt i gang prosesser som endrer tjenestene fra vektlegging av institusjoner til vektlegging av omsorgsboliger og hjemmetjenester. Kommunale aktører oppfatter imidlertid at slike virkemidler tilhører et uoversiktlig landskap, de er mange og det kan se ut til at det er uklart hva de formidler til de kommunale aktørene.

Kapittel fire viser at fylkesmenn gir ulike signaler. Dvs. at fylkesnivået i den statlige styringslinjen, fylkesmannen, ikke framstår som en enhetlig aktør. Kommunale intervjupersoner gir uttrykk for at signaler knyttet til like saker, men fra ulike fylkesmenn, varierer. Presentasjonen av data viser at fylkesmannen oppleves som å ha to roller som spiller negativt inn på kommunal iverksetting av helse- og omsorgspolitik. Den første er å være lite i forkant av statlig politikk som kommunale intervjupersoner visste skulle settes i verk og som de var interessert i å begynne å arbeide med. Mens fylkesmannen mente kommunene burde vente på forskriftene, ville kommunene sette i gang umiddelbart. Den andre er å spille en konserverende rolle i forhold til den måten

kommunene ville innrette seg angående de statlige signalene de fanger opp og er interessert i å omgjøre til lokal politikk tilpasset egen situasjon.

I det norske styringssystemet etablerer kommuneloven kommunene som egne rettssubjekter. I sin rolle som selvstyrte enheter fanger kommunene opp statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler som de handler i tilknytning til og de utvikler en politikk de kan sette i verk. På helse- og omsorgsområdet har dette særlig vært synlig i endringen fra institusjonsbaserte til hjemmebaserte tjenester til eldre. Våre data kan tyde på to forhold: Det første er at de samme styringssignalene oppfattes ulikt av fylkesmenn og kommunale aktører, og at fylkesmenn gjennom sin rolle som tilsynsmyndighet fungerer konserverende og kanskje til og med kontraproduktivt i forhold til den retningen kommunene oppfatter at staten mener deres helse- og omsorgstjenester bør gis. Den andre er at det gis parallelle signaler fra ulike nasjonale aktører, og at slike signaler ikke nødvendigvis er omforente. De finner vi knyttet til retorikken som er framtrødende i det politiske ordskiftet der dekning angående sykehjemsplasser for tiden gis en prominent plass.

Signaler kan også knyttes til økonomiske virkemidler som lenge har gitt kommunene klare retningslinjer for hvordan forholdet skal være mellom utvikling av omsorgsboliger og hjemmetjenester. Signalene knyttes til lover, som den nye helse- og omsorgsloven, som peker på at kommunene må utvikle et variert sett av lokale tilbud om øyeblikkelig hjelp og lokalmedisinske tjenester. Slike tilbud er ikke nødvendigvis knyttet til eksistensen av kommunale sykehjemsplasser eller institusjoner, men kan tenkes inn i en større sammenheng der flere kommuner samarbeider om ulike typer løsninger. I en slik sammenheng kan fylkesmannens tilsynsrolle bli uklart og retningen den peker på at kommunal helse- og omsorgstjeneste bør gå, blir vanskelig å håndtere for kommunene. Spesielt hvis fylkesmannen fokuserer på elementer ved eldreomsorgen som framsynte kommunale aktører oppfatter som gårdsdagens løsninger.

Fylkesmannens rådgivende og veiledende rolle ble likevel sett og satt pris på.

Den politiske retorikken angående eldreomsorg, slik den for eksempel er nedfelt i Verdighetsgarantien, kan gi befolkningen store forventninger til hva kommunene skal ha plikt til å yte av

helse- og omsorgstjenester. Verdighetsgarantien peker på omsorgsfunksjoner det vil være mulig for pårørende å yte, som for eksempel «tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne», samt «mulighet for samvær og sosialt fellesskap og aktivitet». Intervjupersoner i kommunene har eksempler på at brukere og pårørende har svært store forventninger til hvilke tjenester de mener kommunene har plikt til å yte dem. Samtidig har de eksempler på at brukere krever lite.

Intervjupersoner ga også uttrykk for at nasjonale krav om dokumentasjon hadde økt mye den siste tiden. Dette dreier seg særlig om å dokumentere i IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) og gjennom det dokumentasjonsarbeidet knyttet til enkeltvedtak om tjenester som kommunene må skrive og fatte for å kunne yte tjenester til sine brukere.

Styringssignalene i samhandlingsreformen blir i stor grad fanget opp av kommunale aktører. De ser omsorgsdelen av reformen i sammenheng med folkehelse og er begynt å tenke mer forebygging og at det bør prioriteres. Likevel oppfattet de at prioritering av folkehelse ikke er mulig på den måten de ønsker, fordi folkehelse ikke er fulgt av økonomiske incentiver. Men kommunale aktører gir uttrykk for at de tenker forebyggende i spørsmål om hvilken kompetanse de har behov for.

Et hovedinntrykk fra de syv kommunene er at de rene juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene lett blir underordnet de økonomiske styringsvirkemidlene i en situasjon med presset kommuneøkonomi. Det kan se ut til at Samhandlingsreformens tydelige fokus på det økonomiske aspektet ved omsorgs- og sykehustjenester har stimulert dette ytterligere. Det kan også se ut til at Samhandlingsreformens økonomiske fokus bidrar til å legitimere at økonomiske argumenter blir brukt åpent i argumentasjonen om hvordan den kommunale omsorgssektoren skal innrettes.

### 7.3 Sammenligning med andre sektorer

De tre andre problemstillingene belyses i kapittel fem. Det er i utgangspunktet noe vanskelig for våre intervjupersoner å forholde seg til prioriteringer i andre sektorer. Vi har intervjuet i helse- og omsorgssektoren, og det er denne de kjenner. Samtidig er det noen

som kjenner til skolesektoren og oppfatter denne som sterkere statlig styrt enn egen sektor. I spørsmålet om dynamikk i prioriteringene mellom sektorer er det først og fremst sammenligninger med folkehelse som gjøres. Observasjonene i kapittel fem styrker observasjonene i kapittel fire. Det kommer klart fram at folkehelse vil bli nedprioritert hvis det oppstår ressursknapphet.

Kapittel fire viser også til at styringssignalene som kommunene fanger opp er motsetningsfylte. Folkehelsepolitikken viser til en helhetlig politikk der flere sektorer i kommunene bør involveres, mens den statlige styringen de opplever via fylkesmannens kontroll og tilsyn fokuserer sektorpolitikken og individuelle rettigheter. Dette inngår i den konserverende karakteren kommunene opplever at kontroll og tilsyn innenfor sektoren kan ha, og blir også oppfattet å hindre utvikling og endring.

## 7.4 Organisatoriske forholds rolle

Fra den kvantitative analysen kan det se ut som at organisatoriske faktorer ikke har så sterke signifikante effekter på prioriteringen av omsorgssektoren i kommunene, eller på hvordan kommunene oppfyller konkrete nasjonale normer. Det er likevel en tendens til at hvordan ledernivået er organisert har en viss effekt.

Disse funnene styrkes av intervjuene fra de syv kommunene. Der kommer det fram at flat struktur på den administrative organisasjonen blir oppfattet som ikke å støtte samordning. På den andre siden kommer det fram at det å ha kommunalsjef, en fagperson på et nivå over den enkelte tjenesteenhet og som kan samordne mellom tjenester, oppfattes som positivt.

## 7.5 Avslutning

Annen forskning bidrar til å nyansere det bildet vi har dannet gjennom våre intervjuer. Den legger blant annet vekt på at man må se nærmere på hvor omfattende styring disse virkemidlene representerer, og hvorvidt bruken av dem er orientert mot å styre politikken innhold og resultater eller snarere prosessene rundt selve tjenesteproduksjonen. Lovverket som angir hvilke grunnleggende omsorgstjenester kommunene skal tilby binder ikke

kommunene til bestemte nivåer på tjenestene. I tillegg er mange av forskriftene knyttet til en spesiell type tjenesteinnretning (institusjonsplasser), som kommunene har organisert seg mer og mer bort fra de siste årene (Brevik 2010a, b). Kommunene kan altså organisere seg bort fra deler av den statlige styringen, dette gjelder særlig den styringen som gjennomføres ved juridiske virkemidler. Også den styringen som gjennomføres ved finansielle virkemidler har de siste årene blitt mindre som følge av redusert øremerking. Likevel ser vi at disse virkemidlene har fått en revitalisering gjennom Samhandlingsreformen, som støtter seg på økt bruk av økonomiske incentivordninger.

Kapittel fire viser at informantene opplever at kommunene har relativt stor handlefrihet til å organisere og innrette tjenestetilbudet i eldreomsorgen som de ønsker. Likevel påvirkes utformingen av den kommunale omsorgssektoren av nasjonale virkemidler – først og fremst ved å gi retning. Gjennom det siste tiåret har nasjonale mål og virkemidler gitt insentiver i retning av å satse på hjemmebasert omsorg heller enn sykehjem (institusjoner), og denne utviklingen bort fra en pleiende omsorgssektor og mot en mer forebyggende omsorgssektor forsterkes ved Samhandlingsreformen og den nye Folkehelseloven. Informanter fra alle de syv kommunene gir uttrykk for at det er i denne retningen nasjonale myndigheter ønsker at den kommunale omsorgssektoren skal gå.

Samtidig ser vi at de ambisiøse nasjonale målsetningene som kommer til uttrykk i de juridiske og pedagogiske styringsvirkemidlene kan oppleves som uoppnåelige, og dermed som problematiske.

Juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler kan dermed antas å påvirke kommunenes prioritering på to måter. For det første via de signalene kommunene selv fanger opp, som i vårt materiale framstår som å være forholdsvis mange, selv om inntrykket også er at de forholder seg ganske fritt til dem. For det andre via fylkesmannens kontroll og tilsyn. Disse to måtene er ikke nødvendigvis i samsvar med hverandre.

# Litteraturliste

- Andersen, O. J., og A. Røiseland (2008): *Partnerskap, problemløsning og politikk*. Fagbokforlaget, Bergen
- Askim, Jostein (2007) Local Government by Numbers Who Makes Use of Performance Information, When, and for What Purposes? \ Department of Political Science, Faculty of Social Sciences. Oslo: University of Oslo.
- Bakken, Runar og Per Gunnar Disch (2010) *Tror på paradiset på jord*, [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/standpunkt/kronikker/vis?p\\_document\\_id=445687](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/standpunkt/kronikker/vis?p_document_id=445687)
- Baldersheim, H. (red) (2001) *Norden i regionernas Europa*. Nord 2001:18. København: Nordisk
- Ministerråd.
- Blomberg, S. (2004): Specialiserad biståndshandläggning inom den kommunala äldreomsorgen. Genomförande av en organisationsreform och dess praktik, Lund Dissertations in Social Work 17.
- Blåka, S., T. Tjerbo og H. Zeiner (2012): Kommunal organisering. En redegjørelse for Kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase. NIBR-rapport 2012: 21
- Borge, Lars Erik (2009) *Konsultasjonsordningen mellom staten og kommunesektoren*. SØF-rapport nr 05/09. Trondheim: Senter for økonomisk forskning AS.
- Brevik, Ivar (2010a): Oppgaveforskyvning mellom 1. og 2. linjetjenesten. NIBR-rapport 2010:1. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, Ivar (2010b): De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg. Utvikling og status i yngres bruk av



- heimebaserte tjenester 1989–2007. NIBR-rapport 2010:2. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Brevik, I. og S. Daatland (2007) ”Utvikling og status i norsk eldreomsorg: institusjoner og kommunale boliger for omsorgsformål, *Aldring og livsløp* 2/2007
- Daatland, S. (2006) ”Hva vet vi om våre pleietrengende”, *Aldring og livsløp*, 1/2006
- Dent, M., N. V. Gestel and C. Telken ( 2007,): Symposium on changing modes of Governance in public sector organisations: Action and Rhetoric” *Public Administration*, 85 (1) (1-8)
- Difi (2010): *Statlig styring av kommunene. Om utviklingen i bruk av juridiske virkemidler på tre sektorer*. Rapport 2010:4. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT.
- Fimreite, A. L. (2003): *Der hvor intet er, har selv keiseren tapt sin rett. Om lokalt folkestyre og rettigheter*. Rapport 8/2003. Bergen: Rokkansenteret
- Fimreite, A. L. (1998): *Kommuneloven og innbyggerne*. Arbeidsnotat, LOS-senteret
- Fimreite, A. L., Y. Flo, P. Selle og T. Tranvik (2007): ”Når sektorbandene slites. Utfordringer for den norske velferdsmodellen”. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48 (2): 165-196
- Hagen Terje og Rune Sørensen (2001) *Kommunal organisering. Effektivitet, styring og demokrati*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, Terje P., Kebebew N. Amayu, Geir Godager, Tor iversen og Henning Øien (2011) *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2011:5. Oslo: Universitet i Oslo
- Hanssen, Gro Sandkjær og Signy Irene Vabo (2012) ’Sykehjem til alle? Om nasjonale partipolitiske mål og lokale tilpasninger’, kapittel 4 i Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red) (2012) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Hanssen, Gro Sandkjær, Jo Saglie og Eivind Smith (2012) ”KS i det norske flernivådemokratiet”, kapittel 10 i M. Reitan, j.

- Saglie og E. Smith (red.): *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Hanssen, Gro Sandkjær and Marit Kristine Helgesen (2011) "Multilevel-governance of local care-provision – implications for universalism", *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol.3, issue 3/4 , 160-172.
- Helgesen, M. (2000): *Nye former for demokratisk deltakelse – borgere, brukere og kunder i skolen*. LOS-senteret, Rapport 2000:11
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13
- Hermansen, Åsmund (2009) *Hjemme eller institusjon? En studie av norske kommuners prioriteringer mellom institusjonsbasert og hjemmebasert omsorg*. Masteroppgave i statsvitenskap, institutt for statsvitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Indset, M. Jan Erling Klausen, Geir Møller, Eivind Smith og Hilde Zeiner (2012) *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. Samarbeidsrapport NIBR/Telemarksforskning. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hjalmarson, I., Norman, E. & Trydegård, G-B. (2004) *Om man ska vra stöttespelare åt andra måste man stå stadig själv. En studie om äldreomsorgens chefer och deras förutsättningar*. Rapport 2. Stiftelsen Stockholm läns Äldrecentrum.
- Kvande, Elin og Bente Rasmussen (1997): *Omorganisering av helse- og omsorgsarbeid. Nye muligheter for kvinnelig ledelse? I: Haldor Byrkjeflot, red.: Fra styring til ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kjersem, E. og T. Aarseth (2009) "Nei, det har jeg ikke tenkt over ennå". Om beslutningsgrunnlag og beslutningsutfordringer i eldreomsorgen., *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 12(1), 41-54.
- Myrvold, T. M. og M. Helgesen (2009): *Kommunalt psykisk helsearbeid. Organisering, samarbeid og samordning*. NIBR-rapport 2009:4
- Myrvold, T. M., M. Helgesen og L. Knudtzon (2009): *Evalueringsrapport av Storbysatsningen i psykisk helsearbeid*. NIBR-rapport 2009:24

- NOU 1992:1 *Trygghet - Verdighet – Omsorg*.
- Rauch, D. 2006. 'Institutional Fragmentation, Institutional Engineering and the Development of Elderly Care and Childcare in Sweden', *Scandinavian Political Studies* 29(4), 285-307.
- Rauch, D. 2008. 'Central versus local service regulation: accounting for diverging old-age care developments in Sweden and Denmark, 1980-2000', *Social Policy & Administration* 42(3), 267-87.
- Riksrevisjonen (2009): Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1, 2009. Oslo: Riksrevisjonen.
- Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red) (2012a) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (2012b) "Nasjonal styring og lokal autonomi i flernivådemokratiet", avslutningskapittelet i Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red) (2012) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Romøren, T.I. og B. Svorken (2003) Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag", Rapport 12/03, Oslo: NOVA
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2012): *Styring og samstyring : governance på norsk*. Fagbokforlaget, Bergen
- Scharpf, F. (1999) *Governing in Europe: Effective and Democratic?* Oxford: Oxford University Press.
- Smith, Eivind (2012) 'En naturlov? Om kommunenes plass på bunnen av forvaltningshierarkiet', kapittel 1 i Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red) (2012) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Stokstad, Sigrid (2012) 'Kommunene og statsforvaltningen – selvstyre og underordning i særlovgivningen', kapittel 2 i Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red) (2012) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

- Stokstad, Sigrid (2011) *Et lokalt demokrati underordnet statens myndighet? Foredrag på Fagkonferanse om møtet mellom det nasjonale og lokale demokratiet i Norge (Flernivådemokrati i Norge)*, 20. oktober 2011, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Stigen, I. M. & Vabo, S. (2001) New Public Management-inspirerte organisasjonsløsninger i norske kommuner – blir lokalpolitikken dum?, i Fimreite, A.L., Larsen, H.O. & Aars, J. (red), *Lekmannsstyre under press*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Sørensen, E. and J. Torfing (2005) Network governance and post-liberal democracy, *Administrative Theory and Praxis*, 27(2), 197-237.
- Torsteinsen, H. (2006) *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon*. Doktoravhandling, Tromsø: Universitetet i Tromsø
- Tranvik, Tommy and Anne Lise Fimreite (2006): Reform Failure: The Process of Devolution and Centralisation in Norway. *Local Government Studies* 32 (1), 89–107
- Tjerbo, T., P. O. Aamodt, I. M. Stigen, M. K. Helgesen, T. Næss. H. Høst, C. Å. Arnesen (2012): Bemanningsplan og iverksetting. NIBR-rapport 2012:3
- Vabo, Signy Irene (2011) *Eldreomsorg – nasjonal styringsivert samarbeid med kommunene? Foredrag på Fagkonferanse om møtet mellom det nasjonale og lokale demokratiet i Norge (Flernivådemokrati i Norge)*, 20. oktober 2011, Høgskolen i Oslo og Akershus, Avdeling for samfunnsfag.
- Vabo, Signy Irene (2012) 'Tiltakende statlig styring av kommunesektoren – også på eldreområdet?' Kapittel 3 i Reitan, M., J. Saglie og E. Smith (red) (2012) *Det norske flernivådemokratiet*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Vabø, M. (2007): Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA-Rapport 22/07
- Vabø, Mia (2012) Norwegian home care in transition - heading for accountability, off-loading responsibilities. *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 283-291.

- Vedung, E. (1998): "Policy Instruments: Typologies and Theories". I *Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments & Their Evaluation*. Transaction Publishers, New Brun
- Vike, Halvard (2007). Kvinnelig bemanning – og dugnaden i velferdsstaten. *Sykepleielederen*. ISSN 0807-7002. (2)
- Vike, Halvard (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet..* Akribe Forlag.
- Vike, Halvard; Bakken, Runar; Brinchmann, Arne; Haukli, Heidi & Kroken, Randi (2003). *Maktens samvittighet: Om styring og dilemmaer i velferdsstaten. Del av: Makt- og demokratiutredningen 1998-2003..* Gyldendal Akademisk.

# Vedlegg 1

## Oversikt over alle forskrifter som er knyttet til Helse- og omsorgstjenestelovens § 13-2.

<p><b>Helse og omsorgs loven § 13-2</b></p>	<p><a href="#">1975.04.11 nr 0004</a>: (HOD) Forskrifter om forbud mot omsetning og bruk av farlig smellende pyrotekniske varer som kinaputter, kasteknall, knallkorker og liknende.</p> <p><a href="#">1983.11.23 nr 1779</a>: (HOD) Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste.</p> <p><a href="#">1984.03.30 nr 0820</a>: (HOD) Forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste.</p> <p><a href="#">1988.11.14 nr 0932</a>: (HOD) Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie</p> <p><a href="#">1988.12.11 nr 1018</a>: (HOD) Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie.</p> <p><a href="#">1992.10.02 nr 0690</a>: (BLD) Delegering av myndighet etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.</p> <p><a href="#">1992.12.04 nr 0915</a>: (HOD) Forskrift til lov om sosiale tjenester m.v.</p> <p><a href="#">2000.04.14 nr 0328</a>: (HOD) Forskrift om fastlegeordning i kommunene</p> <p><a href="#">2000.12.20 nr 1556</a>: (HOD) Forskrift om tekniske funksjonskrav til kommunikasjonsteknisk utstyr som inngår i helsetjenestens kommunikasjonsberedskap.</p> <p><a href="#">2000.12.21 nr 1385</a>: (HOD) Forskrift om pasientjournal</p> <p><a href="#">2001.12.20 nr 1549</a>: (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege</p> <p><a href="#">2001.12.21 nr 1478</a>: (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet.</p> <p><a href="#">2001.12.21 nr 1479</a>: (HOD) Delegering av myndighet til Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeidsdepartementet etter lov om helsetjenesten i kommunene § 2-3 tredje og femte ledd og etter lov om anke til Trykderetten § 4 annet ledd.</p>
---------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><u>2002.12.20 nr 1731</u>: (HOD) Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.</p> <p><u>2003.04.03 nr 0450</u>: (HOD) Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.</p> <p><u>2003.04.25 nr 0486</u>: (HOD) Forskrift om miljørettet helsevern.</p> <p><u>2003.06.27 nr 0792</u>: (HOD) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.</p> <p><u>2003.12.19 nr 1728</u>: (HOD) Forskrift om dekning av utgifter til transport av helsepersonell m.m. i forbindelse med reise for å foreta undersøkelse eller behandling.</p> <p><u>2004.02.17 nr 0408</u>: (HOD) Forskrift om samordning av ambulansébåttjenesten med syketransport og transport av helsepersonell med båt.</p> <p><u>2005.03.18 nr 0252</u>: (HOD) Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.</p> <p><u>2005.06.17 nr 0610</u>: (HOD) Forskrift om smittevern i helsetjenesten</p> <p><u>2005.12.19 nr 1653</u>: (HOD) Forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon</p> <p><u>2005.12.21 nr 1613</u>: (BLD) Forskrift om overgangsbestemmelser til lov 17. juni 2005 nr. 65 om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven) m.v.</p> <p><u>2006.06.30 nr 0731</u>: (AD) Forskrift om inkorporasjon av trygdeforordningene i EØS-avtalen.</p> <p><u>2007.11.30 nr 1349</u>: (BLD) Forskrift om overgangsbestemmelser til lov 1. desember 2006 nr. 65 om endringer i barnevernloven og sosialtjenesteloven mv. (saksbehandlingsregler for fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker mv.)</p> <p><u>2008.04.03 nr 0320</u>: (HOD) Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp</p> <p><u>2009.09.09 nr 1175</u>: (HOD) Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut</p> <p><u>2009.10.02 nr 1229</u>: (HOD) Forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram</p> <p><u>2010.03.18 nr 0425</u>: (HOD) Delegering av myndighet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet</p> <p><u>2010.11.12 nr 1426</u>: (HOD) Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)</p> <p><u>2010.11.22 nr 1466</u>: (HOD) Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Vedlegg 2

# Resultatet av regresjonsanalyser referert til i kapittel 6.

Tabellene viser resultatet fra regresjonsanalyser (OLS) av variabler fra KOSTRA og KRDs organisasjonsdatabase. Tabellene viser kun ustandardiserte regresjonskoeffisienter B og standardiserte koeffisienter (Beta) som er signifikante, derfor har tabellene mange tomme ruter.

	Andel plasser i inst og heldøgns bemannet bolig i prosent av bef 80+	Plasser i insti i prosent av innb 80 år og over	Andel innb 80+ som er beboere på inst <sup>a</sup>	Andel innb 80 år og over i bolig med heldøgns bemanning
<b>Model fit statistics, R-square, adjusted (R2)</b>	R2=.261	R2=.530	R2=.307	R2=.019
Konstantledd				
<b>Kontekstvariabler:</b>				
Kommunestørrelse, gruppert	-1.333 (-.308) **	-1.048 (-.304) **	-.940 (-.415) ***	
Sentralitet (gj.sn.reisetid til kom.senter I min)	.272 (.144) *			.248 (.243) **
Tettsted (andel av bef som bor i tettsted)	.090 (.215) *			.080 (.355) **
Innflytting pr 1000 innb				
Utflytting per 1000 innb				
<b>Finansielle kontekstvariabler</b>				
Frie inntekter i kr.pr.innb.	.000 (.359) ***	.000 (-.342)***	8.437- E5 (.166)*	
Netto driftsresultat I kr pr innb	.001 (.148)*	.001 (.181)***		



<b>Befolkningsvariabler:</b>				
Forventet levealder, menn		2.729 (.226)*		
Forventet levealder, kvinner				
Andel 0-åring				
Andel 1-5år				
Andel 6-15				
Andel 16-18				
Andel 19-24				
Andel 25-66				
Ande 67-79				
Andel 80 og over				
Andel enslige innbyggere 80 og over	.268 (.164)*	.343 (.263)***	.226 (.265)** *	
<b>Administrativ organisering</b>				
A16:Målstyring tatt i bruk (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
B16:BMS tatt i bruk, som inkl brukertilfr (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
D16:Resultatindikatorer spes v s a utgiftsnivå (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
F16:Politiske vedtak om kvalitetskrav (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
H16:Interne bestillinger: kontrakter, krav-spesifikasjon (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
I:16: Bestillerkontor (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
22A:Antall adm enheter som rapp til rådmann				
B_22_1 Enkeltvirksomheter rapp til rådmann (=1)				
B_22_2 Overordnet enhet hvor flere virks rapp til rådmann(=1)				
B_22_3 Etat m feks alle skoler rapp til rådmann (=1)				
B_22_4 Virks i geografisk område rapp til rådmann (=1)	***			
B_22_5 Funksjonsorg virksomheter rapp til rådmann (=1)				
C_22_1: Flat struktur: 0 ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)				
C_22_2: 1 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_3: 2 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_4: Flere ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_5: Varierende ant ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)				
D_22_1: Adm sjef har ikke indre sjefsgruppe (=1)				
D_22_2: Adm sjef har ledere i stab/støtte i indre ledergr (=1)				
D_22_3: Adm sjef har ledere for adm enheter i indre ledergr (=1)				

D_22_14 Adm sjef har kamm dir/komm sjefer i indre ledergr (=1)				
E_22_1: Kom har ikke kommunaldirektører (=1)				
E_22_2: Kom har kamm dir m/ ansvar for ett tjenesteomr (=1)				
E_22_3: Kom har kamm dir m/ ansvar for flere tjenesteomr (=1)				
E_22_4: Kommunen har kamm dir m/ skiftende ansvarsfelt(=1)				
H_41_6: Kom har bestiller-utførermodell i inst PLO(=1)				
H_41_7: Kom har bestiller-utførermod.i PLO hjemmet (=1)				
B_41_7: Sammenlikn data/benchmarking PLO i hjemmet (=1)				
C_41_6: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO institusjon				
C_41_7: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO i hjemmet				
<b>Politisk ledelse I kommunen</b> Ordførers politiske tilhørighet – skala fra sos-høyre				
Varaordførers politiske tilhørighet			-0.03 (-.103)*	
Valid N				

Notes: \* Significant level  $p < .05$ , \*\* Significant at level  $p < .01$ , \*\*\* significant at level  $p .00$  (two-tailed p-values).

	Netto driftsutgifter i kr pr innb PLO	Tjenester til hjemmeboende, andel driftsutgifter til PLO	Institusjon, andel driftsutgifter til PLO
<b>Model fit statistics</b> , R-square, adjusted (R2)	R2=.624	R2=.289	R2=.461
Konstantledd			
<b>Kontekstvariabler:</b> Kommunestørrelse, gruppert		1.394 (.263) *	
Sentralitet (gj.sn.reisetid til kom.senter I min)		.325 (.140) *	-.470 (-.194) ***
Tettsted (andel av bef som bor i tettsted)			-.093 (-.174) *
Innflytting pr 1000 innb			
Utflytting per 1000 innb		-.269 (-.53) *	
<b>Finansielle kontekstvariabler</b> Frie inntekter i kr.pr.innb.	000/.633***		000 (.624)***
Netto driftsresultat I kr pr innb		-.001 (-.198)**	.001 (.133)*
<b>Befolkningsvariabler:</b> Forventet levealder, menn			
Forventet levealder, kvinner			

Andel 0-åringar			
Andel 1-5år			
Andel 6-15			
Andel 16-18	6524.2 (.601)*		
Andel 19-24			
Andel 25-66			
Ande 67-79			
Andel 80 og over	6716.3 (1.667)*		
Andel enslige innbyggere 80 og over	97.629 (.111)*		
<b>Administrativ organisering</b>			
A16:Målstyring tatt i bruk (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			
B16:BMS tatt i bruk, som inkl brukertilfr (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			
D16:Resultatindikatorer spes v s a utgiftsnivå (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			
F16:Politiske vedtak om kvalitetskrav (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			
H16:Interne bestillinger: kontrakter, krav-spesifikasjon (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			
I:16: Bestillerkontor (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			
22A:Antall adm enheter som rapp til rådmann			
B_22_1 Enkeltvirksomheter rapp til rådmann (=1)			
B_22_2 Overordnet enhet hvor flere virks rapp til rådmann(=1)			
B_22_3 Etat m feks alle skoler rapp til rådmann (=1)			
B_22_4 Virks i geografisk område rapp til rådmann (=1)			
B_22_5 Funksjonsorg virksomheter rapp til rådmann (=1)			
C_22_1: Flat struktur: 0 ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)			
C_22_2: 1 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)			
C_22_3: 2 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)			
C_22_4: Flere ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)			
C_22_5: Varierende ant ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)			
D_22_1: Adm sjef har ikke indre sjefsgruppe (=1)			
D_22_2: Adm sjef har ledere i stab/støtte i indre ledergr (=1)			
D_22_3: Adm sjef har ledere for adm enheter i indre ledergr (=1)			
D_22_14 Adm sjef har komm dir/komm sjefer i indre ledergr (=1)			

E_22_1: Kom har ikke kommunaldirektører (=1)	-2895.54 (-.220)*		
E_22_2: Kom har komm dir m/ ansvar for ett tjenesteomr (=1)	-2342.6 (-.160)*		
E_22_3: Kom har komm dir m/ ansvar for flere tjenesteomr (=1)			
E_22_4: Kommunen har komm dir m/ skiftende ansvarsfelt(=1)			
H_41_6: Kom har bestiller-utførermodell i inst PLO(=1)			
H_41_7: Kom har bestiller-utførermod.i PLO hjemmet (=1)			
B_41_7: Sammenlikn data/benchmarking PLO i hjemmet (=1)			
C_41_6: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO institusjon			
C_41_7: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO i hjemmet			
<b>Politisk ledelse I kommunen</b> Ordførers politiske tilhørighet – skala fra sos-høyre			
Varaordførers politiske tilhørighet		.915 (.135)*	<b>-.918 (-.130)*</b>
Valid N			

Notes: \* Significant level  $p < .05$ , \*\* Significant at level  $p < .01$ , \*\*\* significant at level  $p .00$  (two-tailed p-values).

	Netto drifts- utgifter PLO i prosent av kom tot drifts-utg	Andel plasser i brukertilpa sset enerom m/ eget bad/wc	Andel plasser enerom i PLO inst	Andel hjemme-tj mottakere med omf bistandsbeho v, 80 pluss
<b>Model fit statistics</b> , R-square, adjusted (R2)	R2=.397	R2=.048	R2=-.097	R2=.32
Konstantledd				
<b>Kontekstvariabler:</b> Kommunestørrelse, gruppert				1.487 (.456)***
Sentralitet (gj.sn.reisetid til kom.senter I min)				
Tettsted (andel av bef som bor i tettsted)				.080 (255)**
Innflytting pr 1000 innb				
Utflytting per 1000 innb				
<b>Finansielle kontekstvariabler</b> Frie inntekter i kr.pr.innb.	000 (-.243)*			
Netto driftsresultat I kr pr innb		.001 (.153)*		
<b>Befolkningsvariabler:</b> Forventet levealder, menn				
Forventet levealder, kvinner				

Andel 0-åringer				
Andel 1-5år				
Andel 6-15				
Andel 16-18				
Andel 19-24				
Andel 25-66				
Ande 67-79				
Andel 80 og over	8.021 (2.156)*			
Andel enslige innbyggere 80 og over	.165 (.196)**	.702 (.203)*		
<b>Administrativ organisering</b>				
A16:Målstyring tatt i bruk (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
B16:BMS tatt i bruk, som inkl brukertilfr (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				-1.951 (-.186)*
D16:Resultatindikatorer spes v s a utgiftsnivå (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
F16:Politiske vedtak om kvalitetskrav (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
H16:Interne bestillinger: kontrakter, krav-spesifikasjon (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
I:16: Bestillerkontor (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
22A:Antall adm enheter som rapp til rådmann				
B_22_1 Enkeltvirksomheter rapp til rådmann (=1)				
B_22_2 Overordnet enhet hvor flere virks rapp til rådmann(=1)				
B_22_3 Etat m feks alle skoler rapp til rådmann (=1)				
B_22_4 Virks i geografisk område rapp til rådmann (=1)				
B_22_5 Funksjonsorg virksomheter rapp til rådmann (=1)				
C_22_1: Flat struktur: 0 ledernivå mml adm sjef og utøv virk (=1)				
C_22_2: 1 ledernivå mml adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_3: 2 ledernivå mml adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_4: Flere ledernivå mml adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_5: Varierende ant ledernivå mml adm sjef og utøv virk (=1)				
D_22_1: Adm sjef har ikke indre sjefsgruppe (=1)				
D_22_2: Adm sjef har ledere i stab/støtte i indre ledergr (=1)				

D_22_3: Adm sjef har ledere for adm enheter i indre ledergr (=1)				
D_22_14 Adm sjef har komm dir/komm sjefer i indre ledergr (=1)	-2.195 (-.194)*			
E_22_1: Kom har ikke kommunaldirektører (=1)	-2.885 (-.237)*			
E_22_2: Kom har komm dir m/ ansvar for ett tjenesteomr (=1)				
E_22_3: Kom har komm dir m/ ansvar for flere tjenesteomr (=1)				
E_22_4: Kommunen har komm dir m/ skiftende ansvarsfelt(=1)				
H_41_6: Kom har bestiller-utførermodell i inst PLO(=1)				
H_41_7: Kom har bestiller-utførermod.i PLO hjemmet (=1)				
B_41_7: Sammenlikn data/benchmarking PLO i hjemmet (=1)				
C_41_6: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO institusjon				
C_41_7: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO i hjemmet				
<b>Politisk ledelse I kommunen</b> Ordførers politiske tilhørighet – skala fra sos-høyre				
Varaordførers politiske tilhørighet				

Notes: \* Significant level  $p < .05$ , \*\* Significant at level  $p < .01$ , \*\*\* significant at level  $p .00$  (two-tailed p-values).

	System for brukerundersøkelser i hjemmetjenesten	System for brukerundersøkelser i institusjon
<b>Model fit statistics</b> , R-square, adjusted (R2)	R2=.143	R2=.163
Konstantledd		
<b>Kontekstvariabler:</b> Kommunestørrelse, gruppert		
Sentralitet (gj.sn.reisetid til kom.senter I min)		
Tettsted (andel av bef som bor i tettsted)		
Innflytting pr 1000 innb		
Utflytting per 1000 innb		
<b>Finansielle kontekstvariabler</b> Frie inntekter i kr.pr.innb.		
Netto driftsresultat I kr pr innb		
<b>Befolkningsvariabler:</b> Forventet levealder, menn	.195 (.305)*	.209 (.324)*
Forventet levealder, kvinner	-.291 (-.430)**	-.335 (-.488)***

Andel 0-åringer		
Andel 1-5år		
Andel 6-15		
Andel 16-18		
Andel 19-24		
Andel 25-66		
Ande 67-79		
Andel 80 og over		
Andel enslige innbyggere 80 og over	-.013 (-.187)*	
<b>Administrativ organisering</b>		
A16:Målstyring tatt i bruk (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)		
B16:BMS tatt i bruk, som inkl brukertilfr (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)	.132 (.226)**	
D16:Resultatindikatorer spes v s a utgiftsnivå (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)		
F16:Politiske vedtak om kvalitetskrav (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)		
H16:Interne bestillinger: kontrakter, krav-spesifikasjon (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)		
I:16: Bestillerkontor (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)		
22A:Antall adm enheter som rapp til rådmann		
B_22_1 Enkeltvirksomheter rapp til rådmann (=1)		
B_22_2 Overordnet enhet hvor flere virks rapp til rådmann(=1)		
B_22_3 Etat m feks alle skoler rapp til rådmann (=1)		
B_22_4 Virks i geografisk område rapp til rådmann (=1)		
B_22_5 Funksjonsorg virksomheter rapp til rådmann (=1)		
C_22_1: Flat struktur: 0 ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)		
C_22_2: 1 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)		
C_22_3: 2 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)		
C_22_4: Flere ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)		
C_22_5: Varierende ant ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)		
D_22_1: Adm sjef har ikke indre sjefsgruppe (=1)		
D_22_2: Adm sjef har ledere i stab/støtte i indre ledergr (=1)		

D_22_3: Adm sjef har ledere for adm enheter i indre ledergr (=1)		
D_22_14 Adm sjef har komm dir/komm sjefer i indre ledergr (=1)		
E_22_1: Kom har ikke kommunaldirektører (=1)		
E_22_2: Kom har komm dir m/ ansvar for ett tjenesteomr (=1)		
E_22_3: Kom har komm dir m/ ansvar for flere tjenesteomr (=1)		
E_22_4: Kommunen har komm dir m/ skiftende ansvarsfelt(=1)		
H_41_6: Kom har bestiller-utførermodell i inst PLO(=1)		
H_41_7: Kom har bestiller-utførermod.i PLO hjemmet (=1)		
B_41_7: Sammenlikn data/benchmarking PLO i hjemmet (=1)		
C_41_6: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO institusjon		
C_41_7: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO i hjemmet		
<b>Politisk ledelse I kommunen</b> Ordførers politiske tilhørighet – skala fra sos-høyre		
Varaordførers politiske tilhørighet		

Notes: \* Significant level  $p < .05$ , \*\* Significant at level  $p < .01$ , \*\*\* significant at level  $p .00$  (two-tailed p-values).

	Andel bruker med individuell plan	Mottakere av hjemmetjenester pr 1000 innb 80 år og over	Andel hjemmeboere med høy timeinnsats	Lege-timer pr beboer pr uke, institusjon
R2	R2=.19	R2=.048	R2=.129	R2=.131
Konstantledd				
<b>Kontekstvariabler</b>				
Kommunestørrelse, gruppert				-.018 (-.249)*
Sentralitet (gj.sn.reisetid til kom.senter I min)			.114 (.146)*	
Tettsted (andel av bef som bor i tettsted)				.002 (.265)*
Innflytting pr 1000 innb				-.004 (-.253)*
Utflytting per 1000 innb				
<b>Finansielle kontekstvariabler</b>				
Frie inntekter i kr.pr.innb.				
Netto driftsresultat I kr pr innb				



<b>Befolkningsvariabler</b>				
Forventet levealder, menn				-.096 (-.380)*
Forventet levealder, kvinner				
Andel 0-åring				
Andel 1-5år				
Andel 6-15				
Andel 16-18				
Andel 19-24				
Andel 25-66				
Ande 67-79				
Andel 80 og over				
Andel enslige innbyggere 80 og over				.005 (.171)*
<b>Administrativ organisering</b>				
A16:Målstyring tatt i bruk (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
B16:BMS tatt i bruk(1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
D16:Resultatindikatorer spes v s a utgiftsnivå (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
F16:Politiske vedtak om kvalitetskrav (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)	-1.459 (-.147)*			
H16:Interne bestillinger: kontrakter, krav-spesifikasjon (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
I:16: Bestillerkontor (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
22A:Antall adm enheter som rapp til rådmann				
B_22_1 Enkeltvirksomheter rapp til rådmann (=1)				
B_22_2 Overordnet enhet hvor flere virks rapp til rådmann(=1)				
B_22_3 Etat m feks alle skoler rapp til rådmann (=1)				
B_22_4 Virks i geografisk område rapp til rådmann (=1)				
B_22_5 Funksjonsorg virksomheter rapp til rådmann (=1)				
C_22_1: Flat struktur: 0 ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)				
C_22_2: 1 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_3: 2 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C_22_4: Flere ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)	-13.603 (-.129)*			
C_22_5: Varierende ant ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)				
D_22_1: Adm sjef har ikke indre				

sjefsgruppe (=1)				
D_22_2: Adm sjef har ledere i stab/støtte i indre ledergr (=1)				.064 (.166)*
D_22_3: Adm sjef har ledere for adm enheter i indre ledergr (=1)				
D_22_14 Adm sjef har komm dir/komm sjefer i indre ledergr (=1)				
E_22_1: Kom har ikke kommunaldirektører (=1)				
E_22_2: Kom har komm dir m/ ansvar for ett tjenesteomr (=1)				
E_22_3: Kom har komm dir m/ ansvar for flere tjenesteomr (=1)				
E_22_4: Kommunen har komm dir m/ skiftende ansvarsfelt(=1)				.162 (.205)**
H_41_6: Kom har bestiller-utførermodell i inst PLO(=1)				
H_41_7: Kom har bestiller-utførermod.i PLO hjemmet (=1)				
B_41_7: Sammenlikn data/benchmarking PLO i hjemmet (=1)				
C_41_6: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO institusjon				
C_41_7: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO i hjemmet				
<b>Politisk ledelse I kommunen</b> Ordførers politiske tilhørighet – skala fra sos-høyre				
Varaordførers politiske tilhørighet	.428/ (.135)*		.361 (.158)*	

Notes: \* Significant level  $p < .05$ , \*\* Significant at level  $p < .01$ , \*\*\* significant at level  $p .00$  (two-tailed p-values).

	Fysioterapi timer pr beboer pr uke, institusjon	Andel plasser avsatt til habilitering, rehabilitering	Psykiatrisk sykepleier, årsverk	Andel årsverk i brukerretnede tjenester m/fagutdanning
R2	(R2=-.024)	R2=-.007	R2=.474	R2=.034
Konstantledd				
<b>Kontekstvariabler</b>				
Kommunestørrelse, gruppert			1,226 (0,596)***	
Sentralitet (gj.sn.reisetid til kom.senter I min)				
Tettsted (andel av bef som bor i tettsted)				
Innflytting pr 1000 innb				
Utflytting per 1000 innb				
<b>Finansielle kontekstvariabler</b>				
Frie inntekter i kr.pr.innb.			9,727E-5 (0,211)**	

Netto driftsresultat I kr pr innb				
<b>Befolkningsvariabler</b>				
Forventet levealder, menn				
Forventet levealder, kvinner				
Andel 0-åring				
Andel 1-5år				
Andel 6-15				
Andel 16-18				
Andel 19-24				
Andel 25-66				
Ande 67-79				
Andel 80 og over				
Andel enslige innbyggere 80 og over				
<b>Administrativ organisering</b>				
A16:Målstyring tatt i bruk (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
B16:BMS tatt i bruk(1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
D16:Resultatindikatorer spes v s a utgiftsnivå (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
F16:Politiske vedtak om kvalitetskrav (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
H16:Interne bestillinger: kontrakter, krav-spesifikasjon (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)				
I:16: Bestillerkontor (1=nei, 2=ja, noen, 3=ja, alle tj omr)			1.670 (.136)*	
22A:Antall adm enheter som rapp til rådmann			0,069/ 0,237***	
B 22_1 Enkeltvirksomheter rapp til rådmann (=1)			-2.737 (-.252)**	
B 22_2 Overordnet enhet hvor flere virks rapp til rådmann(=1)			-1.442 (-.116)*	
B 22_3 Etat m feks alle skoler rapp til rådmann (=1)				
B 22_4 Virks i geografisk område rapp til rådmann (=1)				
B 22_5 Funksjonsorg virksomheter rapp til rådmann (=1)				
C 22_1: Flat struktur: 0 ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)				
C 22_2: 1 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C 22_3: 2 ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C 22_4: Flere ledernivå mlm adm sjef og utøvende virk (=1)				
C 22_5: Varierende ant ledernivå mlm adm sjef og utøv virk (=1)				

D_22_1: Adm sjef har ikke indre sjefsgruppe (=1)				
D_22_2: Adm sjef har ledere i stab/støtte i indre ledergr (=1)				
D_22_3: Adm sjef har ledere for adm enheter i indre ledergr (=1)				
D_22_14 Adm sjef har komm dir/komm sjefer i indre ledergr (=1)				
E_22_1: Kom har ikke kommunaldirektører (=1)				
E_22_2: Kom har komm dir m/ ansvar for ett tjenesteomr (=1)			2,545 /0,196**	
E_22_3: Kom har komm dir m/ ansvar for flere tjenesteomr (=1)				
E_22_4: Kommunen har komm dir m/ skiftende ansvarsfelt(=1)				
H_41_6: Kom har bestiller-utførermodell i inst PLO(=1)				
H_41_7: Kom har bestiller-utførermod.i PLO hjemmet (=1)				
B_41_7: Sammenlikn data/benchmarking PLO i hjemmet (=1)				
C_41_6: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO institusjon				
C_41_7: Benchmarking, sammenliknbare data i PLO i hjemmet				
<b>Politisk ledelse I kommunen</b> Ordførers politiske tilhørighet – skala fra sos-høyre			-0,231/ -0,092*	
Varaordførers politiske tilhørighet				

Notes: \* Significant level  $p < .05$ , \*\* Significant at level  $p < .01$ , \*\*\* significant at level  $p .00$  (two-tailed p-values).