



Rehabilitering med arbeid som mål – et organisatorisk perspektiv

Refleksjoner om styringsutfordringer og kunnskapsbehov

av

Knut Fossetøl og Tone Alm Andreassen

AFI-notat 12/2010

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCATIONAL PAPERS

© Arbeidsforskningsinstituttet AS, 2010
© The Work Research Institute
© Forfattere/Authors

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i «Lov om opphavsrett til åndsverk», «Lov om rett til fotografi» og «Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet».

All rights reserved. This publication, or part thereof, may not be reproduced in any form without written permission from the publisher.

ISBN 978-82-7609-274-5
ISSN 0801-7816

Notatet kan lastes ned fra hjemmesiden eller bestilles fra:/Distribution by:

Arbeidsforskningsinstituttet AS
Pb. 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Work Research Institute
P.O.Box 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00
Telefax: +47 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
Webadresse: afi-wri.no

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS NOTATSERIE THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S OCCASIONAL PAPERS

Temaområde:

Medvirkning, inkludering og organisering

Notat nr.:

12/2010

Tittel:

Rehabilitering med arbeid som mål – et organisatorisk perspektiv
Refleksjoner om styringsutfordringer og kunnskapsbehov.

Dato

Mai 2010

Forfatter:

Knut Fossestøl
Tone Alm Andreassen

Antall sider:

37

Resymé:

Notatet beskriver den organisatoriske konteksten som rammer inn arbeidet knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, og de grunnleggende utfordringene som reises av målet om en helhetlig tjenesteyting med grunnlag i den enkeltes behov og ønsker. Vi gjennomgår forskning knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, og peker på at det mangler forskning med et organisatorisk perspektiv som gjør det mulig å se hvilke nye styringsformer som utvikler seg i rehabiliteringsfeltet.

Ved å ta utgangspunkt i at rehabilitering er fagbasert tjenesteyting der skjønnsutøvelse er et definatorisk kjennetegn som det verken er hensiktsmessig eller mulig å fjerne fordi tjenestene skal tilpasses individuelle og lokale forhold, viser vi ulike former for styring av slik fagbasert tjenesteyting. Vi framhever den nasjonale rehabiliteringsstrategien som et forsøk på å ta i bruk et mangfold av styringsmidler for å sikre koordinering, og peker på nye roller for medarbeidere og brukere som vokser fram for å styrke helhet og koordinering.

Avslutningsvis drøfter vi trekk ved disse nye styrings- og samordningsformene i lys av det tradisjonelle fokuset på politisk sektorspesifikk og vertikal styring. Vi peker på at en viktig utfordring knyttet til rehabilitering med arbeid som mål er at sentrale myndigheters interesse i vertikal styring og kontroll kan utfordre ønskene om en horisontal integrasjon med brukerne i sentrum. Dette gjør at hensynet til rehabilitering lett kan bli et tillegghensyn og en kostnad for ulike aktører og virksomheter, mer enn en prioritert aktivitet. Det synes behov for en mer systematisk organisatorisk og empirisk bearbeidelse av utfordringene knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, og kanskje særlig i lys av internasjonale erfaringer knyttet til bruk av nettverk og nettverksstyring som virkemidler i arbeidet med å realisere en mer helhetlig tjenesteyting.

Emneord:

Arbeidsrettet rehabilitering
Brukermedvirkning
Integrasjon
Organisering

Brukeretting
Helhetlig tjenesteyting
Koordinering
Samordning

FORORD

Vi har over lengre tid arbeidet med problemstillinger om hvordan offentlig politikk og innsats kan gjøre det mulig for mennesker med helseproblemer og funksjonsnedsettelse å være deltakere i samfunns- og arbeidsliv. Vi har gjort dette blant annet i ulike evalueringer i forlengelsen av Attføringsmeldinga fra 1991/92, i prosjektet SALTO – finansiert av Norges Forskningsråd, i evaluering av NAV-reformens lokale iverksetting, og i flere prosjekter om organisering og omstilling av aktører i rehabiliteringsfeltet finansiert av Helsedirektoratet, den gang Sosial- og helsedirektoratet, (Fossestøl, 2007b; Fossestøl, 2009a, Skarpaas 2010), som også er adressert for dette notatet.

Denne bakgrunnen og disse erfaringene har foranlediget et behov for å reise noen mer grunnleggende og prinsipielle overveielser knyttet til styring og organisering av helhetlig tjenesteyting. Dette refleksjonsnotatet er resultatet av disse bestrebelsene. Refleksjonene er ikke avsluttete eller endelige. De er basert på våre erfaringer som forskere i felt, like mye som på den empiriske forskningen om feltet. Flere av poengene vi viser til er brukt tidligere, særlig i foredrag om og for feltet. De er imidlertid ikke satt inn i den sammenheng vi her søker å utvikle.

Andre forskere har også bidratt til notatet. Taran Thune har innhentet og systematisert en god del av forskningslitteraturen om attføring, rehabilitering og sykefraværshåndtering. Anne Marie Berg og Ingebjørg Skarpaas har begge bidratt til tenkningen gjennom mange diskusjoner, særlig knyttet til SALTO-prosjektet.

Selv om notatet slik sett er et resultat av felles diskusjoner, er det ført i pennen av oss. Vi står ansvarlig for styrker så vel som svakheter ved notatet. Tone Alm Andreassen har hovedansvaret for kapittel 3 og 6, sistnevnte med bidrag fra Ingebjørg Skarpaas. Knut Fossestøl har hovedansvaret for de resterende kapitlene. Innramming, oppbygning og avslutning er et felles produkt.

Notatet er betydelig forsinket i forhold til opprinnelig fremdriftsplan. Vi takker Helsedirektoratet for den tålmodighet de har vist i forbindelse med gjennomføringen av prosjektet.

Oslo, mai 2010

Arbeidsforskningsinstituttet

Knut Fossestøl og Tone Alm Andreassen

INNHALDSFORTEGNELSE

Forord

Kapittel 1. Innledning	1
Kapittel 2. Rehabilitering som prosess. Hierarkiske organisatoriske felt og arbeidsliv med lønnsomhetskrav	3
Velferdsstatens hierarkiske styring	3
Tre hierarkier – tre organisatoriske felt	4
Arbeidslivet og lønnsomhetskrav	5
Koordineringsutfordringer	5
Kapittel 3. Forskning om rehabiliteringsprosesser med arbeid som mål.....	7
Årsaker, tiltak og effekter	7
Brukererfaringer	8
Koordineringsbehov og koordineringsutfordringer	9
For lite forskning om styringsutfordringer.....	11
Kapittel 4. Styring av faglig skjønnsutøvelse	12
Rammestyring	13
Konkurrans- og markedsstyring	14
Kunnskapsstyring	14
Hybrid styring – kombinasjoner av styringsmidler.....	15
Kapittel 5. Rehabiliteringsfeltet – et eksempel på hybrid styring?.....	17
Nasjonal strategi for rehabilitering.....	17
En ukoordinert sentralforvaltning?	19
Komplisert styring av fagutøvelse	20
Kapittel 6. Nye roller i velferdsfeltet	22
Systemkoordinatoren.....	22
Flokkeløseren	24
Forbedringsinspiratoren	25
Brukerrepresentanten	28
Sentrale kjennetegn og utfordringer.....	29
Kapittel 7. Styringsutfordringer og kunnskapsbehov.....	31
Litteraturliste	34

Kapittel 1. Innledning

Tradisjonelt har den velferdspolitiske striden stått mellom troen på en stor offentlig sektor og på politisk styring versus troen på markedskreftene og individenes fri valg. I Norge har det siden 1980-tallet vært en diskusjon om bruk av markedskrefter for å modernisere velferdsstaten, en modernisering som også har skjedd, men det har ikke vært reist grunnleggende spørsmål om hensiktsmessigheten av en stor og politisk styrt velferdsstat. Selv om det i mange andre land, særlig de angloamerikanske, skjedde en omfattende nedbygging av velferdsstaten i kjølvannet av Reagans og Thatchers nyliberalisme, har dette i liten grad skjedd Norge.

Tvert imot synes statens omfang og ambisjoner i Norge å ha økt de seinere årene. Ikke minst har dette kommet til uttrykk i forholdet mellom forvaltningen og den enkelte, og hvor individets rettigheter, medvirkning og valgfrihet er blitt stadig viktigere. Særlig har disse problemstillingene blitt tydeliggjort i forhold til personer med ”sammensatte problemer”, og i forhold til målsettingene om et inkluderende arbeidsliv.

I økende grad har myndighetene tatt innover seg at hvis man skal lykkes med å adressere slike problemstillinger så kreves samordnet innsats. Denne samordningen er imidlertid alt annet enn enkel, fordi den utfordrer den hierarkiske og spesialiserte arbeidsformen som tradisjonelt har preget den norske velferdsstaten. Ikke bare kan det være en utfordring å få aktørene og virksomhetene innenfor hver enkelt sektor til å gjøre som overordnede ønsker. Ennå vanskeligere er det å få dem til å samarbeide om problemstillinger (brukere) som kommer i tillegg til de oppgavene aktørene og virksomhetene har spesialisert seg på å oppnå. Kompleksiteten øker ytterligere når dette skal skje på tvers av sektorer, og måloppnåelsen skal skje i forhold et arbeidsmarked de færreste av aktørene har fortrolig kunnskap om.

Det er hvordan norske politiske myndigheter har søkt å adressere disse utfordringene knyttet til rehabilitering med arbeid som mål som er tema i dette notatet. Vi anlegger et organisatorisk perspektiv, og fokus vil være på feltets organisering, på aktørene og de politikkene som søker å forme virksomheten i feltet, mer enn på effekter av intervensjoner og tiltak. Vi vil legge hovedvekten på det som det som er nytt og lite beskrevet.

I mange andre land snakker man om nettverksstyring og governance (i motsetning til government) for å betegne fremveksten av nye organisasjonsformer i offentlig sektor, som søker å håndtere sektor-, nivå- og fagovergripende utfordringer og hvor også sivilsamfunnet og markedsaktører spiller en rolle. Ofte handler det om situasjoner hvor offentlig sektor alene ikke er i stand til å håndtere en problemstilling, og inngår i nettverk fordi de ønsker å mobilisere ressursene til private (inkludert

frivillige) aktører, og komme frem til løsninger hvor private og offentlige samarbeider. Governance blir en betegnelse for en form for offentlig styring som lar private aktører være med på å forme beslutningene som fattes, og hvor aktører med autonomi og selvbestemmelse forhandler og samarbeider med hverandre ut fra innsikten i gjensidig avhengighet og nytte av hverandre, for å nå egne mål.

I Norge synes slike nettverksbaserte styringsformer å være lite aktuelle for utviklingen av helhetlige og brukerrettede tjenester. Dette henger det sammen med den norske tradisjonen for "ministerstyre", og som gjør at statsråden er konstitusjonelt ansvarlig for alt som foregår innenfor sin sektor (Fimreite, 2005). Dette innebærer at det norske systemet vil ha et sterkt fokus på vertikal styring samordning og kontroll, fremfor på horisontal og sektorovergripende planlegging. Hierarkiet og den politiske styringen står m.a.o. sterkt i Norge, men innenfor og ikke mellom sektorer. I stedet utvikles andre styringsformer som verken er basert på prinsippet om de ulike aktørenes autonomi og selvbestemmelse, men som heller ikke er basert på tradisjonell instruksstyring.

Det er aspekter og utfordringer ved denne styringsformen vi vil se på og drøfte i dette notatet. Først beskriver vi den organisatoriske konteksten som rammer inn arbeidet knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, og beskriver de grunnleggende utfordringene ønsket om en helhetlig tjenesteyting med grunnlag i den enkeltes behov og ønsker, står ovenfor (kap 2). Dernest gjennomgår vi forskningen knyttet til rehabilitering med arbeid som mål og hevder at denne mangler et systematisk organisatorisk perspektiv som gjør det mulig å se hvilke nye styringsformer som utvikler seg i rehabiliteringsfeltet (kap 3). Ved først å beskrive nye styrings- og samordningsformer knyttet til fagbasert tjenesteyting, karakterisere den nasjonale rehabiliteringsstrategien som et eksempel på en slik strategi, samt beskrive noen av de nye rollene og aktørene i rehabiliteringsfeltet, søker vi å etablere et grunnlag for en mer systematisk utforskning av rehabilitering med arbeid som mål som organisatorisk problemstilling (kap 4-6). Avslutningsvis drøfter vi trekk ved disse nye styrings- og samordningsformene i lys av det tradisjonelle fokuset på politisk sektorspesifikk og vertikal styring (kap 7).

Kapittel 2. Rehabilitering som prosess. Hierarkiske organisatoriske felt og arbeidsliv med lønnsomhetskrav

I rehabiliteringsmeldingen, St.meld nr.21 (1998-99) ” Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk”, og i forskrift for habilitering og rehabilitering (§2), beskrives rehabilitering som ”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”

Målet er ” å fremme sjølvstende og deltaking, og å medverke til eit verdig liv og like sjansar for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom”. Rehabilitering skal ta utgangspunkt i respekten for menneskeverdet, uavhengig av problemfelt, graden av funksjonshemming og den enkeltes evne til arbeid. Politikken definerer rehabilitering som prosess, en prosess der mange aktører, tjenester og tiltak er inne, og der innsatsen fra disse må være koordinert, men der det er brukeren som har den ledende posisjonen, det er den enkeltes egen prosess hjelpeapparatet skal støtte opp under. Rehabilitering som virksomhets- og kunnskapsområde kjennetegnes av tverrfaglig og tverrsektoriell innsats.

Organisatorisk sett krever en slik prosessuell rehabiliteringsforståelse høy grad av lokal, horisontal integrasjon rundt den enkelte. En slik integrasjon er ingen selvfølge. For det første fordi velferdsstaten er vertikalt organisert, for det andre pga av det store antall virksomheter innenfor hver enkelt av de sektorene (helse, arbeid og utdanning) som rehabiliteringsfeltet utgjør. For det tredje fordi disse virksomhetene skal nå sine mål i et fjerde og helt selvstendig organisatorisk felt – arbeidslivet. La oss se litt nærmere på disse utfordringene.

Velferdsstatens hierarkiske styring

Den velferdsstatlige tjenesteproduksjonen er vertikalt styrt og spesialisert etter sektor/funksjon. I dette ligger at velferdsstatens organisering grunnleggende sett må svare på ønsket om å sikre sentral politisk styring og kontroll, samt formåls- og kostnadseffektiv drift, innenfor en utviklet arbeidsdeling, mer enn på ønsket om å utvikle mekanismer for horisontal integrasjon og koordinering rundt den enkelte. Et sentralt mål for enhver statsråd eller departement er å sikre seg styring, kontroll og effektiv tjenesteproduksjon, slik at de kan nå sine sektorspesifikke målsettinger (statsrådets konstitusjonelle ansvar eller ministerstyre).

Dette er ingen enkel oppgave. Mangfoldet og kompleksiteten i oppgavene er så store at det kan være vanskelig for overordnede å være sikre på at fagfolkenes skjønnsutøvelse og autonomi brukes til å nå politisk fastsatte mål. Som vi skal komme tilbake til seinere, vil en del av de virkemidlene politikerne

tar i bruk for å svare på disse utfordringene kunne bidra til en ytterligere konsolidering rundt vertikal koordinering og sektorintern måloppnåelse innenfor den enkelte sektor.

Tre hierarkier – tre organisatoriske felt

I praksis vil en rekke ulike aktører (fagfolk og virksomheter) være involvert i rehabiliteringsforløp som har deltakelse i arbeidslivet som mål. Aktørene kan være både kommunale, statlige, private eller tilhørende frivillig sektor. Noen aktuelle er: Arbeidsgiver og verne- og helsepersonell inkludert bedriftshelsetjeneste, primær/fastlege, spesialisthelsetjeneste inkludert rehabiliteringsinstitusjoner og Lærings- og mestringssentra, den nye arbeids- og velferdsforvaltningen inkludert NAVs arbeidslivssentre og hjelpemiddelformidling, samt øvrige kommunale helse- og sosialtjenester, rehabiliteringstjenester (fysio- og ergoterapi), voksenopplæring, og organisasjoner av kronisk syke og funksjonshemmede som driver selvhjelpsgrupper, likemannshjelp og veiledningskurs. Disse aktørene inngår i ulike organisatoriske felt som alle er involvert i rehabilitering med arbeid som mål; arbeids-, utdannings- og helsefeltet.

Arbeidssystemets (NAV-feltets) hovedfokus er på inntektssikring, og på å styrke enkeltpersoner som trenger bistand (motivasjon, kompetanse) for å delta og lykkes på arbeidsmarkedet. Et annet viktig fokus er å bistå enkeltpersoner som har en relasjon til arbeidslivet, til å opprettholde den til tross for sykdom, nedsatt arbeidsevne eller funksjonsnedsettelse. Dette handler ikke minst om å etablere et frivillig samarbeid mellom partene i arbeidslivet og staten, knyttet til et inkluderende arbeidsliv, og om å bistå arbeidsgiverne i sykefraværarbeidet. Aktørene som er involvert i disse to oppgavene, og måtene man arbeider på, er til dels helt ulike. De siste årene har det vært mye fokus på samarbeidsproblemer knyttet til forsøkene på å integrere flere mennesker i arbeid. Dette har resultert i NAV-reformen hvor trygde- og arbeidsmarkedsetaten er fusjonert, og hvor staten har inngått et lovpålagt partnerskap med kommunene.

Helsesystemets fokus er primært knyttet til behandling og kurativ virksomhet. De store samordningsutfordringene knyttes ved siden av rehabilitering, til en økende eldre befolkning og til rolle- og ansvarsdeling mellom helseforetak og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Utdanningssystemets oppgave handler om å tilføre personer kompetanse til å klare seg i det moderne komplekse samfunnet, gjennom ordinære utdanningsløp. Deres primære samarbeidsutfordring er knyttet til frafallsproblematikk (frem til videregående skole), og overgangen mellom skole-arbeid.

Hvert av de organisatoriske feltene består av et mangfoldig sett av aktører, virksomheter og fagfolk, som innenfor politisk opptrukne rammer, skal nå målsettinger innenfor sine sektorer. Dette innebærer utfordringer for styring og samordning innenfor hvert av de organisatoriske feltene. Utfordringene blir ikke mindre av at en helhetlig rehabiliteringsinnsats krever samordning på tvers av ulike organisatoriske felt. Ingen av de organisatoriske feltene har arbeidsrettet rehabilitering som hovedoppgave.

Rehabilitering vil derfor i all hovedsak være et hensyn som kommer i tillegg til den oppgaven man allerede skal løse, og som krever en form for ekstra innsats eller oppmerksomhet av aktørene og virksomhetene.

Arbeidslivet og lønnsomhetskrav

Arbeidslivet er grunnleggende sett markedsstyrt dvs. knyttet til lønnsomhet og effektiv utnyttelse av budsjetter, og det er meritokratiske prinsipper eller prestasjonskrav som ideelt sett ligger til grunn for dets funksjonsmåte. Det er arbeidsgiverne som i siste instans fatter de beslutninger som skal fremme lønnsomheten, og det har tradisjonelt sett vært liten vilje til eller ønske om å gripe for sterkt inn i disse aktørenes beslutninger fra statens side.

Samtidig er det nettopp arbeidsgivernes styringsrett den offentlige innsatsen knyttet til arbeidsrettet rehabilitering må søke å påvirke og gripe inn i, dvs. deres beslutninger om rekruttering, forfremmelser og avgang, samt styring og organisering av arbeidet. Siden disse beslutningene i liten grad kan eller skal styres, søker man å påvirke aktørene på andre måter, ikke minst ved at staten på ulike måter søker å "olje" det frivillige samarbeidet mellom partene i arbeidslivet slik at partene blir i stand til å ta det ansvaret de er pålagt gjennom lovgivningen.

Koordineringsutfordringer

Det er denne politiske og organisatoriske kompleksiteten rehabilitering med arbeid som mål skriver seg inn i. Man skal få i all hovedsak hierarkisk (vertikalt) styrte og spesialiserte offentlige tjenesteytere, som arbeider innenfor stadig mer effektive arbeidsorganisasjoner, til å samordne seg horisontalt rundt et samarbeid om enkeltpersoner. Slik utfordrer rehabilitering med arbeid som mål, grunnleggende trekk ved tradisjonell offentlig organisering.

Offentlig virksomhet er spesialisert og vertikalt organisert, for å sikre politisk ansvarlighet og styring. Samordning innenfor hver enkelt sektor er krevende. Utviklingen av nye styringsvirkemidler kan ytterligere bidra til å forsterke sektorstyringen. Rehabilitering med arbeid som mål krever derimot en fag- og sektorovergripende innsats, som lett kan oppleves å underminere den kontroll og styringsvirkemidler man søker å oppnå innenfor hver enkelt sektor. Endelig krever arbeidsrettet rehabilitering for å lykkes ikke bare at offentlige virksomheter selv klarer å samordne seg, men at samordningen fører til at man når sine mål i forhold til et fjerde langt på vei selvregulert system, nemlig arbeidslivsystemet, hvor lønnsomhetshensyn lett dominerer på bekostning av ivaretagelses- og integreringshensyn.

Men hva slags styring og organisering fremmer horisontalt samarbeid rundt enkeltpersoner i vertikalt styrte organisasjoner? Hvilke virkemidler tar myndighetene i bruk? Lykkes man i løse samordningsproblemstillinger gjennom bedre utnyttelse av eksisterende midler, eller kreves det ekstra ressurser og

utviklingen av dedikert personell? Eller forventer man samordning uten tilførsel av ekstra ressurser?
Det er slike spørsmål vi vil drøfte i dette notatet.

Kapittel 3. Forskning om rehabiliteringsprosesser med arbeid som mål

Det finnes flere forskningstradisjoner som forfølger problemstillinger knyttet til rehabilitering med arbeid som mål. Forskningen har relevante bidrag om utfordringer knyttet til oppgaveløsningen. Vi skal forsøke å tegne et bilde av forskningslandskapet. Det blir et bilde beskrevet med bred penn, men vi mener likevel det dekker de vesentligste tilnærmingene.

Vår påstand er at forskningen i liten grad besvarer spørsmål om hva slags styring og forvaltningspolitiske virkemidler som fremmer samordning. Mye av forskningen er knyttet til epidemiologi, evaluering av effekter av enkeltstående tiltak og satsinger, samt brukererfaringer. Nå finnes det også forskning med organisatoriske innslag. Denne forskningen er i imidlertid i liten grad knyttet til allmenne teorier om samarbeid og offentlig styring, til overordnede institusjonelle og organisatoriske kjennetegn ved det norske velferdssystemet, eller til forsøket på å beskrive hvordan samordning empirisk sett foregår innenfor sterkt vertikalt styrte sammenhenger.

Årsaker, tiltak og effekter

Det finnes en omfattende forskning om *årsaker, utbredelse og mønstre i sykefravær og uføretrygding*. Den kan være epidemiologisk eller samfunnsøkonomisk. Sentralt står tilgangen til registerdata om trygdeforbruk i Norge, som i noen grad kobles med helseundersøkelsesdata. Eksempler her er (Bjørngaard *et al.*, 2009; Mykletun og Øverland, 2009). Denne forskningen har i stor grad fokusert på bakgrunnsvariable knyttet til individene, på betydning av helsetilstand og økonomiske incentiver, og forskningens bidrag når det gjelder hva som skal til for å hindre at sykefravær blir langtidsfravær og ende i frakobling fra arbeidslivet og uføretrygd, og har rettet oppmerksomheten mot legenes portvaktrolle og insentivene i trygdesystemet (for høye ytelser).

Videre finnes en *forskning på effekter av ulike tiltak* for å gripe inn i frakoblingsforløp og muliggjøre (fortsatt) arbeidslivsdeltakelse, både innenfor arbeids- og helseområdet. Innenfor arbeidsområdet har man sett f.eks på effektene av yrkesrettet attføring (Børing, 2002); effekter, omfang og fordeling av kvalifiserings- og opplæringstiltak (Hardoy *et al.*, 2006); av betydningen av direkte henvisning til spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering (Elvsåshagen *et al.*, 2009); av lønnstilskudd og tilskuddets varighet (Berg, 2001); av tiltak som brukes for yrkeshemmede med psykiske problemer, som blant annet peker på at diagnose i seg selv er en barriere (Møller, 2005). Effektmålinger står sentralt, men det er betydelige utfordringer knyttet til å avgjøre effekter, blant annet fordi målingene påvirkes av seleksjonen til tiltaket og sammenligningsgruppen, kjennetegn som ikke inkluderes i analysen (fordi det mangler data om disse), hva som defineres som effekt (suksesskriterier og

tidsperiode etter tiltaket for måling av effekter (Hardoy, 2001). Dette synes å være en forskning som i liten grad søker å fange opp de dynamikkene som effektene formidles via (eller fraværet av effekter kan forklares med). Organisatoriske problemstillinger synes langt på vei fraværende.

Det finnes også en omfattende *helsefaglig forskning* om rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering forstått som intervensjoner. Den dreier seg om rehabiliteringstiltak eller metoder, gjerne rettet mot ulike grupper pasienter eller pasienter i ulike livssituasjoner eller livsfaser; og det pekes på behov for kunnskapsutvikling og dokumentasjon av tiltakenes effekter (Bautz-Holter *et al.*, 2007). Tidsskrift for legeforeningen er en sentral norsk formidler av slik forskning. Denne forskningen kan sies å høre hjemme i *helsesystemet*. Det er en forskning som leverer kunnskap og i noen grad redskaper til dem som skal gjennomføre rehabiliteringsintervensjoner.

En del av den samfunnsvitenskapelige *forskningen om arbeidsmarkeds- og utføringstiltak*, handler ikke utelukkende om effekter av tiltakene, men også på organisering og gjennomføring, og på tiltaksarrangørens og brukernes erfaringer. Eksempler her er evaluering av NAVs satsing på koordinatorstillinger om psykisk helse (Møller, 2007). En god del av denne forskningen er publisert som notater og rapporter i serier innenfor den samfunnsvitenskapelige instituttsektoren. Mange er resultat av evalueringer gjort på oppdrag fra offentlige myndigheter, og de evaluerer ikke sjelden nye tiltak, reformer eller forsøk. Dette er en forskning som mye er innrettet mot å rapportere til myndigheter – og andre i feltet – hvorvidt et tiltak er vellykket eller ikke, eventuelt hvilke typer forhold som har resultert i gode, eventuelt, eller dårlige resultater.

Det er liten grad av felles struktur på disse når det gjelder metode, tilnærminger eller forståelse, noe som må tilskrives at de er svar på enkeltstående evalueringsoppdrag, men dette innebærer at det i liten grad er mulig å legge dem ved siden av hverandre og gjøre oppsummeringer på tvers.

Brukererfaringer

Det finnes også *forskning om brukernes erfaringer* med rehabilitering og utføring rettet mot arbeid. Denne har pekt på at møtene med hjelpeapparatet (som i mye av denne forskningen er tidligere Aetat) ikke sjelden ble opplevd som nedverdiggende. Funksjonsnedsettelse ble fortolket som manglende arbeidsevne, redusert kapasitet ble understreket, snarere enn ambisjoner og evner, slik erfarte særlig unge fysisk funksjonshemmede hjelpeapparatet. Mennesker med psykiske problemer og uspesifiserte muskel-, skjellett- og utmattelselidelser har mer beskrevet å bli møtt med mistro og mistenksomhet (Anvik, 2006 ; Fossetøl, 1999; Grue, 2001 ; Nordrik, 2008). Det beskrives videre, også i forskningen nevnt over, opplevelser av formålsløse, virkelighetsfjerne, ensformige og fordømmende utføringstiltak hos Aetats (nå NAVs) tiltaksleverandører (Skøien and Hem, 2005). Forventninger fra utføringstiltakene om medvirkning, medansvar og egenaktivitet fra den enkelte bruker i deres egen prosess, synes å passe ressurssterke brukere best (unge og utdannede), manglende tiltro til egne evner

og muligheter og begrenset oversikt over rettigheter og muligheter i systemet gjør dette vanskelig for andre (Hvinden et al., 1997).

Det synes å være et visst overlapp mellom forskningen om tiltak og forskningen om brukererfaringer; mange av forskningsmiljøene er de samme.

Koordineringsbehov og koordineringsutfordringer

Ettersom det har vært gjort en god del forsøk med tverretattlig koordinering finnes det også en del evaluerings/oppdragsforskning med fokus på *samspillsproblematikk* mellom ulike etater, og flere arbeidene er evalueringer av tverretattlig samarbeid om tiltak rettet mot ulike brukergrupper, eller forsøk på samordning av ulike etater. Blant annet ble forløperne til NAV-reformen evaluert, forsøk på tverretattlig samarbeid rundt ungdom i Grimstad (Pedersen, 1992), samordningsforsøkene (SATS-forsøkene) (Møller, 2006; Møller, 2007) og tiltakssatsingen for sosialhjelpsmottakere (Schafft *et al.*, 2010 ; Schafft og Spjelkavik, 2006).

Mottakere av sosialhjelp, personer med psykiske problemer og rusmisbruk, gjerne mennesker som tidlig har droppet ut av skolen og ikke fått feste i arbeidslivet, har stått sentralt i flere av disse forsøkene. En utfordring i disse forsøkene har vært at Aetat har ønsket å avgrense sin rolle til tilbud overfor ”reelle arbeidssøkere”, mens de andre etatene ønsket å involvere Aetat i tilbud til personer lenger fra arbeidsmarkedet.

Behov for styrket tverretattlig samarbeid og koordinering fremstilles som en hovedutfordring for rehabilitering og attføring. Det vises koordineringsutfordringer, men også at disse til en viss grad er overkommet i forsøkene.

Også innenfor helsesystemet finnes forskningsbidrag om samordningsbehov og samhandlingsmønstre, f.eks om samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. En studie av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten (Pettersen and Johnsen, 2007) peker på at samhandlingen mellom primærlegene og henholdsvis lokal- og sentralsykehus er av varierende karakter. I relasjoner der nærhet er mulig kan samhandling foregå lite formalisert og mer basert på kjennskap og tillit, som opparbeides gjennom langvarige relasjoner med kontinuitet. Dette gjør imidlertid samhandlingen avhengig av den enkeltes systemkunnskap. Der den nære relasjonen mangler, foretrekkes formaliserte samhandlingsformer og disse synes å fungere bedre. På alle nivåer i helsetjenesten ble det imidlertid uttrykt en skepsis til de andre nivåenes kompetanse

En type forskning om samordning som det derimot finnes mindre av, er forskning om forløpene den enkelte bruker har gjennom et nettverk av tjenester, altså forskning som ser (den utilstrekkelige) koordineringens konsekvenser for den enkelte.

Det ser ut til at lite av koblingen mellom aktørene i rehabiliteringsprosesser som har arbeid som mål, har krysset grensene mellom helse- og arbeidssystemene, altså at det foregår lite samarbeid mellom helsesektoren og mellom arbeids-/velferdsetaten/tjenestene. Utvikling av arbeidsrelaterte tilbud for mennesker med psykiske problemer, i forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse (Flermoen, 2006), viser at kommunene etterlyste engasjement fra daværende Aetats side, men at Aetat oppfattet sitt mandat mer avgrenset, som ikke å dreie seg om aktivisering, en type problemstilling som også ble avdekket i forløperne til NAV-reformen (se over). Illustrerende er for øvrig at i løpet av utviklingsperioden skjedde det imidlertid en styrking av samarbeidet mellom lokal psykisk helse, fastlegene og spesialisthelsetjenesten (DPS), altså samarbeidet mellom aktørene i helsesystemet.

Forskningen viser at det finnes ulike aktørsystemer – organisatoriske felt (nettverk) – som berører rehabilitering som en prosess mot arbeid som mål.

Det finnes et nettverk rundt integrering av mennesker som ikke har kommet inn i, eller som har falt ut av arbeidslivet. Sentrale aktører her har vært attføringsmedarbeidere i tidligere Aetat (nå NAV), tiltaksarrangører som arbeidsmarkedsbedriftene, og kommunale sosialtjenester, som nå delvis er lagt inn i NAV-kontorene, lokale rus- og psykiatritjenester. Her er arbeidslivets aktører fjerne, og det blir tjenestenes og tiltaksarrangørenes oppgave å etablere kontakt med arbeidsgivere og skape muligheter for arbeidstilknytning.

På den andre siden finnes det et nettverk av aktører rundt mennesker som er innenfor arbeidsmarkedet, rettet mot å forebygge og gripe tidlig inn i forhold og forløp som kan resultere i sykefravær og frakobling fra arbeidslivet. Ett sett av aktører i dette nettverket er bedriftshelsetjenestene, virksomhetenes verne- og helsepersonell, Arbeidstilsynet, STAMI og arbeidsmedisinske sentre ved helseforetak som fungerer som andrelinje for bedriftshelsetjenestene, men også gjør spesialist-utredninger (vurderinger om yrkesskade/sykdom) på henvisning fra NAV og fastleger (Haukelien *et al.*, 2009). I hovedsak synes fokuset her å være på årsaker til og forebygging sykdom og skade som følge av forhold på arbeidsplassene, og ikke på tilrettelegging for personer med helseproblemer og funksjonsnedsettelse. Disse aktørene er tett knyttet opp mot IA-avtalen hvor NAVs arbeidslivssentre, med rådgivning og veiledning av arbeidsgivere, arbeidsgiverne, med ansvar for å tilrettelegge og deres bedriftshelsetjenester, NAV-kontor med sykemeldingsoppfølging den enkelte sykemeldte, fastlegene, som sykemeldende lege, og rehabiliteringsinstitusjoner og andre som leverer tiltak.

Primærlegene framstår som en aktør som inngår i flere av disse nettverkene, og synes å være en nøkkelaktør i rehabiliteringsprosesser med arbeid som mål. Det store flertall av befolkningen har vært hos fastlege/primærlege i løpet av et år, og fastlegereformen synes å ha gjort primærlegene mer oppmerksomme på å følge opp sine pasienter. Fra flere hold rapporteres det imidlertid at primærlegene har vært vanskelig å mobilisere i tiltak som har som mål å styrke en koordinert innsats overfor grupper med behov for sammensatt innsats (Grut, 2002; Nørve, 2000).

Publikasjonene som fokuserer på tverretattlig samarbeid beskriver i ulik grad hvordan samarbeidet foregår i praksis, hvilke utfordringer samarbeid innebærer og hvordan samarbeidet oppleves av de involverte aktørene. En del bidrag drøfter betingelser som hemmer eller fremmer koordinering, så som at felles problemforståelse og personlig engasjement hos ildsjeler fremmer samarbeid, mens ressursknapphet og uklarhet i mandat og oppgavefordeling hindrer samarbeid (Jessen 1994). Flere bidrag viser at samarbeidsklima og koordineringsutfordringer endrer seg (langsomt) over tid. En konklusjon er at det blir lettere å samarbeide over tid simpelthen fordi man lærer de/n andre å kjenne og fordi man lærer seg å samarbeide. Å bygge nye relasjoner og ut av dem nye arbeidsfelleskap, ny forståelse og ny praksis tar lengre tid enn reformivrige politikere tenker seg.

Det finnes altså en god del forskning om forsøk på samarbeid, som viser lokale betingelser for å få dette til, men lite som setter dette inn i den overordnede institusjonelle konteksten (politikk og styring) som disse er del av, og som er rammebetingelser for de lokale forsøkene og innsatsene på å få til samarbeid. Unntak her er en analyse av omstillinger i rehabiliteringsinstitusjoner som peker på hvordan omstillingsarbeidet ble vanskeliggjort av at det på overordnet nivå ikke var overensstemmelse mellom helsesystemet (helseforetakene) og arbeidssystemet (NAV fylke) om organisering, styring og utforming av arbeidsrettet rehabilitering (Fossestøl, 2007b; Fossestøl, 2009a), og en analyse av hvordan man forvaltningspolitisk kan nærme seg slike koordineringsutfordringer som rehabiliteringsoppgaven innebærer (Fossestøl, 2009b).

For lite forskning om styringsutfordringer

Forskningen har konsentrert seg om årsaker, intervensjoner og effekter av politiske virkemidler som har betydning for rehabiliteringsprosesser med arbeid som mål. Forskningen har også demonstrert samordningsbehov, forsøk på samordning og utfordringer knyttet til samordningen mellom aktørene i hjelpeapparatet. Derimot har forskningen i liten grad bidratt med kunnskap om forvaltningspolitiske styringsmidler som er tatt eller kan tas i bruk for å møte utfordringene knyttet til at rehabilitering som prosess involverer en rekke organisatorisk autonome aktører, og hvordan slike styringsmidler også introduserer et nytt sett av aktører som har roller i å overkomme samordningsproblemer. Vi vil derfor gi en tentativ analyse av disse to temaene.

Vi starter med utfordringene knyttet til styring av faglig skjønnsutøvelse, og fortsetter med Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale strategi for rehabilitering, ut fra en tanke om at denne kan illustrere hvordan man fra myndighetene sin side tenker at samordningsstrategien skal håndteres.

Kapittel 4. Styring av faglig skjønnsutøvelse

Velferdsstaten er profesjonenes høyborg. Helse- og velferdstjenestene har vært kjennetegnet av ekspertisens dominans. Det har vært et politikkområde der styring og iverksetting skjer gjennom et fagstyre (Nordby, 1993). Innbyggerne veiledes og sosialiseres av fagfolkene, og deres rettigheter, til beskyttelse eller til velferdsstatlige goder, sikres gjennom faglig kompetanse, kollegial kontroll og yrkesetikk (Eriksen, 2001). Fagstyret er basert på tillit til fagfolkenes lojalitet, nøytralitet og faglige uavhengighet, og på at fagfolk besitter kompetanse til å foreta mål-middelvurderinger og til å anvende sin fag- og sakkunnskap på måter som realiserer politiske mål (Fossestøl, 2005). Fagfolkenes autonomi skal sikre at ekspertkunnskap kan anvendes til beste for klienter og pasienter, uhindret av forstyrrende inngripen fra lekfolk, det være seg pasienter eller politikere (Bech-Jørgensen, 1993).

Faglig tjenesteyting har slik sett en relativ selvstendighet i forhold til overordnede myndigheter. De som utformer tjenesten gir selv et aktivt bidrag til den, som ansatte og faglige eksperter. Denne selvstendigheten eller skjønnsutøvelse et definitorisk kjennetegn ved tjenesteyting, som det verken er hensiktsmessig eller mulig å fjerne. Regler vil alltid måtte fortolkes og anvendes i lys av faglige, individuelle og lokale omstendigheter.

Dette representerer utfordringer for vertikal styring, kontroll og koordinering. For hvordan skal overordnede sikre at underordnede gjør det de mener er riktig, når de har så stor grad av selvstendighet? Hvordan skal de sikre overensstemmelse eller kongruens mellom politiske mål og fagfolkenes faktiske beslutninger?

Det er mange årsaker til en slik bekymring. For det første kan det reises spørsmål ved om det finnes en vitenskapelig kunnskapsbase som gjør det mulig å si hvilke tiltak eller intervensjoner som virker i forhold til ulike grupper. Dette gjør at det er vil være usikkerhet omkring de tjenestene og virkemidler som benyttes, og at de målmiddelvurderinger tjenesteyterne gjør, vil være preget av stor grad av usikkerhet. Det kan reises spørsmål ved om fagfolks beslutninger alltid har større autoritet enn lekfolks. I andre tilfeller tas ikke den kunnskapen som faktisk finnes i bruk, hverken av overordnede eller av fagfolkene. Det kan handle om at man ikke kjenner kunnskapen, holder seg oppdatert om ny kunnskap, vet hvordan den skal omsettes til god praksis, eller at den ikke er gangbar innenfor rådende politiske eller ideologiske regimer. Videre vil omstendighetene tjenesteyterne bruker sitt skjønn i, prege skjønnsutøvelsen. Ofte vil behovene være større enn ressursene til rådighet, noe som gjerne fører til en "hjemmelaget" rutinisering og standardisering av skjønnsutøvelsen, som kan ha store konsekvenser for distribusjonen av og kvaliteten på tjenesteytingen. I andre sammenhenger vil faglige og andre interesser skape grunnlag for opportunistiske beslutninger som handler om å sikre seg organisasjonen eller seg selv handlingsrom og ressurser, mer enn å ivareta overordnedes ønsker eller brukernes behov. Faglig spesialisering, vil heller ikke alltid være til brukernes eller overordnedes

interesse. Manglende eksponering for helheten i brukernes behov eller til i den samfunnsmessige helheten fagfolkene inngår i, kan føre til paternalisme og at snevre delmål forfølges på bekostning av en større helhet.

Dette innebærer at spørsmålet om hvordan man skal sikre best mulig faglig grunnlag for de beslutningene som fattes, og hvordan man i størst mulig grad skal kunne sikre at underordnede gjør som overordnede (i siste instans folkevalgte) har bestemt, blir av kritisk betydning for velferdsstatens legitimitet. Det vil ikke lenger være nok å henvise til tjenesteutøvernes faglige kompetanse og yrkesetikk som en tilstrekkelig betingelse for å legitimere den omfattende ressursbruk som kanaliseres gjennom offentlig tjenesteyting. I tillegg må man kunne argumentere for at ressursbruken er til brukernes og samfunnets beste, og at den er formåls- og kostnadseffektiv.

Hvilke overordnede forvaltnings- og styringspolitiske virkemidler tar så staten i bruk for å besvare disse utfordringene, for å sikre overordnet styring og kontroll, og tjenester som er til beste for brukerne, og ivaretar deres helhetlige behov?

Vi skiller i denne sammenheng mellom tre hovedvirkemidler; rammestyring, markedsstyring og kunnskapsstyring. Hver av dem tar på ulike måter sikte på å rette fagfolkernes oppmerksomhet mot mål som i større grad ligger utover deres egne faglige og materielle interesser, og mot overordnede og brukernes målsettinger og ønsker. Når disse styringsvirkemidlene sees i sammenheng kan de bli kraftfulle virkemidler for å styre underordnedes oppmerksomhet og beslutninger.

Rammestyring

Ifølge forvaltningsjuristen Inger Johanne Sand (Sand, 1996) er det generelle statlige forvaltningspolitiske regimet kjennetegnet av rammestyring, bruk av mål- og resultatkrav og et generelt krav om økt effektivitet og omstillingsevne. Ifølge henne utgjør dette ”de koordinerende elementene i styring og organisering av den differensierte forvaltning”. Rammestyringen gir større lokal økonomisk og administrativ handlefrihet. Den gir lokale enheter større frihet til å tilpasse seg til skiftende politiske styringssignaler og til endrede krav i omgivelsene. Mål- og resultatstyringen legger grunnlag for en dialog mellom politisk nivå og utøvende nivå når det gjelder bruk av budsjettet som styringsredskap. Fokuset på resultater åpnet opp for at lokalt nivå kan løse sine oppgaver på en mest mulig formåls- og kostnadseffektiv måte, og for kontroll av at bevilgede midler brukes på fornuftige måter. Dermed øker også forvaltningens evne til å løse nye og kompliserte problemer, blant annet knyttet til målene om bedre og mer samordnet offentlig service vis a vis brukerne.

Slik sett representerer disse styringsformene en forsøk på å overvinne begrensningene den vertikale styringsmodellen møter, når den er avhengig av iverksettende aktører med en relativ institusjonell og faglig autonomi. Den gir tjenesteutøverne frihet, samtidig som den setter grenser i form av økonomiske og legale rammer, og stiller dem overfor klare mål- og resultatkrav.

Konkurrans- og markedsstyring

En annen sterk forvaltningspolitisk trend har vært økende bruk av konkurranse og markeds-mekanismer i organiseringen av tjenester. Konkurransen antas å minske mulighetene for fagfolkene opportuniste ved at oppmerksomhet rettes mot resultater, ved at det etableres en målestokk for å vurdere om resultatene er akseptable, og at kjøperen får anledning til å vurdere om det som leveres er verd prisen. Konkurransen kan ta ulike former, men dens grunnleggende antakelse er at når tjenesteyterne må konkurrere om brukere og ressurser, på kvalitet og kostnader, så vil sjansene øke får at de mest attraktive virksomheter tilføres større resurser enn dem som oppleves å ha et dårligere servicetilbud (Busch, 2001).

Rettigheter og valgfrihet assosieres ofte med denne tenkningen, dvs. med at brukerne skal være sikret en minimumsstandard på tjenestene, og skal ha mulighet til å velge bort (exit) virksomheter og tjenesteytere man ikke er fornøyd med. Det er denne tenkningen som har gitt opphav til betegnelsen "supermarkedsstaten" (Christensen og Læg Reid, 2001; Olsen, 1988). I supermarkedsstaten har staten primært en servicerolle som vektlegger effektivitet og god kvalitet og ser på folk som konsumenter, brukere eller kunder, og som primært opptatt av å tilfredsstillende egne interesser og behov, mer enn å påvirke politikken og ivareta allmenninteressene. Her kontrolleres tjenesteutøvende virksomhet ikke via politikerne og velgerne, men gjennom markedsmekanismen og kundeorienteringen.

Kunnskapsstyring

Det finnes imidlertid en tredje mindre påaktet forvaltningspolitisk trend, oppstått innenfor rammestyringsregimet, og særlig utviklet innenfor helse- og velferdssektorene. Her søker man i større grad å påvirke den kunnskapsbasen og yrkesetiske forståelse fagfolkene har med seg, gjennom virkemidler av faglig art.

Kunnskapsstyring handler om å legge til rette for at man systematisk tar i bruk forsknings- eller evidensbasert kunnskap som grunnlag for fagfolkene beslutninger. Innsatsen handler særlig om å gjøre politikk og praksis mer eksplisitt på hva målene med ulike innsatser er, og forsøke å dokumentere om disse målene nås. En slik innsats handler særlig om å gripe inn i og klargjøre de målmiddel antakelser fagfolk gjør seg på ulike nivåer. Ofte tar styringen form av utvikling av evidensbaserte praksiser, hvor det finnes en stor grad av manualbasert systematikk knyttet seleksjon og gjennomføring av ulike tiltak.

Kunnskapsstyring finner man også i andre mildere varianter, blant annet ved å skape institusjonaliserte arenaer for dialog mellom brukere og tjenesteytere, mellom tjenesteytere med ulik fagbakgrunn, og med tilhørighet til ulike sektorer og styringsnivåer som kan utvide deres faglige spesialisering. Ikke minst skjer dette gjennom brukermedvirkning hvor dem som er direkte berørt av tjenesteytingen får

innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbudet, direkte via de tjenestene enkeltpersoner mottar, eller indirekte via at brukerne trekkes inn i virksomhets- og institusjonsstyringen. Innsyn gjennom dialog og medvirkning kan bidra til at fagfolkene i større grad må begrunne og legitimere sine prioriteringer og valg i forhold til andre hensyn enn sektor- og fagspesifikke hensynene, den skaper større grad av gjennomsiktighet (Alm Andreassen, 2004). Medvirkning fra personer med sammensatte problemer kan i større grad bidra til yrkesutøvere ser sin egen tjenesteyting i sammenheng med andre tjenesteyteres, og i lys av den enkelte brukeres kunnskap om hva som skal til for å fungere selvstendig og aktivt i hverdags- utdannings- og arbeidsliv. Andre mer erfaringsbaserte kunnskapsformer enn den faglige blir relevante og trekkes inn hos beslutningstakere og tjenesteutøvere. Ved at brukerne medvirker i tjenesteytingen kan sjansene for at bistanden som gis oppleves som nyttig økes, dvs. bidra til økt treffsikkerhet og egeninnsats. Brukermedvirkningen kan også bidra til større forståelse for de rammer som tjenesteytingen foregår innenfor, og øke brukernes politiske og administrative kompetanse. Ikke minst kan brukermedvirkning bidra til at særlig marginaliserte grupper og i større grad blir sett slik de ser seg selv, og å få anerkjennelse av egen virkelighets- og selvforståelse. Deres sosiale identitet redefineres (Alm Andreassen 2004).

Kunnskapsstyring har som premiss at veien til bedre og mer helhetlig kvalitet bare kan skje gjennom å kvalifisere yrkesutøvernes faglige skjønnsutøvelse, gjennom rent faglige og mer dialogiske virkemidler.

Hybrid styring – kombinasjoner av styringsmidler

Hvert av styringsvirkemidlene – rammestyring, markedsstyring og kunnskapsstyring – har sine utfordringer; målstyring kan føre til målforskyvning ved at fokuset rettes mot de mål som kan operasjonaliseres, mens vanskeligere definerbare mål blir ekskludert eller får mindre oppmerksomhet; konkurransen vil ofte ikke være reell fordi oppdragsgiver i realiteten er avhengig av leverandøren; evidensbasering er vanskelig å benytte der metodene er ukjente eller dårlig beskrevet, og maktasymmetrien mellom bruker og fagfolk/offentlige instanser vil ofte være så stor at brukermedvirkningen får karakter av symbolpolitikk. Virkemidlene kan også dra i ulike retninger. Det vertikale og horisontale samarbeidet og læringen innenfor det offentlige, vil ikke nødvendigvis være av samme karakter som når det offentlige er bestiller og private utførere; standardisering gjennom evidensbasert praksis, er ikke det samme som gjensidig tilpasning gjennom dialog og brukermedvirkning etc. I tillegg kan virkemidlene brukes på ulike måter, dvs. mer eller mindre rigid og formalistisk for eksempel avhengig av bakgrunn og erfaringen til overordnede.

Det sentrale her er ikke disse nyansene og distinksjonene. Det sentrale i vår sammenheng er for det første at disse styringsvirkemidlene representerer forsøk på å utvide og forbedre det tradisjonelle

fagstyret, og dermed korrigere for den politiske abdikasjon som langt på vei preget den tidlige etterkrigstidens eksperttillit. Helhetlighet, effektivitet og hensynet til den enkelte får større plass.

For det andre er vårt poeng at disse elementene, når de legges sammen eller sees i sammenheng, innebærer en betydelig intervensjon i det tradisjonelle fagstyret, og en tilsvarende mulighet for å påvirke og styre fagfolkene oppmerksomhet på andre og nye måter. Det skaper økt styringsmessig og organisatorisk kompleksitet – ofte betegnet som hybridisering (Christensen og Lægreid, 2009). Det skaper likevel også muligheter for å utvikle felles strukturer (språk, verdier, forståelser) blant fagfolkene som kan gjøre dem mer lydhøre mot overordnede og brukernes behov. De påvirkes ovenfra gjennom mål- og resultatstyringen, innenfra gjennom kunnskapsbasering og brukermedvirkning, og utenfra gjennom konkurranse og økte valgmuligheter.

Kapittel 5. Rehabiliteringsfeltet – et eksempel på hybrid styring?

Styringen av rehabiliteringsfeltet kan forstås som et forsøk på å samtidig ta i bruk både rammestyring, markedsstyring og kunnskapsstyring. Her forsøker myndighetene ovenifra, utenifra og innenifra å påvirke yrkesutøverne til å innarbeide et hensyn mange av dem verken er utdannet til eller har som hovedoppgave, nemlig rehabilitering.

Utfordringene knyttet til de styringsvirkemidlene vi nevnte over, er at selv om de kan bidra til å skape en større kontekstfølsomhet hos fagfolkene, kan de også bidra til å konsolidere dem rundt interne målsettinger og praksiser: Mål- og resultatstyring, konkurranseregimer og evidensbasering vil alle ha en tendens til å fokusere på det tydelige, operasjonaliserbare og målbare, mens rehabilitering ofte ikke vil ha denne tydeligheten eller målbarheten. Følgelig kan resultatet bli at hensynet til helhetlig måloppnåelse må vike for et resultatorientert fokus på snevrere og organisasjonsinterne mål.

I tillegg vil en slik ”hybrid” styring (Christensen og Læg Reid, 2009), selv om den klarer å opprettholde et helhetsfokus, likevel bare representere et helhetsfokus innenfor den sektororganiserte staten. Det norske modellens fokus på ministerens konstitusjonelle ansvar og manglende tradisjon for sektorovergrepene politisk planlegging, gjør at rehabilitering primært berører det organisatoriske feltet vi har karakterisert som helsefeltet, mens rehabilitering med arbeid som mål nettopp fordrer tverrsektorielt samarbeid i tillegg. I praksis vil dette imidlertid i begrenset grad være tilfelle. Arbeidssystemet (NAV-feltet) som organisatorisk felt vil nemlig utvikle tilsvarende styringsformer preget av sine sektorlogikker.

Nasjonal strategi for rehabilitering

Nasjonal strategi for rehabilitering kan på mange måter betraktes som en strategi for koordinering. Den understreker manglende samhandling som den største utfordringen, og mener at utfordringene i hovedsak er knyttet til nye måter å organisere og levere tjenestene på. De legger til grunn at det er mulig å oppnå både høyere kvalitet og større kapasitet i rehabiliteringsarbeidet gjennom bedre bruk og fordeling av *eksisterende* ressurser.

Utfordringene på rehabiliteringsområdet er mange, pekes det på i strategien. Blant annet nevnes at ansvaret for mål og virkemidler er delt mellom mange departementer, og at det er i liten grad utviklet felles problem- og løsningsforståelse mellom aktørene involvert. Utilstrekkelig avklarte begreper fører ansvarsfraskrivelse og ansvarsoverveltning, og at rehabilitering ikke prioriteres i den samlede ressursbruk. Eksisterende organisatoriske strukturer understøtter ikke rehabiliteringsmålsettingene. Det er også faglig uenighet om i hvilken grad tiltak bør forankres i diagnoserelatert eller fag-overgrepene innsats, samtidig som behandling og kurative tjenester har høyere prestisje enn

rehabilitering, og det er utilstrekkelig oversikt over rehabiliteringsbehov og manglende kunnskap om hva som virker.

Rehabiliteringspolitikken illustrerer hvordan man fra sentralt politisk hold, og via et mangfold av virkemidler, og innenfor et mål- og resultatstyringsregimer med vekt på effektivitet og omstilling, også utvikler kunnskap og samhandlingsstrukturer som skal "tvinge" ledere og tjenesteytere på tvers av nivåer, sektorer og fagområder til å innarbeide og prioritere hensynet til samordning og rehabiliteringen innenfor eget virksomhetsområde, og prioritere dette i sitt arbeid, i tillegg til kjøp av tjenester.

Den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering 2008-2010, gir en oversikt over de virkemidlene politiske myndigheter har tatt i bruk eller vil ta i bruk for å sikre at rehabilitering som samordnet innsats prioriteres. Eksempler på slike virkemidler er blant annet at:

Den politiske styringen ved at politisk ledelse og brukerorganisasjoner er direkte involvert i oppfølgingen av strategien. Videre opprettes det oppfølgingsfora mellom berørte departementer og med berørte direktorater, og hvor kommunesektoren også trekkes inn.

Brukerne og brukergruppene trekkes aktivt inn i beslutningene. På den ene siden skjer det på tjenesteytingsnivå, men ikke minst skjer det på systemnivå ved at brukerne og brukerorganisasjonene trekkes inn i styringen av virksomhetene (regionale helseforetak, kompetansesentra, kommunale råd for funksjonshemmede og eldre i kommunene etc).

Det opprettes rammeavtaler for samarbeid innenfor helse- og sosialsektoren, og som dels gir føringer dels representerer en mal for lokale samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Det er opprettet koordinerende enheter for rehabilitering i helseforetakene og tilsvarende enheter i kommunene, for å sikre godt samarbeid. I tillegg opprettes det kompetansesentra for ulike brukergrupper, og som også har nettverksbyggende funksjoner.

Det utvikles felles begrepsverktøy og metoder gjennom implementeringen av ICF (International Classification of Function) og som skal ligge til grunn for utvikling av felles arbeidsevne- og funksjonsvurderinger. Det er også vedtatt Individuell Plan som er en arbeidsmetode (og en rettighet) som skal sikre en helhetlig innsats vis a vis den enkelte.

Det utvikles nøkkeldata/indikatorer for omfanget, kostnadene ved og kvaliteten på rehabiliterings-tjenestene. Slik skal innsatsen målrettes, innpasses i eksisterende finansieringssystem og bidra til at aktiviteter og tiltak kunnskapsbaseres.

Det arbeides med å få universiteter og høyskoler til å forske på, undervise i og etablere praksissteder innenfor fagfeltet.

Det kjøpes tjenester der den offentlige koordineringen ikke strekker til, og det samarbeides med private aktører og andre berørte aktører om en samlet gjennomgang av deres plass i rehabiliteringsarbeidet.

I tillegg kommer den tradisjonelle styringen gjennom lovgivning, gjennom forskrifter, rundskriv og strategier og handlingsplaner, gjennom styringsdialogen knyttet til oppdragsdokumenter og tettere oppfølging av kommunenes bruk av rammefinansieringen gjennom fylkesmannen, for å sikre at rehabilitering prioriteres.

Vi ser på denne måten hvilket mangfold av styringsvirkemidler som tas i bruk, og at det også legges opp til det de kaller oppfølgingsfora mellom berørte departementer og direktorater rundt problematikken. Fokuset er i stor grad på sentral styring, men det handler langt fra bare om tradisjonell hierarkisk styring (lover, instruks), men styring som på mange og ulike måter søker å sette rehabilitering som prosess med brukeren i sentrum, i fokus for aktørene innenfor helsesystemet som organisatorisk felt.

En ukoordinert sentralforvaltning?

Selv om Nasjonalt strategi for rehabilitering kan beskrives som en strategi for samordning, er det flere forhold som peker på at samordningsambisjonene er større for utøvende nivå enn for sentral nivå.

Til tross for at den nasjonale strategien for rehabilitering peker på ansvarsdeling og samordningsutfordringer mellom flere departementer som hovedutfordring, og den nasjonale strategien selvsagt er regjeringens strategi, er ikke strategien en felles strategi for flere departementer. Strategien er i hovedsak begrenset til Helse- og omsorgsdepartementets forvaltningsområde.

Dette er heller ikke den eneste samordningsstrategien knyttet til helsetjenesten. Samhandlingsreformen er en reform som vil tillegge kommunen, førstelinjen og fastlegene en mer sentral posisjon i helsetjenesten, ved å gi kommunene et medansvar for finansieringen av spesialisthelsetjenester for sine innbyggere og en mer sentral posisjon i å forebygge bruk av slike tjenester. Samordningen gjennom samhandlingsreformen er vertikal, innenfor helsesystemet.

Parallelt, men under et annet departement, løper NAV-reformen, også den et svar på samordningsutfordringer. Disse møtes på to måter, gjennom *fusjon* – av trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten – og *partnerskap* – mellom stat og kommune om den lokale arbeids- og velferdsforvaltningen. Det er den kommunale inntektssikringen – sosialhjelpen – som kommunene er pålagt å legge inn i NAV-kontoret, og som framheves i den nye loven om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen, sammen med Kvalifiseringsprogrammet rettet mot sosialhjelpsmottakere.

Selv om proposisjonen om NAV-reformen har fokus på mennesker med helseproblemer og redusert funksjonsevne og på koblingen til helsetjenesten (Fossestøl, 2007a), er det koblingen til de sosiale

tjenestene, og fokuset på mennesker med sosiale problemer som, sammen med sykefraværsoppfølgingen nedfelt i IA-avtalen, blir framtrødende i iverksettingen. I forbindelse med NAV-reformen flyttes sosialområdet i Sosial- og helsedirektoratet inn i Arbeids- og velferdsdirektoratet. Tilbake blir et rent Helsedirektorat. Også innenfor arbeidssystemet skjer det altså samordning på sentralt nivå, men den skjer ved organisatorisk sammenslåing og innenfor, ikke mellom, sektorene.

Dermed framstår to tunge, hierarkisk styrte organisatoriske søyler ledet av hvert sitt departement, et Helse- og omsorgsdepartement på den ene siden og et Arbeidsdepartement på den andre siden. Samordningsbehovene det er funnet organisatoriske løsninger for, ligger *innenfor* det enkelte departements ansvars- og arbeidsområde. Arbeidsdelingen mellom stat og kommune røres i liten grad. Staten skal fortsette å samarbeide med selvstendige kommuner med lokalt selvstyre. Ja, samhandlingsreformen ønsker sågar å utvide kommunenes ansvarsområde. Forpliktende avtaler blir styringsvirkemiddelet både innenfor helsetjenesten (mellom helseforetak og kommunene) og innenfor arbeids- og velferdsforvaltningen (mellom NAV fylke og kommunene).

Vi kan dermed få en helsetjeneste som er samordnet på tvers av nivåene, men spesialisert om helsetjenester, og en samordnet arbeidslivsorientert velferdsetat der helseproblemer synes å tillegges mindre vekt, og det i stedet fokuseres på funksjon og arbeidsevne.

Komplisert styring av fagutøvelse

Utfordringene knyttet styring og koordinering av faglig tjenesteyting generelt, og rehabiliteringsfeltet spesielt, er kompliserte.

Tilliten til fagfolkene er ikke tilstrekkelig for å sikre nødvendig kvalitet og effektivitet i den velferdsstatlige styringen. Mange av de nye styringsvirkemidlene man tar i bruk, tar sikte på å sikre større grad av kvalitet og effektivitet på tjenesteytingen, og å øke fagfolkernes oppmerksomhet mot oppdragsgivernes og brukernes behov og ønsker. Enkeltvis trenger ikke disse virkemidlene å være så sterke. Når det settes sammen, representerer de potensielt sett en betydelig intervensjon i fagfolkernes autonomi og selvstendighet. Samtidig som virkemidlene enkeltvis og samlet kan skape generell oppmerksomhet mot omverdenes behov, kan det likevel være at den konkrete bruken av virkemidlene konsoliderer tjenesteyterne rundt avgrensede forståelser og målsettinger som er lett å operasjonalisere og måle. Dette tjener ikke nødvendigvis virksomhets- eller sektorovergripende mål.

Innenfor rehabiliteringsfeltet tas også slike virkemidler i bruk. Disse virkemidlene kommer i stor grad som tillegg eller suppleringer til den styringen og organiseringen som allerede foregår, dvs. som tillegg til, eller som et hensyn som skal innarbeides i, den hovedoppgaven den eksisterende styringsstrukturen allerede vektlegger at fagfolkene og virksomhetene skal løse. Dette søkes så oppnådd gjennom lovgivning (individuell plan) og lovfestede medvirkningsstrukturer (brukermedvirkning), gjennom kompetansehevende og kompetansespredende tiltak, etc. I tillegg opprettes det koordinerende enheter,

kompetansesentra med nettverksfunksjoner etc. i utkanten av linjeorganisasjonen og som skal ivareta hensyn som oppfattes tilsidesatt eller ikke gitt tilstrekkelig oppmerksomhet, slik som helhetlighet og brukermedvirkning. Helhetligheten som rehabiliteringsoppgaven krever skal, i følge den nasjonale strategien, oppnås innenfor eksisterende ressursrammer.

Initiativ med fokus på samordning og helhetlighet, skjer både innenfor helsetjenesten og innenfor det store organisatoriske feltet som NAV utgjør. Før vi går lengre inn i denne kompleksiteten, vil vi imidlertid gå veien om en del av de nye aktørene og rollene som oppstår i ytterkanten av de organisatoriske feltene, og mellom de organisatoriske feltene. De er egnet til ytterligere å belyse trekk ved styringen og organiseringen av fag-, virksomhets- og sektorovergripende samarbeid.

Kapittel 6. Nye roller i velferdsfeltet

Når pasientenes og klientenes problemer er mangesidige og sammensatte, er den kunnskapen og intervensjonen som den enkelte fagutøver eller velferdstjeneste tradisjonelt har tilbudt, ikke i stand til å svare på behovene brukerne stiller dem overfor. Problemene eller behovene krever organisatoriske svar, ikke bare faglig eller klinisk inngripen. Når rehabilitering handler om den enkeltes egen prosess, finnes kunnskap til å mestre denne ikke bare hos den faglige ekspertisen, men like mye hos mennesker som selv har vært i samme situasjon.

Det er utviklet organisatoriske posisjoner (roller) for å stimulere fram endring i velferdsfeltets tjenesteytende organisasjoner – roller for å reformere. Fokuset her er på de nye rollene som vokser fram i tillegg til, og på siden av de gamle, kjente, tradisjonelle, og som skal bidra til å utvikle de etablerte yrkesrollene og velferdstjenestene. Dette er også roller som ikke systematisk er beskrevet som yrkes- og organisasjonsroller og oppgaver i velferdsstaten. Det finnes dokumenter, evaluerings- og prosjektrapporter som forteller om dem, men ofte er det resultatet av deres arbeid, mer enn rollen og oppgavene som beskrives i slike dokumenter.

Her vil vi løfte fram fire slike roller: Systemkoordinatorens oppgave er å bygge kontakt på tvers av organisatoriske grenser for å skape mer helhetlig tjenesteyting. Flokeløserens oppgave er å koble inn det mangfold av innsats fra ulike etater og tjenester som er nødvendig i den enkeltes individuelle rehabiliteringsprosess. Forbedringsinspiratorens oppgave er å inspirere og motivere andre organisasjoner – etater og tjenester – til å forbedre sin oppgaveløsning ved å bygge inn flere hensyn enn de som organisasjonen allerede har fokus på. Typisk for denne rollen at det ikke finnes noe ord for den – det finnes verb for oppgaven, men ikke substantiv for en som utfører slike oppgaver. Det går an å inspirere, motivere, stimulere, men verbene ”stimulator”, ”motivator”, ”inspirator” er ikke naturlige for oss. Brukerrepresentantens oppgave er å bære brukernes perspektiver inn i velferdsstatens organisasjoner. Blant brukernes organisasjoner brukes ofte betegnelsen ”brukermedvirker” på denne rolle, etter substantivet ”brukermedvirkning”. De har nettopp laget en rolle for den som fyller oppgaven. Det er en rolle som utvikles av en oppgave.

Systemkoordinatoren

Oppgavene til systemkoordinatoren ligger på systemnivå, den dreier seg om å skape strukturer mellom ett sett ulike aktører som igjen skal forholde seg til individer, til sluttbrukere. Poenget er å få til en struktur (på systemnivå) mellom aktører, som ikke har vært der tidligere. Aktørene som skal inngå i strukturen, er involvert i de samme brukerne, men der dette har foregått ukoordinert og lite

helhetlig, må man gå inn på et systemnivå for oppnå at aktørene samordner seg bedre. Slik kan koordineringen av tjenestene bli bedre for alle brukerne, ikke bare for et enkelt individ.

Det dreier seg om å bygge den organisatoriske rammen rundt mål om ”koordinert”, ”kjedet”, ”sømløs” ”helhet” – for å bruke idealene fra velferdspolitikkenes målformuleringer. Oppgaven til systemkoordinatoren er å etablere et organisatorisk byggverk som skal legge til rette for realisering av slike målsettinger.

Det kan dreie seg om å etablere møteplasser som gjør at de ulike aktørene får innsikt i hverandres situasjon, arbeidsmåter og tenkermåter. Et eksempel: Helse Førde helseforetak arrangerer årlige Samhandlingskonferanser og løpende ”koordineringsråd” mellom sykehuset og kommunene i nedslagsfeltet. Det kan dreie seg om å utvikle samarbeidsrutiner og prosedyrer som det er konsensus om. For eksempel: Når en pasient skal skrives ut fra sykehuset skal primærlegen og hjemmetjenesten ha følgende typer informasjon så og så lang tid i forveien. Eller det kan dreie seg om å utvikle og spre metoder for å kartlegge behandlings- eller saksbehandlingsforløp og identifisere flaskehalser og hindringer for flyt i forløpene. Internett tas i bruk her, og gjør felles prosedyrer og metoder tilgjengelige for alle.

Videre kan det dreie seg om ordninger for kompetanseoverføring slik at det blir lettere å ta (med)ansvar også for fagfolk og tjenester som føler seg fjerne eller fremmed for problemstillinger de nå blir involvert i.

En generell erfaring synes å være at det å etablere en felles forståelse – en felles plattform – er det viktigste grunnlaget for en vellykket koordinering.

Systemkoordinatoren er en ny rolle, men deltakerne i møteplassene kommer fra etablerte etater og tjenester. Det som skjer er at det etableres en kontekst som gjør at den enkelte etat eller tjenester ser egen innsats i en større sammenheng. De får en anledning til å utvikle en forståelse av den helheten deres eget bidrag inngår i.

Hensynene aktørene nå blir utfordret på er forhold som ligger utenfor deres egen organisasjon og før eller etter deres eget bidrag. Disse hensynene er gjerne ikke det man i egen organisasjon blir målt på, har faglig prestisje i, eller for den saks skyld, vet noe om eller får tilbakemeldinger på. Resultatene eller konsekvensene av egen virksomhet på sikt, synes mange av velferdsstatens tjenester og etater å være uvitende om. Og om man skulle få kjennskap til at det ikke går så bra, med ens tidligere pasienter eller klienter, ja så kan det jo være alle andre feil – det er jo så mange andre også som har vært inne i saken eller skulle vært inne i saken.

For mange oppleves koordineringen/samordningen av tjenestene som å komme i tillegg til kjerneoppgavene – de forstås ikke som en del av kjerneoppgavene.

Systemkoordinatorene har gjerne ingen myndighet over de aktørene de skal koordinere. Den styringslinjen de inngår i, har ingen myndighet over de andre etatene og tjenestene som inngår i oppgavekjedene. Det dreier seg om å etablere samhandling mellom autonome aktører. Samtidig er systemkoordineringen ressurs- og legitimitetskreven. Koordinatorene trenger støtte i ledelsen i egen organisasjon. De trenger legitimitet hentet fra ledelsesautoriteten for å handle både innad og utad overfor de andre aktørene. Og koordinatorene trenger legitimitet fra en fag- og sakkunnskap for å demonstrere at de kjenner situasjonen aktørene står oppe i.

Opgaven til koordinatoren er å få andre med, klare å kople folk, ikke gi fasitsvar, være restriktiv med å styre. Med andre ord; en er prosesshjelper, støttespiller, pådriver og kobler. Den kompetanse en koordinator trenger, kan vi kanskje beskrive som en "videreutdanning" i organisasjonskunnskap oppå en fag- og sakkunnskap.

Flokeløseren¹

Denne rollen tar kompleksiteten rundt brukerne for gitt – og arbeider ut fra den. Dette er en rolle som flere steder er utviklet gjennom forsøks- og utviklingsprosjekter, gjerne med egne prosjektmidler. Flokeløseren er gjerne ansatt i en av tjenestene rundt en person. Flokeløseren ser at det er mange hinder som må forseres for at personen skal komme i arbeid: stive muskler, ikke tilrettelagt arbeidsplass, eller manglende omsorgstilbud for et funksjonshemmet barn. De ulike hindrene er "floker" som befinner seg på forskjellige livsområder og på ulike nivå. Noe kan angå forhold ved selve jobben, andre ting kan gå på forholdet til kolleger, og det kreves ofte hjelp fra forskjellige instanser innenfor ulike departementale ansvarsområder, det er derfor flokene kan være vanskelige å løse. Flokeløserens oppgave er å få dem løst.

Det som er felles for dem, er metodikken. I stedet for å samle representanter fra sektorer til ett møte, drar flokeløserne rundt til etatene og diskuterer hvilke tiltak som bør iverettes. Flokeløseren vet at hver av instansene har sine egne behov for dokumentasjon av eksisterende forhold, og trenger å vite hva som er utprøvd før et virkemiddel kan utløses, så en slik dokumentasjon – tilpasset etatens egne interne kvalitetskrav – er derfor sørget for før første møte. Gjennom sin systemkunnskap løses "floke" for "floke"; midler utløses og virkemidler kjedes sammen, slik at de største hindrene for å komme i arbeid overkommes. Flokeløseren arbeider fleksibelt og ut fra den enkeltes situasjon.

Kunnskapen som er nødvendig for flokeløseren er å kjenne de andre aktørene så godt at man "kan" instansenes regelverk, arbeidsprosesser og "bedrifts-språk", og kan "oversette" disse ulike virkelig-

¹ Denne rollen er beskrevet av Ingebjørg Skarpaas i Fossestøl (red), 2004, og i et foredrag **Mange politikker for koordinering – hva med individet** på "Alternativ tjenesteorganisering – reform eller innovasjon?" Arbeidsforskningsinstituttets konferanse, 1. desember 2005, Oslo

hetene for hverandre. For eksempel er det helt andre logikker og arbeidsprosesser i store offentlige etater, enn i små familiebedrifter, og virkemidler må derfor formidles til og mellom partene på måter som blir forstått av begge mottakerne. Det er flokeløseren som både besitter 1) kunnskap om de andre aktørene 2) kunnskap om hvordan man skal oversette de forskjellige virkelighetene på måter som gir mening, og 3) kunnskap om hvordan man kobler dem. De aktørene og tjenestene som mobiliseres i den enkeltes prosess, behøver ikke å avstemme sine innsatser mot de andres, selv om det også selvsagt er en fordel, for flokeløseren sørger for å avstemme innsatsene i forhold til hverandre. Flokeløseren er avhengig av legitimitet hos de andre aktørene, at han har tilstrekkelig ressurser og at de andre aktørene anerkjenner hans kompetanse.

En utfordring for flokeløseren kan være å sette grenser, for seg selv, vis a vis brukerne og i forhold til andres ansvar. Flokeløseren trenger derfor å avgrense egen rolle i relasjon til brukeren og omgivelsene. Ellers er risikoen at det skapes flere problemer, enn det løses.

Flokeløseren kan være en bedriftssykepleier ved en bedriftshelsetjeneste, eller en fysioterapeut ved et rehabiliteringstiltak. Flokeløseren kan være en tilrettelegger i det arbeidsrettede tiltaket Arbeid med bistand, eller det kan være en koordinator som skal sørge for at alle brukere som har krav på det får en Individuell Plan, en koordinator som ikke kommer fra noe spesielt fag, men som går inn på brukerens side og følger opp og koordinerer aktørene som inngår i den individuelle planen (Thommesen *et al.*, 2003).

Forbedringsinspiratoren

Roller som forbedringsinspiratorer oppstår når politikere og sentrale myndigheter står overfor problemer det er behov for å gjøre noe med – pga press nedenfra eller markeringsbehov ovenfra. Det som gjøres, er å etablere en instans som får i oppgave å stimulere til endring i tråd med overordnede politiske mål eller kvalitetsstandarder.

Politikken er gjerne ambisiøs og problemet vanskelig. Ansvar, forpliktelser og krav til aktørene som berøres, videreføres likevel uendret, i hvert fall i første omgang. I stedet opprettes et organ som har til oppgave å stimulere til endring – ”bidra til”, som det ofte heter i formålsformuleringene for mange av de sentere, team eller organer som tillegges slike stimuleringsoppgaver. I stedet for at etater, tjenester og virksomheter reformeres gjennom regulering og reorganisering, skal den nye tjenesten eller kompetanseorganet stimulere dem til å reformere seg selv. Oppgaven er ikke bare å spre kunnskap, men også å spre det glade budskap om at noe kan bli bedre. Kompetanseorganene skal bidra til samfunnsendring, de er policyformidlere.

Deltasenteret er et eksempel på et organ med en stimuleringsoppgave. Delta er statens kompetansesenter for deltakelse og tilgjengelighet for mennesker med funksjonshemning. Deltasenteret kan betraktes som et svar på en problemforståelse som er vokst stadig sterkere i politikken for

funksjonshemmede, at funksjonshemmede stenges ute fra aktiv samfunnsdeltakelse av funksjonshemmende barrierer satt av omgivelsene. Senteret får da i oppgave å spre kunnskap om et problem som ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet i samfunnet.

Den bedriftsrettede arbeidslivstjenesten, som senere er blitt omformet til NAVs arbeidslivssentre og har fått oppgaven med å iverksette IA-avtalen, er også gitt en slik stimuleringsoppgave: det er en offentlig tjeneste som skal stimulere autonome arbeidsgivere til å utvikle inkluderende personalpolitikk (Alm Andreassen, 1996). Etter NAV-reformen har de også fått egne ”arbeidsgiverløser” som skal veilede arbeidsgivere om psykiske problemer (Schafft og Spjelkavik, 2010).

En stimuleringsrolle er også gitt de fylkesvise fagteamene som er tenkt som strategiske og systemorientert endringsagenter for det nye barnevernet. De skal arbeide for å få andre aktører, og særlig kommunene, men også de private barnevernsinstitusjonene, til å jobbe forebyggende og helhetlig rundt barn- og ungdom med problemer. Fagteamenes oppgave er å stimulere de kommunale barnevernstjenestene til å dreie tiltaksprofilen vekk fra institusjonsplasseringer til lokalt baserte tiltak i familie og nærmiljø (Fossestøl, 2006; Fossestøl, 2008).

Slike forbedringsinspiratorer med stimuleringsoppgaver har ofte betegnelser som ligner på ”kompetansesenter”. Et eksempel var Statens Kunnskaps- og Utviklingssenter for helhetlig rehabilitering (SKUR) som skulle samle og systematisere kunnskap og etablere rutiner for formidling og spredning, etablere nettverk mellom relevante miljøer og være motor i nettverket, stimulere til forskning og initiere utviklingsarbeid, bidra i undervisning og holde seg oppdatert om utviklingen av rehabiliteringsfeltet både nasjonalt og internasjonalt og gi råd om hvilke områder som burde styrkes kunnskaps- og kompetansemessig. Et annet er Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring som skulle innhente erfaringer om læring og mestring ved kronisk sykdom, bidra til at erfaringene blir tilgjengelige, bygge nettverk og bidra til at helsepersonell tilegner seg forståelse, kunnskap og erfaring med hvordan kunnskap best skal formidles, og stimulere til utvikling av lærings- og mestringssentre ved landets helseforetak, men som etter hvert har fått dreiet sine oppgaver mer mot å bidra til å utvikle og styrke den faglige plattformen for pasient- og pårørendeopplæring med utgangspunkt i Lærings- og mestringssentrene (LMS) og spesialisthelsetjenesten..

Slike stimuleringsroller kan operere på tvers av statlig og kommunal forvaltning, som barnevernet, eller på tvers av etats- og sektorgrenser med et avgrenset hensyn å ivareta, slik Deltasenteret skal fremme universell utforming både overfor offentlige og private aktører, både overfor arbeidsgivere, utbyggere og produsenter. De kan være nasjonale som Deltasenteret, SKUR og LMS-senteret, eller de kan være regionale som arbeidslivssentrene eller fagteamene i barnevernet.

Motivasjonen til forbedringsinspiratorene er gjerne overbevisning og engasjement for saken, for det glade budskapet de skal spre. De bedriver nybrottsarbeid. De er ildsjeler, mer enn menige med-

arbeidere. De ønsker å være med på å skape det nye, være med i et samfunnsforbedringsprosjekt. For en del er engasjementet et resultat av nærhet til og innlevelse i de rammedes situasjon.

Også for forbedringsinspiratorene er utgangspunktet at det finnes en rekke organisasjoner, etater og tjenester som har sine kjente oppgaver, men som likevel burde gjøre noe annet eller noe **mer** for å møte det problemet forbedringsinspiratoren har fått i oppgave å fremme kunnskap om.

Problemforståelsen bak etablering av ”forbedringsinspiratorer” at det eksisterer en kunnskapsmangel ute blant dem som møter samfunnsproblemet i sitt daglige virke: At disse ikke gjør tilstrekkelig for å møte problemet, skyldes ikke (først og fremst) mangel på vilje, ressurser eller interesse, men mangel på kunnskap om at problemet eksisterer og/eller om hvordan det kan møtes. Problemet blir oversett fordi de som skulle sett det, ikke vet hva de skal se etter, og dermed ikke oppdager signalene eller symptomene på problemet. Eller problemet får ikke oppmerksomhet fordi det blir overskygget av andre perspektiver eller oppgaver. Eller problemet blir ikke håndtert fordi de som skulle håndtert det, ikke vet hva de skal gjøre. De mangler metoder, verktøy eller redskaper for å behandle problemet.

Kunnskap er forbedringsinspiratorenes arbeidsredskap. De skal stimulere til endring ved tilby en kunnskap mottakerne skal se at de trenger. Slik skal de bygge allianser med dem som har behov for å bli stimulert. Alliansbygging krever gjensidig respekt. Man må være en samarbeidspartner, ikke overprøve dem man skal stimulere til forbedring; man må være klar og tydelig, men også være ydmyk og vise forståelse for mottakernes situasjon. For å oppnå inngang og tillit, må man være på tilbudssiden, være tilgjengelig, ha en lav terskel for kontakt.

Forbedringsinspiratorene må besitte flere typer kompetanse: De må ha fag- og sakkunnskap om det samfunnsproblem de skal spre kunnskap om, de må ha lokalkunnskap om det/de systemene de henvender seg til, slik at de klare å gjøre sakkunnskapen relevant, og de må ha formidlings- og spredningskompetanse og kompetanse om å skape endring.

Igjen er det vanligvis ikke de stimuleringsutsatte etatene og tjenestene som har identifisert problemer som er oversett eller hensyn som ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet. Det er det gjerne tjenestenes mottakere eller brukere som opplever. Men det kan også være reformorienterte fagfolk som ønsker endring, og bidrar til at problemene kommer på den politiske dagsordenen, og oppnår at sentrale myndigheter setter inn et tiltak, dvs. oppretter en enhet med stimuleringsoppgaver.

Flere forbedringsinspiratorer er opprettet ut fra rettferds- og likeverdsbegrunnelser. Gjennom deres virksomhet skal urettmessighet rettes opp, behov møtes som ikke tidligere er blitt møtt; goder gjøre tilgjengelige for flere. Men forbedringsinspiratorene kan også hente en argumentasjon forvaltningsreformene: Bedre oppgaveløsning er mulig. Penger er ikke problemet!

Ved å opprette enheter for veiledning og kompetansespredning, uten vesentlig økte budsjetter eller etableringer av nye ordninger eller tjenester, signaliserer myndighetene at oppgavene kan løses bedre

med de ressurser organisasjonene allerede har. Ja, faktisk er det slik at organisasjonene kan tjene på å innarbeide de oversette hensynene: Arbeidsgivere tjener på å redusere sykefraværet – også utover arbeidsgiverperioden – man sparer kostnader til nyrekruttering! Funksjonshemmede representerer ubrukte ressurser! Når universell utforming bygges inn fra starten, koster det ikke mer å gjøre bygninger og teknologi tilgjengelig for funksjonshemmede! Ved å svare bedre på brukernes behov, blir ressursbruken mer målrettet.

Brukerrepresentanten

Rollen som brukerrepresentant finnes i flere ulike organisatoriske former: råd, utvalg, referansegruppe, styredeltakelse eller styringsgruppemedlem.

Å være brukerrepresentant er ingen heltids yrkesrolle, men likevel er det innsatskrevende (Alm Andreassen, 2005; Alm Andreassen og Lie, 2007). F. eks: Et brukerutvalg i et helseforetak møtes 5-10 ganger i året, gjerne er det heldagsmøter, inkludert reisetiden. I tillegg kommer forberedelser – saksgjennomgang. Som brukerutvalgsmedlem får man også gjerne andre representasjonsoppgaver: Man blir med i plan- og prosjektgrupper, man representerer på vegne av den tjeneste eller etat man er brukerrepresentant overfor, man holder foredrag og presentasjoner. Man deltar i erfaringsutveksling og opplæring sammen med andre brukerrepresentanter. Man må holde kontakten med de representerte; det er ikke bare sin egen private erfaring man skal formidle som brukerrepresentant, men brukergruppas samlede erfaring. Man må holde fast i sitt ”ankerfeste” – brukerfellesskapet – for å hente erfaringer og drøfte saker. Som brukerrepresentant skal du ”helst være 100 % ufør og 120 % arbeidsfør”, som en sa det.

Brukerrepresentantene er hentet fra organisasjoner av velferdsstatens pasient- og klientgrupper. I helseforetakene er brukerrepresentantene kronisk syke og funksjonshemmede, psykiatriske pasienter, kreftpasienter, eldre, rusmisbrukere (samer og andre etniske minoriteter). I NAV også aleneforeldre, arbeidsledige, sosialklienter.

Å være brukerrepresentant mot ledelsen i helseforetak (og andre offentlige etater) er å bringe brukererfaringer om til en logikk de ikke er skapt i. Det dreier seg om å transformere personlige livsverdenerfaringer om til en systemlogikk der de kan få form av forslag til endringer i organisasjoner og ordninger. Det krever at brukerrepresentanten har et ”dobbelt perspektiv”, både brukernes og systemets (Alm Andreassen, 2004).

Brukerrepresentanter kan bli involvert i utvikling av nye hjelpetilbud, men i dag er det de tunge velferdstjenestene som skal forbedres gjennom brukervedvirkning – helseforetakene og NAV. Det er de store, etablerte organisasjonene som skal reformeres gjennom å synliggjøre brukerne og gi brukerne en stemme, ikke bare gjennom brukervedvirkning, langt i fra, men også ved dette virkemiddelet.

Ingen yrkesutøvere i noe hjelpeapparatet vil si at de ikke har ”brukerne i sentrum”. Likevel er det dette å bringe inn brukerperspektivet – et annet utkikkspunkt enn det organisasjonenes egne ansatte har, som tjenesteledelsen ser som en viktig begrunnelse for brukermedvirkning (Alm Andreassen, 2007). Det dreier seg om å se det som de innenfor ”blir blind for i hverdagen”.

Brukerutvalgene er rådgivende organer uten myndighet. Deres virkemidler er overtalelse og innlevelse. De kan appellere til sakligheten og argumentere, eller de kan appellere til empatien, presentere fortellinger og skape innlevelse.

En brukerrepresentant må ha kunnskap om forhold ved offentlige tjenester som man ikke tilegner seg fra i brukerposisjonen. Vi kan betegne det som en ”systemkunnskap”. Som brukerrepresentant må man ha systemkunnskap av flere grunner: For det første trenger brukerrepresentanter systemkunnskap for å forstå og forklare hva som ligger bak brukernes erfaringer. For det andre trenger brukerrepresentantene systemkunnskap for å handle kompetent som representant, dvs. klare å omsette brukernes erfaringer, perspektiver og synspunkter til endringsforslag for utforming av offentlige tjenester og på måter som tjenestene klarer å ta til seg og anvende.

Sentrale kjennetegn og utfordringer

Om rollene beskrevet over er ulike, har de likevel fellestrekk: For det første skal de forbedre organisasjoner som allerede finnes. Utgangspunktet for arbeidet deres er etater og tjenester som er i drift – det er ikke noe nytt som skal skapes, men noe etablert som skal reformeres. De representerer reformer som ikke betyr strukturendring, nedbygging eller omorganisering. Dette innebærer at rollene kan stå i motsetning til hensyn som oppfattes som kjerneoppgavene eller kjernehensynene i organisasjonene. Det dreier seg om å motivere til å inkludere utelatte, nedprioriterte eller oversette hensyn.

For det andre disponerer rollene over liten myndighet og makt (kontroll, sanksjoner, ressurser), og har ofte et uklart mandat. Rollene ligger på siden av den hierarkiske linjestyringen i virksomhetene – eller skal rette seg mot andre etater og tjenester enn den organisasjonen de selv er del av. De har ikke mulighet til å gripe inn i andre virksomheters autonomi, eller til å begrense deres muligheter til å legge ned veto.

Det tredje fellestrekket er at det ikke finnes noen utdanning til rollene. Det forteller at rollene ikke er en del av systemet, som sykepleier, barnevernspedagog eller sosionom, men representerer noe ekstra eller et tillegg tradisjonelle roller. Rollene må utvikles av de som fyller dem. Fraværet av utdanning betyr imidlertid ikke at kompetansekravene er lave, snarere tvert imot: De som skal fylle rollene må gjerne ha både fag- eller sakkunnskap, system- eller forvaltningskunnskap, og prosess- eller endringskompetanse.

Rollenes uklare mandat, deres mangel på makt og myndighet, deres manglende maktbase i utdanninger og profesjonsforeninger, og deres oppgave i å vri hierarkisk organiserte virksomheters ressursbruk mot "oversette" hensyn, forteller noe om hvilken formidabel utviklingsoppgave disse aktørene står ovenfor.

De vil lett kunne bli utdefinert eller betraktet som unødvendige av allerede etablerte aktører. Ethvert organisatorisk felt er definert av eksisterende aktører. De har delt ansvar og roller seg i mellom. Sett fra de etablerte aktørenes forståelse ligger det ikke et tomt rom åpent og venter på de nye aktørene, eller rollene. Tvert i mot kan de etablerte aktørene ha en klar forståelse av at de nye aktørene egentlig ikke har noen plass; de er rett og slett ikke nødvendige ettersom det allerede finnes aktører som allerede ivaretar, eller i hvert fall kan settes i stand til å ivareta de nye rollene (Alm Andreassen, 1995; Alm Andreassen, 1996).

De at nye roller opprettes, innebærer også en (implisitt) kritikk av de(t) etablerte. Derfor er det ikke sjelden at de som utsettes for koordinering, stimulering eller brukerinvolvering synes at de egentlig ikke trenger det; at forventningen til dem blir for store eller urealistiske eller at de synes de blir overprøvd eller kontrollert. Dette vil ofte svekke betydningen av de nye rollene.

Dette betyr imidlertid ikke at rollene er fullstendig uten maktmidler. Kunnskap er et maktmiddel. Politiske signaler og bestemmelser et annet. Offentlighet et tredje. Rolleutøvernes autoritet ligger dels i kunnskapen – at de anerkjennes som kompetente. Autoriteten ligger også i deres politiske oppdrag – i legitimiteten ved den politiske erkjennelse av at det må gjøre noe med det problem rollenehaverne er satt til å møte. Et maktmiddel ligger også i det offentlighetens søkelys "endringsuvillige" kan møte om de ikke tar hensyn til "aktverdige" og "edle" formål.

Likevel vil slike roller kunne oppleves som lite truende for etablerte organisasjonene. De kan lett komme forventningene i møte ved relativt enkle symbolpolitiske virkemidler, uten at dette krever mer grunnleggende endringer i arbeidsmåter og ressursbruk.

Disse nye rollene representerer derfor et svakt styringsvirkemiddel. Samtidig peker forskningen på at politiske myndigheter ofte griper til svake styringsvirkemidler først (preken, gulrot), mens viljen til å ta i bruk sterke virkemidler (pisk) først kommer seinere (Vedung, 2007). Så langt synes den moralske og fornuftsmessige appellen til hensiktsmessigheten av samarbeid og helhetlighet å dominere.

Kapittel 7. Styringsutfordringer og kunnskapsbehov

I økende grad har fokuset i velferdsstaten vært på oppgaver som sprenger tradisjonelle fag- og sektorgrenser. Man etterlyser en helhetlig tjenesteyting med brukeren i sentrum. Ikke minst har dette kommet til uttrykk innenfor rehabiliteringsfeltet. Dette utfordrer sektorstyringen, som står særlig sterkt i Norge.

Det finnes en grunnleggende spenning mellom sektororganisering som overordnet prinsipp for offentlig forvaltning, og ønsket om helhetlige og skreddersydde tjenester. Sektorstyringen innebærer at oppmerksomheten rettes mot kontroll med underordnedes beslutninger, og mot mekanismer som kan fremme den politisk-hierarkiske styringen. Dette retter underordnedes oppmerksomhet oppover, mot overordnede sektorspesifikke resultatmål, og innover mot en formålstjenelig organisering. Helhetlighet og skreddersøm innebærer imidlertid at oppmerksomheten må vendes utover, mot sektorovergrepene resultatmål, og mot en organisering basert på innsikten i gjensidig avhengighet.

Samtidig er staten er verken villig til å oppgi forestillingen om politisk ansvar og politisk kontroll, eller oppgi forestillingen om staten som en enhet som kan møte individenes differensierte behov på helhetlige måter. Det er imidlertid ikke gitt at de styringsvirkemidlene som tas i bruk for å oppnå det førstnevnte målet er de samme som kan brukes for å oppnå det sistnevnte målet. Tvert imot kan det være slik at det som fremmer vertikal integrasjon, svekker horisontal integrasjon og visa versa. Mens den førstnevnte målsettingen forutsetter stor grad av standardisering av tjenesteytingen, vil sistnevnte målsettingen i større grad måtte baseres på tillit, dialog og forhandlinger og på styring hvor kontroll og sanksjonsmulighetene er færre. I noen grad kan det sies å være en motsetning mellom disse ulike målene og virkemidlene.

Mange av de reformene som har vært gjennomført – rammestyring, markedsstyring og kunnskapsstyring – har vært reformer som tar sikte på å øke sannsynligheten for at fagfolkene gjør slik politikerne og brukerne ønsker. De har tatt sikte på å adressere utfordringene knyttet til politisk styring av fagstyre. Langt på vei har nok dette også økt fagfolkenes beredskap for å ta fageksterne hensyn, dvs. i større grad tilpasse seg omgivelsenes krav og forventninger. Det er imidlertid ikke gitt at dette har ført til større beredskap for sektorovergrepene horisontalt samarbeid rundt brukere med sammensatte problemer. Kanskje de i stedet bare har forsterket den sektorbaserte vertikale integrasjonen. Når den interne organiseringen av virksomhetene skal være formåls- og kostnads-effektiv vil dette bidra til ytterligere å fjerne slakket i organisasjonene, og dermed også tiden og ressursene nedlagt på potensielt ressursødende helhetlig samarbeid.

Dette gjør at innsatsene knyttet til helhetlig tjenesteyting får en særegen karakter. Den har ikke nettverksstyringskarakter fordi en slik dialogbasert styringsform basert på et likeverdig samarbeid mellom aktører som er gjensidig avhengig av hverandre, i for stor grad utfordrer den sektorbaserte

styringen. I stedet blir helhetlig tjenesteyting langt på vei en oppgave som skal skje i tillegg til de oppgavene virksomheten allerede er tillagt, som midlertidige prosjekter eller øremerkede satsinger utenfor linjeorganisasjonen, og hvor samordningsoppgaver legges til aktører med uklart mandat, mangel på makt, ressurser og myndighet, og som i tillegg mangler en maktbase i utdanninger og profesjonsforeninger.

Dette gjør at moralske appeller og kunnskapsmessige strategier spiller en hovedrolle i det helhetlige rehabiliteringsarbeidet. Det handler om bruk av pedagogiske styringsmidler, om overtalelse og preken, mer enn om bruk av makt, penger, kontroll og sanksjoner (Eriksen, 1993; Eriksen, 2001; Vedung, 2007). Det handler om å vri hierarkisk organiserte virksomheters ressursbruk mot "oversette" hensyn, men uten at det ansvar og den effektivitet som er knyttet til den hierarkiske linjestyringen oppgis.

Dette gir den styringsmessige og organisatoriske konteksten for helhetlig tjenesteyting knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, et preg av idealisme og misjonering, og hvor organisasjonsteoriens betraktninger om symbolpolitikk synes treffende (Edelman, 1985).

Det gir grunn til en viss skepsis knyttet til de mest ambisiøse politiske formuleringene knyttet til helhetlig tjenesteyting og skreddersøm. Ikke bare utgjør den organisatoriske kompleksiteten, spesialiseringen og det store antallet aktører og fagfolk knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, i seg selv et problem. Men denne kompleksiteten forsterkes av den sterke hierarkiske og sektororganiserte innretningen som norsk forvaltning har.

Dette gjør det mulig å reise spørsmål om ikke en mer nettverksorganisert tilnærming, hvor man i større grad har erstattet troen på sentral styring, med et dialog- og forhandlingsbasert samarbeid basert på innsikten i den gjensidige avhengigheten mellom selvstendige aktører, kan være en vel så egnet tilnærming til å løse utfordringer knyttet til manglende helhetlighet og brukeretting. I tillegg vil en slik tilnærming ha den fordel at forventningene til koordinering ville være mindre, fordi premisset ikke er at staten er én eller allmektig, men splittet og i strid med seg selv.

Det er interessant å se hvordan spørsmålene om helhetlig planlegging, sektorovergripende samarbeid, horisontal integrasjon etc. ikke gjøres til gjenstand for forvaltningspolitikk forstått som anbefalinger av konkrete styrings og organisasjonsmodeller. Forvaltningspolitikken synes å handle om hvordan sektorstyringen kan styrkes, slik også mye av den statsvitenskapelige forskningen handler om hvordan den demokratiske styringen kan styrkes, mer enn om hvordan brukerne skal få helhetlige og målrettede tjenester.

En lignende kritikk kan rettes mot den forskningen som mer spesifikt rettes mot rehabilitering med arbeid som mål. Det finnes lite grunnlagsforskning om de teoretiske og metodiske utfordringene knyttet til sektorovergripende innsatser innenfor feltet arbeidsrettet rehabilitering. Forskningen er i stor grad knyttet til forsøk på å finne ut hvilke årsakssammenhenger som ligger bak veksten i helserelaterte ytelser, på å utvikle robust kunnskap om hvilke intervensjoner som på en mest mulig effektiv måte

griper inn i disse årsakssammenhengene, samt en rekke evalueringer av enkeltstående tiltak og satsinger intimt knyttet til myndighetenes satsing på området.

Slik sett er det behov for en mer systematisk organisatorisk og empirisk bearbeidelse av utfordringene knyttet til rehabilitering med arbeid som mål, og kanskje særlig i lys av internasjonale erfaringer knyttet bruk av nettverk og nettverksstyring som virkemidler i arbeidet med å realisere en mer helhetlig tjenesteyting.

Litteraturliste

Alm Andreassen, T. (1995). *Arbeidslivstjenesten - ny aktør i et etablert felt - Et politisk tiltak blir skapt*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Alm Andreassen, T. (1996). *Bedriftsrettet forebygging av fravær og frafall i arbeidslivet. Prosessevaluering av Arbeidslivstjenesten*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Alm Andreassen, T. (1996). *Arbeidslivstjenesten - Ny aktør i etablert felt* In 2. *Nasjonale konferanse om marginalisering og integrasjon på arbeidsmarkedet*. M. Ford (Ed.) Oslo: Institutt for sosialforskning.

Alm Andreassen, T. (2004). *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat. Dr.polit.avhandling ved Institutt for Sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Alm Andreassen, T. (2005). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Alm Andreassen, T. (2007). *For at ikke pasientperspektivet skal bli glemt? En kvalitativ analyse av betydningen av brukerutvalg i helseforetak*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Alm Andreassen, T. og Lie, T. (2007). *Helseforetaksreformen - en brukermedvirkningsreform? Iverksetting og resultater av brukerutvalg i helseforetak*. In *Evaluering av sykehusreformen. Sluttrapport*. Oslo: Norges Forskningsråd.

Anvik, C. H. (2006). *Mellom drøm og virkelighet? : unge funksjonshemmede i overganger mellom utdanning og arbeidsliv* Bodø Nordlandsforskning

Bautz-Holter, E., Sveen, U., Sjøberg, H. og Røe, C. (2007). *Utfordringer og trender i rehabilitering*, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, **127**, 304-6.

Bech-Jørgensen, T. (1993). *Modes of Governance and Administrative Change*. In *Modern Governance. new Government-Society Interactions*. J. Kooiman (Ed.) London: Sage.

Berg, H. (2001). *Mer eller mindre lønnstilskudd – har det noen betydning?*, *Søkelys på arbeidsmarkedet* **18**, 173-180.

Bjørngaard, J. H., Krokstad, S., Johnsen, R., Karlsen, A. O., Pape, K., Støver, M. og Westin, S. (2009). *Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden*, *Norsk Epidemiologi*, **19**, 103-114.

Busch, T. (2001). *Konkurransen, økonomi og effektivitet*. In *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*. Tor Busch, Erik Johnsen, K. K. Olsen og J. O. Vanebo (Red.): Universitetsforlaget.

Børing, P. (2002). *Varighet av yrkesrettet attføring: Kommer yrkeshemmede arbeidssøkere i jobb?*, *Søkelys på arbeidsmarkedet*, **19**, 157-167.

Christensen, T. og Lægreid, P. (Eds.) (2001). *New Public Management. The transformation of ideas and practice*. Ashgate.

Christensen, T. og Læg Reid, P. (2009). Coordination and hybrid governance - theoretical and empirical challenges: Stein Rokkan Centre for Social Studies.

Edelman, M. J. (1985). *The symbolic uses of politics*: Board of Trustees of the University of Illinois.

Elvsåshagen, H., Tellnes, G. og Abdelnoor, M. H. (2009). Gir tidlig vurdering og behandling hos spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering reduksjon i langtidsfravær hos sykmeldte med muskel- og skjelettsykdommer?, *Norsk Epidemiologi*, **19**, 219-222.

Eriksen, E. O. (1993). *Grenser for staten? Om makt, penger og kommunikasjon som styringsinstrumenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eriksen, E. O. (2001). *Demokratiets sorte hull: Om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag.

Fimreite, A. L. (2005). *Specialization and coordination: implications for integration and autonomy in a multi-level system*. Bergen: Rokkansenteret.

Flermoen, S. (2006). *Arbeids- og fritidstiltak for mennesker med psykiske lidelser. Evaluering av det lokale arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse. Sluttrapport*. Bø: Telemarksforskning-Bø.

Fossestøl, K. (Ed.) (1999). *Mellom individ og marked. Attføringsvirksomhet i velferdsstaten*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Fossestøl, K. (2005). Regler og skjønn i norsk forvaltnings- og velferdsforskning. En kritisk analyse med særlig fokus på velferdsstatens rettighetsorientering: Norsk institutt for by og regionforskning.

Fossestøl, K. (2006). Fagteamenes utfordringer og muligheter "BUF-direktoratets "Oppstartskonferanse to-årig kvalitetsutvikling av fagteam". Britannica Rica Hotell Trondheim 26 & 27 september

Fossestøl, K. (2007a). Den revitaliserte arbeidslinja - en linje eller to? Redegjørelse for forskjeller og likheter mellom en effektivitetsorientert og en rettferdighetsorientert forståelse av arbeidslinja: AFI-notat 5/07.

Fossestøl, K. (2007b). Omstilling av opptreningsinstitusjonene. Evaluering av tilskudd/prøveprosjekt for utvikling av tilbud/tjenester innenfor blant annet arbeidsrettet rehabilitering, *Oppdragsrapport Helsedirektoratet*, **1-89**.

Fossestøl, K. (2008). Utfordringer og muligheter i fagteamenes rolle i dagens spenningsfelt mellom stat og kommune *BUF-direktoratets Avslutningskonferanse "Kompetansestyrking av fagteam"* Britannica Rica Hotell Trondheim 4 & 5 desember.

Fossestøl, K. (2009a). Omstilling og utvikling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, *Oppdragsrapport Helsedirektoratet*, 1-28.

Fossestøl, K. (2009b). Valgfrihet, styring eller dialog. Om samstyring i velferdsstatlig tjenesteyting, *Sosiologi i dag* **39**, 37-62.

Grue, L. (2001). *Motstand og mestring : om funksjonshemning og livsvilkår*. Oslo Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Grut, L. (2002). *Samarbeid og kunnskap: en beskrivelse av det faglige nettverket for lindrende behandling for kreftpasienter og andre med alvorlig uhelbredelig sykdom i Helseregion Vest*. Oslo: SINTEF Unimed.

Hardoy, I. (2001). Arbeidsmarkedstiltak for ungdom: Hvorfor er empiri om tiltakseffekter så sprikende?, *Søkelys på arbeidsmarkedet* **18**, 41-49

Hardoy, I., Røed, K. og Zhang, T. (2006). *Aetats kvalifiserings- og opplæringstiltak - En empirisk analyse av seleksjon og virkninger*. Oslo: Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning.

Haukelien, H., Møller, G. og Hvitsand, C. (2009). *Arbeidsmedisin i vakuum? : evaluering av det arbeidsmedisinske tilbudet* Bø: Telemarksforskning - Bø.

Hvinden, B., Jessen, J. T. og Ford, M. (1997). *Evaluering av attføringsreformen (2 bind), 9a: Lokal tilpasning i og mellom etatene. Medisinsk rehabilitering og yrkesrettet attføring. 9b: Brukere i attføringsapparatet*. Oslo: NOVA rapport

Mykletun, A. og Øverland, S. (2009). Eksempler på bruk av koblinger mellom helseundersøkelser og FD-trygd for forskning under den trygdemedisinske modellen, attraksjonsmodellen og utstøtningsmodellen, *Norsk Epidemiologi*, **19**, 127-137.

Møller, G. (2005). *Tiltaksbruk og effekter: TELEMARSKFORSKING-BØ*.

Møller, G. (2006). *Evaluering av samordningsforsøkene mellom Aetat, Trygdeetaten og sosialtjenesten*: Bø: Telemarksforskning.

Møller, G. (2007). *Evaluering av Samordningsforsøket. Effekt- og strømningsanalyse* TELEMARSKFORSKING-BØ Høgskolen i Telemark.

Nordby, T. (1993). Det offentlige helsevesenet - en fagstyrets høyborg. In *Arbeiderpartiet og planstyret 1945 - 1965*. T. Nordby (Ed.): Universitetsforlaget.

Nordrik, B. (2008). *Curriculum Vitae: Ung og Ufør. Om unge uføres erfarte avgang fra arbeidslivet og deres fremtidsvurderinger*. Oslo: De facto.

Nørve, S. (2000). *Programmet "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren". Evaluering*. Oslo: Byggforsk.

Olsen, J. P. (1988). Administrative Reform and Theories of Organization. In *Organizing Governance: Governing Organizations*. C. Campbell and B. G. Peters (Eds.) Pittsburgh: University of Pittsburg Press.

Pedersen, J. T. (1992). *Vanntette skott eller åpne dører. Enhetsforvaltning av sosialhjelp, trygd og arbeidsmarkedstiltak under frikommuneforsøket i Grimstad*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pettersen, B. og Johnsen, R. (2007). Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, **127**, 565-568.

Sand, I. J. (1996). *Styring av kompleksitet : rettslige former for statlig rammestyring og desentralisert statsforvaltning*. Bergen.

Schafft, A., Skardhamar, T. og Zhang, T. (2010). *Ny evaluering av Tiltakssatsingen for sosialhjelpsmottakere*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Schafft, A. og Spjelkavik, Ø. (2006). *På vei til jobb? Evaluering av arbeidsmarkedssatsingen for sosialhjelpsmottakere*. Oslo AFI-rapport.

Schafft, A. og Spjelkavik, Ø. (2010). *Arbeidsgiverlos - Evaluering av pilotprosjekt - Underveisrapport* Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Skøien, R. og Hem, K.-G. (2005). *Funksjonshemmedes adgang til arbeidsmarkedet - bruk av en tilretteleggingsgaranti*: SINTEF.

Thommesen, H., Normann, T. og Sandvin, J. T. (2003). *Individuell plan : et sesam, sesam?* Oslo: Kommuneforlaget.

Vedung, E. (2007). Policy Instruments: Typologies and Theories In *Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments & Their Evaluation*. M.-L. Bemelmans-Videc, R. C. Rist and E. Vedung (Eds.) New Brunswick (U.S.A.), London (UK): Transaction Publishers.



Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden: www.afi.no

Pt 6954 St. Olavs plass
NO-0130 OSLO
Besøksadresse:
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00
Fax: 22 56 89 18
E-post: afi@afi-wri.no
www.afi.no

